

Expertisen
zum Zweiten Sächsischen
Kinder- und Jugendbericht
2003



Band II

Freistaat  Sachsen

Staatsministerium für Soziales

Expertisen zum Zweiten Sächsischen Kinder- und Jugendbericht 2003

Band I

Prof. Dr. Karl Lenz

Zur sozialen Lage der Kinder im Freistaat Sachsen

Prof. Dr. Lothar Böhnisch

Jugendhilfe im gesellschaftlichen Wandel

Band II

Dr. Cornelia Wustmann

Kindertageseinrichtungen in Sachsen

Dr. Stephan Sting

Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen

Band III

Prof. Dr. Uwe Hirschfeld

Jugend und Politik in Sachsen

Günther Robert · Doreen Stange

Jugend, Freizeit, Kultur und Sport

Prof. Dr. Erika Steinert · Dr. Eveline Lutz

Jugend im Grenzland

Prof. Dr. Bernd Schorb · Katrin Echtermeyer

Jugend und Medien in Sachsen

Band IV

Hermann Rademacker

Jugendhilfe und Schule in Sachsen

Dr. Helmut Arnold

**Berufliche Ausbildung und Beschäftigung junger Menschen und
der Beitrag der arbeitsweltbezogenen Jugendsozialarbeit/
Jugendberufshilfe in Sachsen**

Band V

Dr. Marion Gemende · Beate Bannert · Eleonora Rosen · Olga Sperling

Junge Aussiedlerinnen in Sachsen

Dr. Wolfgang Schröder · Anke Kalkbrenner

Migration- Kinder und Jugendliche

Vorwort



Seit Ende Oktober vergangenen Jahres ist der Zweite Sächsische Kinder- und Jugendbericht auf dem Markt. Er hat in der Fachöffentlichkeit breite Resonanz und Beachtung gefunden – auch über Sachsen hinaus.

Über den Bericht und die dazu von der Staatsregierung verfasste Stellungnahme wird in den verschiedensten Arbeitszusammenhängen diskutiert. Die Auseinandersetzung damit in Fachwelt und Politik dauert an. Ich begrüße dies ausdrücklich, gilt es doch, in die Gestaltung des weiteren Weges von Kinder-, Jugend- und Familienpolitik sowie Jugendhilfe den Sachverstand, die Vorstellungen und Ressourcen möglichst aller Ebenen und Beteiligten so weit wie möglich einfließen zu lassen.

Der Bericht wurde von einer unabhängigen Expertenkommission erarbeitet, die sich der großen Mühe unterzog, erstmals in Sachsen einen umfassenden Bericht über die Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien und über die Entwicklung, die Leistungen und die Perspektiven der Kinder- und Jugendhilfe in Sachsen zu verfassen.

Um dieses leisten zu können, war zunächst eine umfangreiche Datenrecherche erforderlich. Außerdem mussten alle verfügbaren Informationen zur aktuellen Situation und zu den Entwicklungsprozessen der vergangenen Jahre gesichtet und aufbereitet werden.

Darüber hinaus galt es, sich weiteren externen Sachverständigen zu bedienen und u.a. zu einer Reihe von Themen spezielle Ausarbeitungen in Auftrag zu geben, die den vorhandenen Erkenntnisstand ergänzten und erweiterten.

Die Sachverständigenkommission bestellte insgesamt 12 Expertisen, die in unterschiedlicher Weise in den Gesamtbericht Eingang gefunden haben, allerdings nicht in vollem Umfang berücksichtigt werden konnten. Neben dem Bericht selbst liegen also aktuelle, fachpolitisch interessante und lesenswerte Materialien vor, die ebenfalls einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden sollen.

Wir haben uns deshalb entschlossen, diese Expertisen in mehreren Einzelbroschüren zusätzlich zum Bericht zu veröffentlichen.

Ebenso wie für den Bericht gilt auch für die Expertisen: Für den Inhalt sind die jeweiligen Autoren verantwortlich. Auch wenn nicht jede Aussage in den Expertisen die uneingeschränkte Zustimmung der Sächsischen Staatsregierung findet, hoffe ich dennoch, dass diese Materialien auf ein ähnlich großes Interesse stoßen wie der Bericht selbst.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Helma Orosz'. The signature is stylized and cursive.

Helma Orosz

Sächsische Staatsministerin für Soziales

Inhaltverzeichnis

Kindertageseinrichtungen in Sachsen

Einleitung	7
1. Auswertung vorhandener Daten im Bereich der sächsischen Kindertageseinrichtungen	7
1.1 Platzkapazitäten	7
1.2 Personalentwicklung	9
1.3 Trägerlandschaft	10
2. Zum Verhältnis von Kindergarten und Grundschule	10
2.1 Zum Bildungsverständnis in den vorschulischen Einrichtungen	10
2.2 Projekte zum Entwurf eines Bildungsbegriffs in Kindertageseinrichtungen	11
2.3 Überlegungen zur Durchsetzung des Bildungsgedankens	12
2.4 Übergänge: Vom Kindergarten in die Grundschule	13
2.5 Projekte zur Verbesserung des Übergangs vom Kindergarten in die Grundschule	14
3. Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in sächsischen Kindertageseinrichtungen	14
3.1 Zum Begriff der Integration	14
3.2 Gesetzliche Grundlagen für die Integration und der derzeitige Stand der Integration in sächsischen Kindertageseinrichtungen	15
3.3 Projekte zur Integration behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder in Sachsen	15
3.4 Eine Kita für alle Kinder – Anforderungen zur Umsetzung dieser Intention	16
4. Entwicklungsperspektiven der Kindertageseinrichtungen in Sachsen	16
5. Literaturverzeichnis	19

Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen

Einleitung	23
1. Zur gesundheitlichen Situation von Kindern in Sachsen	24
2. Zur gesundheitlichen Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Sachsen	26
3. Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in der sächsischen Kinder- und Jugendhilfe	30
4. Weiterführende Perspektiven und Projekte	32
5. Literaturverzeichnis	35
6. Dokumente	37

Dr. Cornelia Wustmann

Kindertageseinrichtungen in Sachsen

Expertise für den Zweiten Sächsischen Kinder- und Jugendbericht 2003

Einleitung

Ein Aufwachsen von Kindern in Institutionen, die diese außerhalb der Familie erziehen, ist heute mehr oder minder selbstverständlich, denn Kinder sind im Alltagsverständnis je nach Einrichtungsart Krippenkinder, Kindergartenkinder oder später dann Schul- bzw. Hortkinder. Der Kindertagesstättenbereich ist im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe der mit Abstand größte Bereich, der tendenziell von allen Kindern für eine bestimmte Zeit genutzt wird und damit neben der Schule die größte pädagogisch-öffentliche Einrichtung.

Untergliedert ist dieser Bereich laut §§ 22 ff. SGB VIII in Teilbereiche, wobei diese Teilbereiche immer weniger völlig getrennt voneinander existieren und so finden sich vielfältige Mischformen. Rein nach Alter und Aufgabenbereich lassen sich drei Teilbereiche charakterisieren:

1. Die Kinderkrippe als institutionell organisiertes Betreuungsangebot für Kinder im Alter von unter drei Jahren.
2. Der Kindergarten, unter dem als Sammelbegriff sämtliche Angebotsformen für Drei- bis Sechsjährige erfasst werden, unabhängig von der Ausgestaltung als Ganz- oder Halbtagsangebot, mit oder ohne Mittagsangebot bzw. auch ohne Unterscheidung der Trägerschaft.
3. Der Hortbereich, der alle institutionellen und nicht-schulischen Angebote umfasst, welche die Versorgung, Betreuung sowie Bildung und Erziehung für einen Teil des Tages für Kinder im Schulalter realisiert.

Spätestens seit Veröffentlichung des Achten Jugendberichts scheint eindeutig bestimmt zu sein, welche fachlichen Anforderungen an eine zeitgemäße und ebenso qualitativ hochwertige Erziehung in diesem Bereich zu stellen sind. Diskussionen um Umfang und Qualität dieser familienergänzenden pädagogischen Leistungen

standen deshalb immer mal wieder zur Debatte und wurden durch die Ergebnisse der PISA-Studie in ihrer Aktualität wieder bestätigt. Im Rahmen dieser Expertise können jedoch nur Teilbereiche der Entwicklung der Kindertageseinrichtungen im Land Sachsen untersucht werden. Neben einer Datenauswertung wurde ein erster thematischer Schwerpunkt zur Entwicklung des gesetzlich verankerten Bildungsauftrags für Kindertageseinrichtungen gewählt, da nicht zuletzt durch die Veröffentlichung der Ergebnisse der PISA-Studie die Diskussionen neu entflammt sind und zahlreiche Statements existieren, was der Kindergarten und seine Professionellen in diesem Kontext zu leisten haben.⁹ Dabei spielt in den Diskussionen die Bildungsentwicklung der Kinder in Bezug auf die Grundschule keine geringe Rolle und so wird untersucht, wie gelungene Übergänge zwischen den Bereichen Kindertageseinrichtung und Grundschule initiiert werden können. Vor dem Hintergrund, dass zum Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen im Freistaat Sachsen (SächsKitaG) bislang außer der Zuschuss- und Erstattungsverordnung keinerlei Durchführungsbestimmungen bzw. Rechtsverordnungen erlassen sind und die Integrationsverordnung ebenfalls in Überarbeitung begriffen ist, liegt der Schwerpunkt dieser Expertise deshalb im zweiten thematischen Bereich in der Auswertung der bisherigen Bemühungen zur Integration behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder in Sachsen, bevor dann auf Entwicklungsperspektiven der Kindertageseinrichtungen in einem abschließenden Teil eingegangen wird.

Themen wie Qualitätsentwicklung oder Aus- und Weiterbildungskonzepte werden innerhalb dieser Fragen explizit aufgegriffen, bilden jedoch aufgrund des Umfangs der Expertise nicht wie vorgesehen eigene Schwerpunkte.

1. Auswertung vorhandener Daten im Bereich der sächsischen Kindertageseinrichtungen

1.1 Platzkapazitäten

Das Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen im Freistaat Sachsen (SächsKitaG) schreibt analog zum § 24 SGB VIII fest, dass alle Kinder ab Vollendung des dritten Lebensjahres bis hin zum Schuleintritt einen Rechtsanspruch auf den Besuch eines Kindergartens haben. Als Pflichtaufgabe für den örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe steht die bedarfsgerechte Angebotsplanung zur Betreuung von Kindern unter drei Jahren und bis zum Abschluss der vierten Klasse.

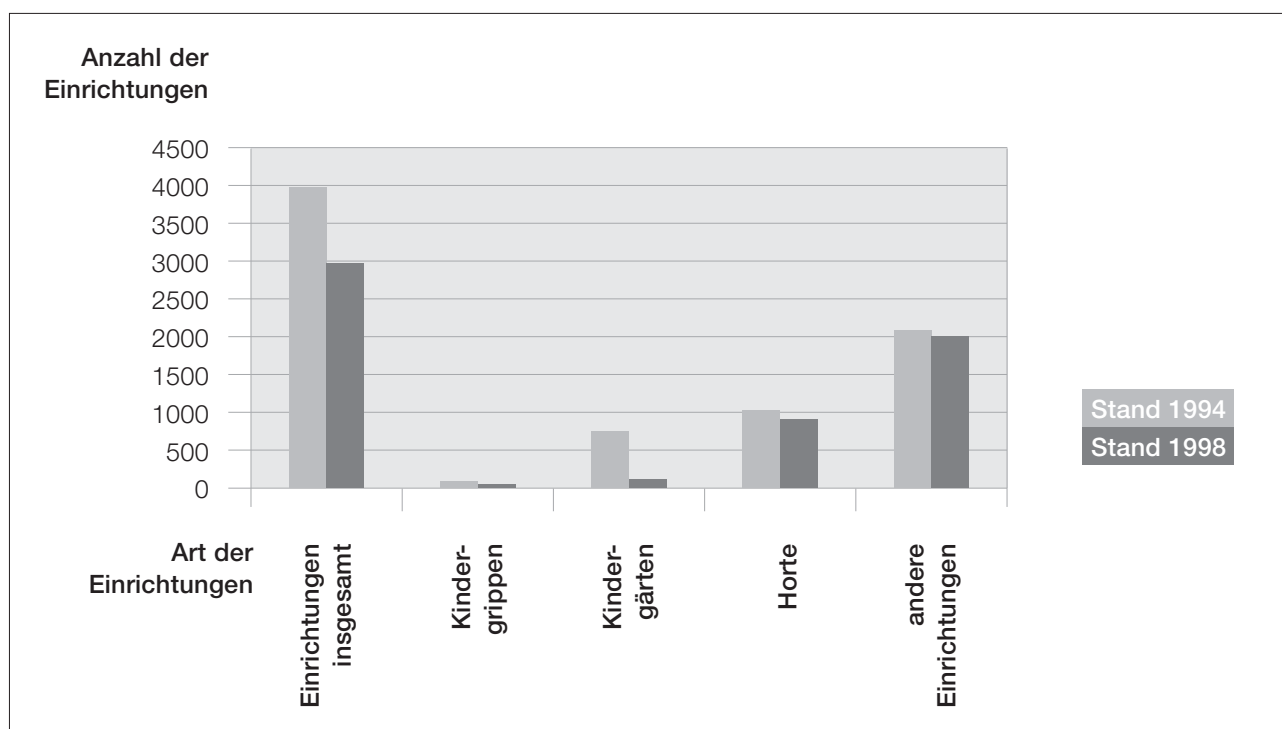
Für die östlichen Bundesländer insgesamt ist dabei, trotz sinkender Einrichtungs- und Platzzahlen, eine bis-

lang noch bessere Erfüllung dieses Anspruchs generell zu erkennen, was nicht zuletzt als eine Art DDR-Erbe verstanden werden kann, da diese als kontrollierender Sozialstaat diese Einrichtungen forcierte. Im Kinderkrippenbereich sank die Quote der verfügbaren Plätze von 1991–1998 prozentual von 54,2 % auf 36,3 % – im Vergleich dazu sind in den westlichen Bundesländern bislang nur 2,8 % erreicht worden. Bei den Plätzen für Kinder von drei Jahren bis zum Schuleintritt erhöhte sich das Angebot von 99,3 % auf 111,8 % und zeigt damit ein statistisches Überangebot, dass in den westlichen

Bundesländern mit 86,6 % noch nicht erreicht ist. Für den Bereich des Hortes ist eine abnehmende Tendenz in der Versorgung zu erkennen, hier sank die Zahl der Angebotsplätze von 50,87 % auf 47,7 %, liegt damit jedoch wesentlich höher als in den westlichen Bundesländern, wo gerade 5,9 % der Kinder im Alter von 6–10 Jahren dieses Angebot wahrnehmen können. In der Ausgestaltung dieser quantitativ völlig unterschiedlichen Platzangebote als Ganztagsangebote sind die Ergebnisse in Ost- und Westdeutschland im Bereich von Hort und Krippe annähernd gleichwertig. Für den Bereich der drei bis sechsjährigen Kinder klaffen die Ergebnisse hinsichtlich des prozentualen Anteils an Ganztagesplätzen

auseinander: 97,7 % der Plätze sind in den neuen Bundesländern als Ganztagsangebote konzipiert, wogegen es in den alten Bundesländern nur 18,8 % sind.¹ Zur Entwicklung in Sachsen: Die Einrichtungen wurden insgesamt um 25,88 % gekürzt. Dies ist im Vergleich mit der Gesamtanzahl der anspruchsberechtigten Kinder, die um 27,1 % zurückging, zunächst nachvollziehbar. Problematisch ist jedoch die ungleichmäßige Verteilung der Einrichtungskürzungen: Kinderkrippen wurden bis 1998 um fast 70 % abgebaut, Kindergärten um 80 % und Horte um 25 %. Gemischte Einrichtungen gingen dagegen nur um 6 % zurück.²

Tabelle 1 – Platzangebot nach Art und Anzahl der Einrichtungen im Vergleich 1994 und 1998

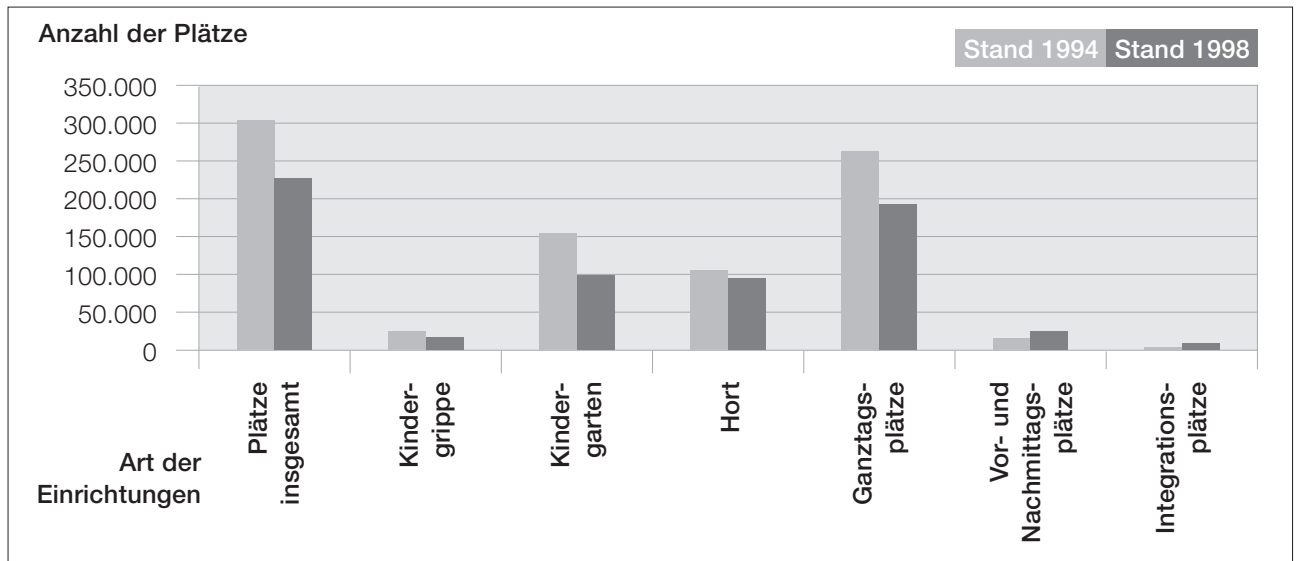


Wie wirkt sich dies auf den Versorgungsgrad an verfügbaren Plätzen aus? Ebenso ungleich ist die Verteilung vorhandener Platzkapazitäten entsprechend der Einrichtungsarten. In den Kinderkrippen ging die Zahl der Plätze um 11,55 % zurück, so dass der Versorgungsgrad von 42,4 % auf 33,5 % gesunken ist. Für den Bereich der Kindergärten sind die Plätze um 38,25 % gesunken und damit der Versorgungsgrad von 90,2 % auf 88,6 %. Für den Hortbereich ist eine Verbesserung zu verzeichnen, denn trotz Rückgang der verfügbaren Plätze um 9,75 % ist die Versorgung von 39,7 % auf 63,7 % gestiegen.³

Das ergibt für die Auswertung, dass der Bereich der Kinderkrippen in Sachsen im gesamtdeutschen Vergleich noch über einen sehr guten Durchschnitt in der Versor-

gung verfügt. Jedoch ist zu befürchten, dass aufgrund der regionalen Konzentration der 23 Krippen Unterversorgungen in einigen Regionen heute schon eingetreten sind und dass die Tendenz des Abbaus des Versorgungsgrades durch den pauschalisierten Landeszuschuss weiter forciert wird. Dagegen müsste dieser Bereich aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung weiter ausgebaut werden. Die Abnahme der Versorgungsquote im Bereich des Kindergartens ist mit 88,6 % gegenläufig zur gesetzlichen Forderung. Immerhin besteht damit für mehr als 10.000 Kinder ein solcher Platz im Moment in Sachsen nicht. Auch für diesen Bereich ist jedoch mit einer steigenden Angebotsnachfrage zu rechnen, so dass bei gleichbleibenden Platzkapazitäten von einer weiteren Verschlechterung ausgegangen werden kann.

Tabelle 2 – Anzahl der Plätze in den Kindertageseinrichtungen nach Art der Einrichtung in Vergleich 1994 und 1998.



1.2 Personalentwicklung

Ende 1998 waren im Bereich Kindertagesbetreuung in Sachsen insgesamt 22.029 Beschäftigte tätig. Das bedeutet gegenüber 1994 einen Rückgang um 10.045 Stellen, mithin also rund um ein Drittel, was zunächst in etwa dem Rückgang der Zahl der Kinder unter 10 Jahren entspricht, die um 27,95 % gesunken ist. Dazu kommt jedoch, dass die Zahl der Vollzeitstellen um rund 80 % gesunken ist, denn das Instrument der „kollektiven Arbeitszeitreduktion“ griff und greift noch in Sachsen, um Entlassungen zu verhindern. Waren es 1994 noch 18.918 Vollzeitarbeitsplätze, hatten 1998 gerade noch 3.901 Beschäftigte eine solche Stelle. Dies mag angesichts monetärer Zwänge und der allgemeinen Arbeitsmarktlage realistisch erscheinen, ist jedoch für mindestens zwei Bereiche als problematisch anzusehen:

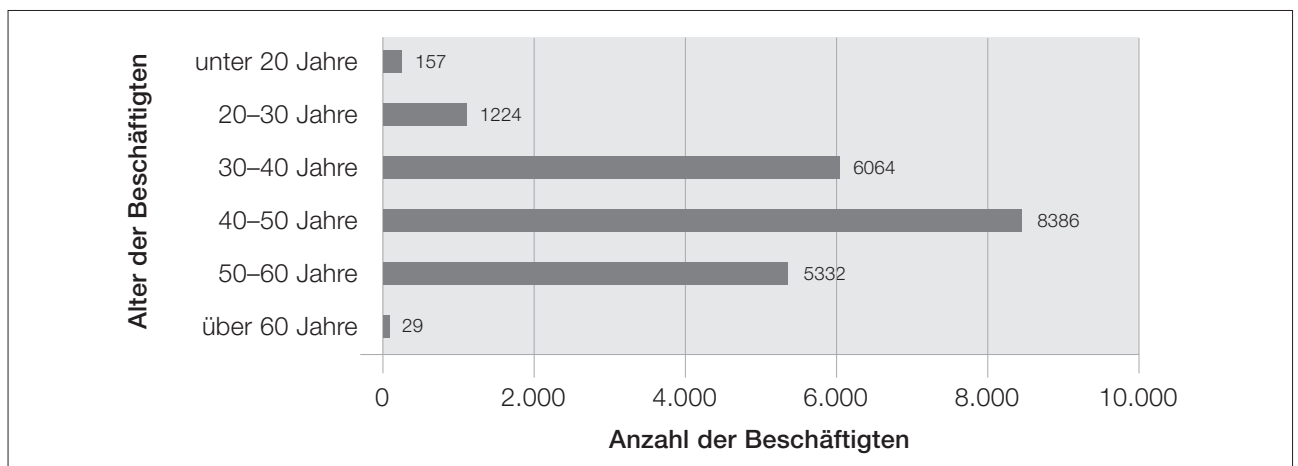
a) Für die Situation in den Einrichtungen selbst, in der die Angestellten zahlenmäßig ebenso viele Kinder wie zuvor in einem kürzeren Zeitvolumen zu erziehen, zu

bilden und zu betreuen haben und darüber hinaus vor immer mehr und neue Anforderungen gestellt werden (bspw. Bildung, Integration, Qualitätsentwicklung).

b) Es ist zu befürchten, dass angesichts der tariflichen Eingliederung, gekoppelt mit einer Arbeitszeitreduktion, das notwendige Existenzminimum zur eigenständigen Reproduktion in Frage gestellt wird.

Die Altersstruktur lässt einen deutlichen Schwerpunkt bei den über Vierzigjährigen erkennen, die mit 62,4 % den größten Anteil der Beschäftigten ausmachen. Dagegen sind nur 33,8 % jünger als 40 Jahre. Dies bedeutet, dass durch einen Beschäftigungsabbau zugunsten älterer Mitarbeiter/innen eine starke Überalterung der Angestellten in diesem Bereich zu beobachten ist, der sich neben den erheblichen Folgen für die Personalstruktur auch auf die pädagogische Arbeit im Sinne einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung der Arbeit in den Tageseinrichtungen auswirken kann.

Abbildung 1.4. – Altersgruppenverteilung der Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen (Stand 31.12.1998)



Der größte Anteil der Beschäftigten (78 %) besitzt einen Abschluss als Erzieher/in. Bei allen weiteren Berufsabschlüssen ist vor allem zu erkennen, dass ein noch größerer Prozentsatz aus dem medizinischen Bereich kommt und größtenteils in den Kinderkrippen tätig ist. Festzuhalten bleibt aber ebenso, dass 3 % der Beschäftigten (668) ohne abgeschlossene Ausbildung in den Kindertageseinrichtungen arbeiten. Hinsichtlich des Grades der Akademisierung kann für Sachsen festgehalten werden, dass die Jugendhilfe in diesem Bereich mit gerade mal 0,58 % mehr als „akademikerabstinent“

1.3 Trägerlandschaft

Die Trägerlandschaft hat sich in Sachsen grundlegend geändert. Allein von 1994 bis 1998 gingen 295 Einrichtungen in freie Trägerschaft über, demgegenüber nahm die Zahl der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft um 1.312 ab. Somit waren 1998 ein Drittel aller sächsischen Einrichtungen bereits in freier Trägerschaft.

Waren 1991 noch 95 % des Personals bei öffentlichen Trägern angestellt und nur 5 % bei freien Trägern, davon

ist. Dies kann angesichts unzureichender Finanzausstattung und einem defizitären Image zu einer weiteren Deprofessionalisierung und Dequalifizierung und damit einem weiteren Image- und Bedeutungsverlust gegenüber anderen Bereichen wie der Schule führen.

Auffällig gegenüber den alten Bundesländern bleibt die Statistik hinsichtlich der Geschlechterverteilung: 96 % aller Beschäftigten im Kindertagesstättenbereich sind Frauen und so kann dieser Arbeitsbereich weiter als Feld „professionalisierter Mütterlichkeit“ angesehen werden.⁴

gerade mal 2 % bei Caritas und Diakonie, so waren mit Stand 1998 rund ein Drittel der Beschäftigten bei freien Trägern angestellt. Die größten Arbeitgeber waren dabei der DPWV (38,12 %), die AWO (19,83 %) und die Diakonie (15,3 %). Auffallend hoch ist in Sachsen die Zahl der kleinen, lokal oder regional agierenden Träger, die sich keinem der etablierten Verbände angeschlossen haben. Rund 10 % aller Beschäftigten arbeiten bei diesen Trägern.⁵

2. Zum Verhältnis von Kindergarten und Grundschule

2.1 Zum Bildungsverständnis in den vorschulischen Einrichtungen

Das SGB VIII schreibt in § 22 fest, dass Kinder in Tageseinrichtungen und der Tagespflege betreut, gebildet und erzogen werden sollen. Dabei sind Betreuung und Erziehung Ziele, die vordergründig eher verstanden und umgesetzt werden. Deutlich schwieriger gestaltet sich das Umsetzen von Bildung, wie dies die Diskussionen vermuten lassen: Soll dies eine Vorbereitung auf die Schule sein in dem Sinne, dass Kinder als schulfertige Wesen mit bestimmten Grundkenntnissen die Schwelle zur Schule überschreiten oder ist es ein Unterstützen eigenen und gemeinschaftlichen Entdeckertums? Egal wie die Antwort lauten könnte, zum einen bedürfte es einer Art Curriculum und zum anderen der Befähigung, ein solches Entdeckertum fördern zu können. Also entweder Belehrung der Kinder mit Hilfe didaktischer Konzepte oder die einfache freie Entfaltung der Kinder.

Von Seiten des Bundesfamilienministeriums liegt die Auflösung der Frage nach Bildung in einer Qualitätsverbesserung der Kindertageseinrichtungen. „Wir brauchen auch im Vorschulbereich Bildungsstandards und ein zeitgemäßes Erziehungs- und Bildungskonzept für Kinder unter sechs Jahren. Dazu gehört, entsprechende Qualitätskriterien zu entwickeln und verbindlich zu machen. Wir werden im Herbst einen ersten Entwurf eines solchen Qualitätskriterienkatalogs vorlegen. Außerdem werden wir, um das Thema Qualität noch stärker in die

Kindertageseinrichtungen zu tragen, in Kürze einen Wettbewerb ‚Deutschlands beste Kita‘ starten. Da wird es um das beste Bildungskonzept und dessen Umsetzung in der Praxis gehen.“⁶ Inhaltlich wurden dabei die folgenden Akzente hervorgehoben:

- Sprachförderung deutscher wie ausländischer Kinder,
- Integration von Kindern mit Migrationshintergrund,
- Förderung von Kindern aus benachteiligten Familien,
- Vermittlung von elementarem naturwissenschaftlichen Lernen,
- Förderung von Bewegung und musisch-ästhetischer Bildung,
- Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtung, Eltern und Schule.

Ein breites Spektrum, was durch den Bildungsauftrag erfüllt werden soll. Doch die Frage, was Bildung sein kann, bleibt offen. Dabei steht eines fest, und dies ist nicht mal so neu, aber inzwischen durch aktuelle Ergebnisse der Hirnforschung belegt: a) Bildung ist nur als Selbstbildung möglich und das verschärft die Notwendigkeit einer solchen Bildung um so mehr, b) die wichtigste Phase der Ausbildung des Gehirns liegt im Alter zwischen einem und sieben Jahren, ein mehr als knappes „Zeitfenster“, das man nutzen müsste. Die beiden Elemente „Spiel“ und „Bildungsanspruch“ gilt es dabei für den Bereich der Kindertageseinrichtungen zu inte-

grieren, was eine nicht leicht zu lösende Aufgabe darstellt, wenn es darum geht, zwischen der nachdrücklichen pädagogischen Planung einerseits und der puren Leistungsorientierung des Kindergartens andererseits zu unterscheiden.

Prozesse zu initiieren, die Aneignung von Welt überhaupt ermöglichen, ist dabei ein Weg, diese Selbstbildung zu gestalten. Das heißt, dass die Anfänge von Selbstbildung nicht zugunsten der Vermittlung vermeintlich relevanter Themen untergehen darf, um Langeweile und Aggressivität zu vermeiden, nicht weil diese Themen nicht interessant wären, aber eventuell keine Anknüpfungspunkte zu den augenblicklichen Fragen und den Situationen der Kinder bieten können. Einen Ansatz zur Lösung dieses Problems in Deutschland bietet Textor in seinem Vergleich der Arbeitssituation von Erzieher/innen und Lehrer/innen unter der Überschrift: Erzieherinnen sind Superfrauen – sie übernehmen immer weitere Aufgaben. Ein Teilbereich des Vergleichs bezieht sich dabei auf den Situationsansatz. Seine Schlussfolgerung lautet, dass ein freies Curriculum entworfen werden sollte, das relevante Themen enthält und dazu Erzieher/innen eine Art Handreichung

bzw. Loseblattsammlung bekommen sollten, in der besonders entwicklungsfördernde Aktivitäten mit Kindern dargestellt sind, auf die entsprechend der Situation zurückgegriffen werden kann und Hilfestellungen bspw. bei den folgenden Fragen bekommen: „Wie setze ich die Vorgaben des neuen Bildungsplans in der Praxis um? Welche Materialien, Spiele, Methoden und Aktivitäten sind geeignet? Wo finde ich jemanden, der kindgemäß Englisch oder Französisch vermitteln kann, da meine Fremdsprachenkenntnisse zu schlecht und mein Akzent „schrecklich“ ist? Was soll ich an Projekten zu mathematisch-naturwissenschaftlichen Themen anbieten?“⁸ Diese Liste lässt sich noch beliebig fortsetzen, sie sollte nur verdeutlichen, an welchen Voraussetzungen ein Bildungsprogramm momentan scheitern kann und zur Zeit flächendeckend auch scheitern wird. Da sind ungenügende Grundausbildungsinhalte und gestiegene Anforderungen hinsichtlich intensiver Elternarbeit, integrativer Erziehung und der Umsetzung des Qualitätsgedanken. Gleichzeitig, und das sollte bei all dem nicht untergehen, sollen die Kinder trotz dieser enormen Anforderungen weiterhin erzogen und betreut werden.

2.2 Projekte zum Entwurf eines Bildungsbegriffs in Kindertageseinrichtungen

Um das Desiderat eines nicht genau bestimmten Bildungsbegriffs zu erschließen, wurde ein dreijähriges Projekt (1997–2000) in drei Bundesländern (Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein) ins Leben gerufen, dessen wissenschaftliche Leitung beim Institut für angewandte Sozialisationsforschung/Frühe Kindheit (Infans) lag. Das Projektteam sah eine wesentliche Aufgabe darin, den Begriff „Bildung“ für die pädagogische Arbeit in den Tageseinrichtungen für Kinder zu konkretisieren, was bis dato nicht erfolgt war. Das Projektteam beschloss, den Bildungsbegriff von Wilhelm von Humboldt als Grundlage zu nutzen, um Bildung als einen aktiven Prozess der Aneignung von Welt zu verstehen. Daraus ergibt sich für die pädagogischen Fachkräfte, dass sie als Erziehende verantwortlich sind, alle Kräfte des Kindes für den Prozess der Aneignung zu aktivieren. Konkret heißt dies: Die materielle Umwelt der Kinder so zu gestalten, dass Kinder Erfahrungen mit ihrer Umwelt (Natur, Architektur, Kunst etc.) überhaupt machen können und ihnen ebenso der Weg geebnet wird, neue Themen für sich zu entdecken. Die Aufgabenstellung des Projektes wurde demzufolge in der Schaffung von Rahmenbedingungen für gelingende Bildungsprozesse gesehen. Einerseits durch den Zugang zu komplexen Sinneswahrnehmungen und den damit verbundenen Erfahrungen und andererseits der Entwicklung vertrauensvoller Bindungen zu Erwachsenen.

Ergebnisse waren in den beteiligten Einrichtungen:

a) Die Gestaltung der Umwelt des Kindes, der Räume und Materialien, die für das Kind erfahrbar werden und damit Gegenstand seiner Konstruktion sein können.

b) Die Gestaltung der Interaktionen mit dem Kind, die ihren Ausgang vom Erwachsenen haben können, im Sinne einer „Zumutung“ von Themen als auch durch das Kind angeregt, indem es Antworten auf seine Fragen einfordert.

In den beteiligten Kindergärten war durch die Begleitung des Infans-Teams weiter erreicht worden, dass ein Umdenken in Hinsicht auf das Bild vom Kind erfolgte und dass Reflexionsleistungen angeregt werden konnten. Aufgrund der Erkenntnisse aus diesem Projekt wurden wesentliche Bausteine für die Fortbildung in den Teams entworfen. Dazu gehören:

- die Auseinandersetzung mit vorhandenen Bildungstheorien,
- theoretische Grundlagen im Zusammenhang mit der Bildungsdiskussion,
- die Reflexion der Rolle von Erzieher/innen anhand der eigenen Biografie,
- Wahrnehmung und Dokumentation der (Selbst-) Bildungsprozesse der Kinder,
- Eltern als kompetente und streitbare Gesprächspartner für die Arbeit und Entwicklung in der Kindertagesstätte.⁹

Diese Ergebnisse sollen nun in einem direkten Anschlussprojekt in acht weiteren Tageseinrichtungen in Sachsen implementiert und Vernetzungen geschaffen werden. Schon allein an der Fortsetzung des Projekts lässt sich dessen Stellenwert für das Sächsische Staatsministerium für Soziales ablesen. Nachweislich ist ebenfalls die Einbindung der Themen in die Fortbildungsprogramme für Kindertageseinrichtungen im Jahre 2002 mit

jeweils vier Veranstaltungen, die wesentliche Themenbereiche zur Bildung beinhalten, gelungen. Eine Fortsetzung und Erweiterung ist für das Jahr 2003 geplant. Hervorzuheben sind dabei die Weiterbildungen zur Be-

obachtung als zentrales Element, welches das Verstehen der Theorien der Kinder und damit eine Prozessunterstützung überhaupt erst ermöglicht und zugleich für die Beratung im Team unabdingbar ist.

2.3 Überlegungen zur Durchsetzung des Bildungsgedankens

Jedoch, und dies soll keinesfalls die Arbeit der Projektbeteiligten abwerten, die innerhalb der Konstellationen in Deutschland und Sachsen gute Ergebnisse vorzuweisen haben, bleibt die Frage, ob nicht an Symptomen gearbeitet wurde und die Ursachen für eine unzureichende Bildungsarbeit in den Kindergärten weiterhin bestehen. Anhand eines kleinen europäischen Vergleichs soll dies verdeutlicht werden. Nur Österreich und Deutschland „leisten“ sich eine Ausbildung von Erzieher/innen unter dem Hochschulniveau. Bleibt es bei diesem Ausbildungsstand, so ist zu befürchten, dass zwar gut gemeinte Ansätze und Forderungen anhand der unzureichenden Ausbildungshintergründe bloße Ideen bleiben. Oder, um es in Anlehnung an Giesecke etwas pointierter auszudrücken: Ergebnisse wie die der PISA-Studie oder auch TIMMS sind nicht neu und es gab sie schon Ende der 60er Jahre. Die Bildungskatastrophe wurde heraufbeschworen, ohne dass allerdings viel passiert wäre, so dass die Ergebnisse gegenwärtig eine gleiche Einschätzung rechtfertigen. Eines jedoch ist anders geworden: Die öffentliche Reaktion auf die Ergebnisse bis dahin, dass der Bundespräsident Johannes Rau in seiner Grundsatzrede ein Umdenken im Bildungssystem fordert, in der er den Kindergarten wie selbstverständlich einbezieht. Warum sollte es nicht möglich sein, wie in Schweden oder auch in den Niederlanden, Erzieher/innen und Grundschullehrer/innen in einem Grundstudium gemeinsam an Hochschulen auszubilden? In den Niederlanden arbeiten dann beide Berufsgruppen an Basisschools, die Kindergarten und Grundschule vereinen und Kinder zwischen drei und zwölf Jahren aufnehmen, ab fünf Jahren ist der Besuch dann obligatorisch. In Schweden wurde ein Vorschulcurriculum entwickelt, dass in das gesamte Erziehungssystem mit nur drei Curricula eingebunden ist. Die Curricula bilden dabei für die Vorschulen in Schweden bzw. Basisschools in den Niederlanden einen thematischen Rahmen, dessen Inhalte nachprüfbar umzusetzen sind. So fordert das Curriculum für die Vorschule in Schweden: „Das Curriculum stellt die Grundlage für die Vorschule dar, sowie die Aufgaben, Ziele und Richtlinien für Vorschulaktivitäten. Trotzdem gibt das Curriculum nicht vor, mit welchen Mitteln die Ziele erreicht werden sollen. Die Aufgabe spricht in erster Linie das Personal an, das in der Vorschule arbeitet. Das leitende Organ ist dafür verantwortlich, dass die jeweilige Vorschule in der Lage ist, die Ziele des Curriculums zu erreichen. Die Entwicklung und der Lernprozess eines jeden Kindes wird in enger Zusammenarbeit zwischen Vorschule und Eltern unterstützt.“¹⁰ Ergo eine

große pädagogische Verantwortung, die aufgrund der Grundausbildung gerechtfertigt erscheint und welche die pädagogische Gestaltung in Form der unterschiedlichsten pädagogischen Konzeptionen zulässt. Die Besoldung der Erzieher/innen ist dem der Grundschullehrer/innen gleichgestellt. Die Umstellung ist, und dies soll die letzte Anmerkung zur Situation in anderen europäischen Ländern sein, in beiden Ländern trotz einer langen Tradition der frühkindlichen Erziehung ermöglicht worden.

Einen bemerkenswerten Schritt für die Weiterentwicklung der Diskussion in Deutschland hat die GEW mit ihrem Diskussionspapier für einen Rahmenplan frühkindlicher Erziehung vorgelegt. Sie setzt dabei ebenfalls auf einen Qualitätsgedanken, der jedoch nicht durchgesetzt werden kann, wenn äußere strukturelle Bedingungen für eine Verbesserung von Betreuung, Bildung und Erziehung nicht gegeben sind und somit „alle Programme und Konzepte zur Qualitätsentwicklung dünnes Papier“ bleiben.¹¹

Die Umsetzungsvorschläge beziehen sich auf:

- a) Das Bildungsverständnis im Vergleich zur Schule: Bildung, Erziehung und Betreuung sind als aktuelle Antwort der Jugendhilfe auf die Lebenssituation und Entwicklung von Kindern zu verstehen und nicht als vorweggenommene Antwort auf spätere Anforderungen der Schule. Angestrebt wird dabei langfristig ein Zuständigkeitsbereich für Bildung und Erziehung. Allerdings soll dabei die Jugendhilfe nicht als Unterabteilung der Schule agieren, sondern gleichberechtigter Kooperationspartner sein.
- b) Ausbildung der Erzieher/innen: „Wer ernsthaft vorhat, die Bildungspotenziale von Kindern systematisch zu entfalten, kann dies nicht mit Personal tun, dem eine wissenschaftliche Ausbildung vorenthalten wird. So war der Abschied von der ‚Kindergartentante‘, die nur ein bisschen mit den Kindern spielt, singt und bastelt, und die Etablierung des Berufs der staatlich anerkannten Erzieherin mit einer anspruchsvollen Ausbildung an der Fachschule ein wichtiger erster Schritt. Es geht angesichts der neuen Aufgaben jetzt darum, den Beruf der Erzieherin wissenschaftlich auszurichten. Wissenschaftlich bedeutet nicht eine Überbetonung der Theorie, sondern die Befähigung zur Planung, Anleitung und Reflexion ganzheitlicher Bildungsprozesse.“¹² Damit einher geht ebenso die Aufwertung des Berufsbildes und die GEW gibt denjenigen eine klare Absage, welche die Fachschulen für die schwächeren Haupt- und Realschülerinnen offen halten wollen, denn „das kann man nur zynisch nen-

nen. Kleine Kinder haben die besten Erzieherinnen verdient, die man bekommen kann, und nicht diejenigen, die sonst keiner haben will.“¹³

- c) Eine deutlich verbesserte Finanzausstattung. In europäischen Maßstäben wird davon ausgegangen, dass mindestens ein Prozent des Bruttoinlandsprodukts

(BIP) für Tageseinrichtungen für Kinder vorzusehen sind. Das würde für Deutschland bei derzeit 0,4 % des BIP mehr als eine Verdoppelung bedeuten.¹⁴

- d) Der Mangel an Forschungen zur frühkindlichen Entwicklung soll durch mindestens ein universitäres Forschungsinstitut pro Bundesland ausgeglichen werden.

2.4 Übergänge: Vom Kindergarten in die Grundschule

Der Schulbeginn kann nach Meinung vieler Autoren (Bronfenbrenner, Fthenakis, Thiersch) und der erlebten Praxis in der Schule nur gelingen, wenn Kindergarten und Grundschule eng zusammenarbeiten. Dafür sprechen von pädagogischer Seite aus vor allem die Überlegungen zum Gelingen, aber auch Nichtgelingen der Übergangsbewältigung, die sich nachhaltig auf den weiteren Entwicklungsverlauf des Kindes auswirken kann. Diese Übergänge sind zum einen durch Ablösungs- und Abschiedsprozesse, Neugier und Freude, aber auch Angst vor dem Neuen und Unbekannten gekennzeichnet, bedeuten aber andererseits ebenso den Übergang von der gewohnten pädagogischen Interaktionsform Spiel zum Unterricht als systematischer und geplanter Variante der Wissensvermittlung. Die Frage, welchen Part der Kindergarten einnehmen soll, bewegt dabei immer wieder die Diskussionen, vor allem in Bezug auf die sogenannte „Schulreife“. Immer schon haben sich Erzieher/innen mit der Forderung von Eltern und Lehrer/innen auseinandersetzen müssen, die Kinder besser auf die Schule vorzubereiten. Erschwerend für eine Zusammenarbeit wirkt sich dabei aus, dass beide Institutionen, Kindergarten und Schule, als gleichsam völlig getrennt voneinander agierende Einzelsysteme auftreten und dass aufgrund berufsständischer Traditionen Zusammenarbeit, Interdisziplinarität oder Kooperation nur in den seltensten Fällen überhaupt gelingen kann.¹⁵

Die Forderungen von Seiten der Schule und der Eltern beziehen sich dabei vordergründig auf die Erreichung der Schultauglichkeit des Kindes – wobei die Frage steht, was diese überhaupt sein soll und ob diese nicht selbst ein Mythos ist, der gehegt und gepflegt wird¹⁶, um schon zu diesem Zeitpunkt wohlbegründete Segregationen vornehmen zu können und die Heterogenität in den Klassen nicht zu weit zu treiben. Doch eines kann festgehalten werden: Im Übergang von einem Haus- bzw. Krippenkind zum Kindergarten stellt sich diese Frage überhaupt nicht, es gibt keine Kindergartenreife, die einen hohen Grad an Homogenität sichern kann. Warum sollte dies dann im zweiten Übergang bestimmend sein? Die Frage nach der Aufgabe des Kindergartens für den Übergang würde sich anders stellen, wenn alle Kinder in die Schule aufgenommen würden und Schule sich so ändern würde, dass sie auch „schwierigste“ Kinder aufnehmen müsste. Denn die neuesten Untersuchungen, gerade nach PISA, haben die Forderung formuliert, dass Änderungen nicht nur in einem Bildungssegment erfolgen dürfen. Das heißt, Kinder sollen im Kindergarten weiterhin einen geschützten Raum finden.

„Er wird weiterhin Zeit bieten für Fehler, fürs Üben, für Wiederholungen – und fürs Verzeihen.“¹⁷ Und der Auftrag der Schule wäre, geförderte Kompetenzen im Kindergarten abzufragen und für die weitere schulische Förderung zu nutzen, wobei dies nicht als personeller Akt der Einmaligkeit aufgrund engagierten Tuns von Lehrer/innen vonstatten gehen sollte, sondern als pädagogische Selbstverständlichkeit angesehen werden müsste, ebenso wie die Annahme realer Verhältnisse der Kinder.

Am einfachsten wäre sicherlich der Weg nachzuvollziehen, den unsere europäischen Nachbarländer schon gegangen sind. Durch gemeinsame Curricula und gemeinsame Studiengänge ist ein Abgleichen und Bekanntmachen der jeweiligen Arbeitsfelder nicht mehr notwendig, das Verständnis des pädagogischen Miteinanders weiter ausgebaut und der Integrationsgedanke wesentlich weiter entwickelt.

In der momentanen Situation in Deutschland wären nach Meinung vieler Autor/innen folgende Schwerpunkte notwendig:

- Gesetzliche Fixierung der Zusammenarbeit von Kindergarten und Grundschule, um diese Übergänge wirklich pädagogisch überlegt und nicht sporadisch und vereinzelt zu organisieren. Hierbei ist das Hauptaugenmerk vor allem auf die Übergänge aller Kinder zu legen, um nicht schon an dieser Stelle Aussonderungen aufgrund vermeintlich ungenügender intellektueller Hintergründe bzw. Behinderungen vorzunehmen.
- Beziehungsarbeit vor und während des Überganges zu organisieren, sei es in Form gegenseitiger Besuche von Erzieher/innen und Grundschullehrer/innen in der jeweils anderen Einrichtung inklusive dem Austausch über Lernerfahrungen der Schulanfänger, ein Besuch der Kindergartenkinder vor dem Schulbeginn oder/und Patenschaften der Erstklässler für die Schulanfänger/innen.
- Kinder sollen Informationen zum Übergang in die Grundschule erhalten, die zutreffend (also weder beschönigend noch abschreckend sind), zureichend (also nicht Informationen bis ins kleinste Detail) und rechtzeitig sein sollen. Der Übergang soll dabei als positive Herausforderung dargestellt werden und es sollte den Organisatoren bewusst sein, dass Übergänge nicht am ersten Tag bewältigt werden, sondern ihre Zeit brauchen, daher weiter begleitet werden müssen.¹⁸

2.5 Projekte zur Verbesserung des Übergangs Kindergarten–Grundschule

In Sachsen wurde innerhalb der sieben Sachsen-Modelle in einem Projekt der Frage nachgegangen, wie der Übergang vom Kindergarten in die Grundschule gelingen kann und wie eine spätere Zusammenarbeit zwischen Grundschule und Hort vorstellbar wäre. Anhand von „Allgemein und ganz konkret: Praxishilfen für die Kita“ Heft 1 wurden die Ergebnisse für alle Kindergärten zugänglich gemacht. Dabei war der Gegenstand der Untersuchung die „Schulreife“ der Kinder, anhand derer die Aufgaben beider Institutionen bestimmt wurden.

Aus Sicht der Lehrer/innen wäre dabei vorstellbar: der Besuch in den Kitas; ein „Runder Tisch“, der Lehrer/innen, Erzieher/innen und Hortner/innen vereint und sich durch Verbindungshefte gegenseitig fortlaufend informiert und gemeinsame Besprechungen von Lehrer/innen und Erzieher/innen. Zwei Punkte erscheinen wesentlich neu: die Forderung der Ablösung der „Schulreife“ durch „Schulfähigkeit“ mit den entsprechenden Konsequenzen für das Schulaufnahmeverfahren und eine Änderung der Schule hin zu einer kindfähigen Schule mit

spielerischen Elementen, die unverzichtbar sind. Aus Sicht der Erzieher/innen wären vor allem Besuche vor dem Schuleintritt vorstellbar, damit Kinder schon zuvor Gebäude, Unterricht und zukünftige Lehrer/in kennen lernen können.¹⁹ Alles in allem sehr pragmatische Umsetzungsgedanken, die gewiss von Vertreter/innen beider Institutionen, die an einer guten Gestaltung des Übergangs interessiert sind, dankbar aufgenommen werden, jedoch den Kindergarten noch als Handlungsgehilfen der Schule darstellen.

Von gesetzlicher Seite aus lässt eine gemeinsame Empfehlung vom Ministerium für Kultus und dem Ministerium für Soziales ein Umdenken erhoffen, wenn formuliert wird: „Die Grundschule muss sich Rechenschaft darüber geben, ob sie den pädagogisch unterschiedlichen Konzepten der Kindergärten und den damit breiter gefächerten Voraussetzungen der Kinder bei Schuleintritt genügend Beachtung schenkt und ihre pädagogischen Konzepte ausreichend auf die Individualität der Kinder orientiert.“²⁰

3. Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in sächsischen Kindertageseinrichtungen

3.1 Zum Begriff der Integration

Wenn es um das Verständnis von Integration geht, lassen sich die verschiedensten Begriffsbestimmungen finden, sicher ist zunächst nur eines: Integration nur als ein Unterlassen von Segregationen zu begreifen, wäre zu kurz gefasst. Doch ähnlich wie in den Versionen zum Begriff der Behinderung wird Integration nicht zuletzt interessengeleitet verstanden, wie dies gerade in den Auffassungen von Seiten des Gesetzgebers und der Vertreter des interaktivistischen Paradigmas deutlich wird. Es ist gewiss als eine elementare Voraussetzung anzusehen, dass Gesetze zur Integration behinderter Menschen erlassen werden, nicht zuletzt damit dem Gleichheitsgrundsatz entsprochen werden kann, jedoch wird damit mehr oder minder meist den justiziablen Ansprüchen Rechnung getragen und Prozesse der Stigmatisierung werden vorangetrieben. Maßnahmen, durch die eine Integration der als andersartig befundenen Menschen erreicht werden soll, stehen unter Aufsicht von Behörden, was letztendlich als Ergebnis einen Zustand hervorbringt, der zwar eine strukturelle und organisatorische Integration hervorbringt, aber hinter dessen Fassade die Integration nicht wirklich erfolgt ist.²¹ Im Sinne einer gelingenden Eingliederung muss eine soziale Integration verfolgt werden, die sowohl soziale Interaktion,

als auch das Akzeptiertwerden beinhaltet und über bloße physische Anwesenheit hinausgeht.²² Damit ist Integration mehr als nur das Tolerieren der Andersartigkeit und mehr als nur das passive Nebeneinander, es bedeutet das Überwinden von Berührungängsten, das Einbeziehen und das gleichberechtigte Miteinander aller. Und wo sollte man besser damit anfangen als bereits im Kleinkindalter, wie die Untersuchungen von Fritzsche in einer Integrationsgruppe deutlich zeigen. Die behinderten Kinder weckten eher Neugier denn Ablehnung, Kontakte entstanden freiwillig, behinderte Kinder wurden voll zur Gruppe gerechnet und waren mit den anderen Kindern emotional verbunden, so dass beide Seiten von und miteinander lernen konnten und so Behinderung als „eine Variante von Vertrautem“ wahrgenommen werden konnte.²³

Damit ist der Untersuchungsansatz zum Stand der Umsetzung des Integrationsgedankens in Sachsen skizziert. Es geht neben den gesetzlichen Regulierungen und der quantitativen Ausgestaltung zugleich darum, wie eine sinnvolle Integration in Sachsen in Form der sozialen Integration aller behinderten Kinder in den Kindertageseinrichtungen schon erfolgt ist bzw. wie dies erreicht werden kann.

3.2 Gesetzliche Grundlagen für die Integration und der derzeitige Stand der Integration in sächsischen Kindertageseinrichtungen

Die gesetzlichen Grundlagen finden sich zunächst, wie für alle Kinder, im § 1 SGB VIII, gekoppelt mit den §§ 22–26 SGB VIII, welche das Recht auf Förderung der Entwicklung und die Erziehung zur eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit garantieren und als Realisierungsraum Tageseinrichtungen, Tagespflege bzw. auch die selbstorganisierte Umsetzung durch die Erziehungsberechtigten zulassen. Ergänzt werden diese durch § 27 Absatz 3 SGB VIII, welche die Gewährung pädagogischer und damit verbunden therapeutischer Leistungen als Hilfe zur Erziehung formuliert und § 35 a desselben Gesetzes, in dem die Eingliederung für seelische behinderte bzw. von einer solchen Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher beschrieben wird. Eingliederungshilfen, nun nicht mehr nur auf seelisch Behinderte begrenzt, benennt § 39, Absatz 1–3 BSHG und setzt als Ziel die Eingliederung in die Gesellschaft und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Dessen konkrete Verwirklichung in Form von heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, werden im § 40, Absatz 1, Satz 2 a festgehalten. Diese Bestimmungen finden sich dann ebenso im § 11 der EingldgsH-VO und dem § 19 SächsKitaG. Auf Länderebene regelt § 22 a des Sächs. AfG KJHG die Maßnahmen der Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in der Zuordnung zu den Trägern der Sozialhilfe und hält in § 1 der IntegrVO fest, dass be-

hinderte Kinder mit und ohne Anspruch auf Eingliederungshilfe gemeinsam mit nicht behinderten Kindern gefördert, gebildet, erzogen und betreut werden sollen und dass die Integration in eine Kindertageseinrichtung der Aufnahme in eine Sondereinrichtung vorzuziehen ist, jedoch unter Beachtung des Förderbedarfs und der Fördermöglichkeiten im Einzelfall.

Quantitativ ist die Ausgestaltung der Integration von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in sächsischen Kindertageseinrichtungen sehenswert. Von 1994 bis 1998 stieg die Zahl der Einrichtungen, die integrativ arbeiteten, von 476 auf 776. Damit konnten, statt im ersten Vergleichsjahr mit 2.919 Kindern, im zweiten Vergleichsjahr schon 7.991 Kinder aufgenommen werden.²⁴

Das heißt ebenso, dass von den 2.912 Kindertageseinrichtungen in Sachsen 26,65 % integrativ arbeiten. Damit steht Sachsen im bundesweiten Vergleich für diesen Bereich auf Platz drei hinter dem Saarland (32,33 % der Tageseinrichtungen arbeiten integrativ) und Hessen (30,41 %). Vergleicht man jedoch einen weiteren Faktor der Integration, nämlich das Vorhandensein von Einrichtungen, die ausschließlich behinderte Kinder betreuen, sieht das Bild der Integration weniger gut aus. In Sachsen existieren noch 54 solcher Einrichtungen, also sind mithin noch 6,96 % aller Kindertageseinrichtungen segregativ angelegt und Sachsen steht bei diesem Vergleich nur an zehnter Stelle.²⁵

3.3 Projekte zur Integration behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder in Sachsen

In Sachsen liefen zwei Modellprojekte zur „Integration von behinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen“. Das erste begann im September 1996 und endete im August 1999. In diesem Projekt war von Beginn an eine Vision verfolgt worden: Eine Kindertageseinrichtung für alle Kinder. Als sinnvollen Anschluss an dieses dreijährige Projekt wurde dann für ein Jahr das Projekt zur „Qualifizierung von FachberaterInnen für Integrationsberatung“ initiiert, welches die Implementation der Ergebnisse des ersten Projekts realisieren sollte.

Ziele des ersten Projekts für die beteiligten Kindertageseinrichtungen waren:

1. Die Erzeugung von sowohl Bereitschaft als auch Befähigung, alle behinderten Kinder im jeweiligen Einzugsbereich auf Wunsch der Eltern ungeachtet der Schwere der Behinderung aufzunehmen, zu betreuen, zu fördern und zu bilden.
2. Die Voraussetzungen für den erforderlichen pädagogischen, heilpädagogischen, räumlichen und organisatorischen Rahmen zu schaffen.
3. Die Zusammenarbeit von Einrichtungsträgern, pädagogischen und psychologischen Fachkräften, Eltern,

medizinischem und therapeutischem Personal und den entsprechenden Behörden zu initiieren, die sich am Wohlbefinden aller Kinder und ihrer Sehnsucht nach Geborgenheit orientiert.²⁶

Für dieses Projekt kann festgehalten werden, dass die gesteckten Ziele in den vier beteiligten Einrichtungen erreicht werden konnten, wie dies die umfangreichen Dokumentationen in Form von Videos deutlich zeigen. Um den Integrationsgedanken ebenso für andere Einrichtungen ansprechend und nachvollziehbar darzustellen, wurden innerhalb dieses Projekts eine Vielzahl von Materialien erarbeitet, deren Bandbreite von Handreichungen vielfältigster Art zur Integration bis hin zu Qualifikationskonzepten für Erzieher/innen reicht. Im zweiten Projekt wurde zunächst anhand eines Fragebogens nachgefragt, welche Inhalte eine spezifische Integrationsberatung gegenüber der allgemeinen Fachberatung haben sollte und welche Personengruppen unbedingt einbezogen werden sollten und über welche fachlichen Qualifikationen diese für die Beratung verfügen sollten.

3.4 Eine Kita für alle Kinder – Anforderungen zur Umsetzung dieser Intention

Die Ergebnisse der Projekte lassen hoffnungsvolle Ansätze für die Integration erkennen. Es ist deutlich geworden, dass für die am Projekt Beteiligten eine Integration generell aller behinderten Kinder vorstellbar geworden ist und sie diese Grundauffassung weitergeben wollen. Zum einen durch die Leistungen der Fachberater/innen und zum anderen durch die Bildung eines Arbeitskreises zur Integration behinderter Kinder.

Es sind jedoch noch Probleme festzuhalten, die eine Integration blockieren können. Dies bezieht sich vor allem auf folgende Punkte:

- a) Es bestehen durch die gesetzlichen Regulierungen, hier § 19 des SächsKitaG, noch Strukturen, die aus Integrationsicht überholt und bei einer Zahl von 54 Einrichtungen, die ausschließlich behinderte Kinder betreuen, nicht unbedenklich sind, wenn es heißt: „Kinder mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Kinder sind in Kindertageseinrichtungen aufzunehmen, wenn ihre Förderung gewährleistet ist und es zu einer Förderung nicht einer heilpädagogischen Einrichtung bedarf.“
- b) personelle Voraussetzungen für die Integrationsarbeit
 - Die Integrationsverordnung hat in der Hinsicht noch Lücken, dass dem spezifischen Bedarf nach Art und Schwere der Behinderung nicht Rechnung getragen wird.
 - Es besteht eine Lücke zwischen SächsKitaG und der Integrationsverordnung hinsichtlich der Anrechnung behinderter Kinder auf die Platzzahl und des sich daraus ergebenden Personalschlüssels.
 - Der Ausfall von Arbeitszeit durch Urlaub, Krankheit, Weiterbildung oder auch Teamarbeit kann beim Personalschlüssel nicht berücksichtigt werden.
- c) finanzielle Voraussetzungen für die Integrationsarbeit
 - Es besteht keine Klärung darüber, wer für die Kosten der Fachberatung aufkommt.
 - Der pauschale Betrag für Eingliederungshilfen bei Einzelintegration ist nicht ausreichend, weder in Bezug auf das Betreuungspersonal, noch hinsichtlich der Bereitstellung von Therapiematerial und berücksichtigt nicht den Fahrdienst.
 - Die Anrechnung von nur 45 Fehltagen pro Kind auf die Eingliederungshilfe berücksichtigt nicht die reale Situation eines Kindes, das möglicherweise längerer Heilbehandlungen oder Kuren bedarf.
 - Die Kommunen können den Fehlbetrag, der durch den Betrieb einer integrativen Kindertagesstätte vor diesem Hintergrund entsteht, nicht decken.
- d) Ausbildungsdefizite in der Grundausbildung
 - Hinsichtlich der Grundausbildung nach den Lehrplänen für Fachschulen für Sozialpädagogik des Freistaates Sachsen bedarf es eines sehr genauen Blicks, um die Vermittlung behindertenspezifischer Wissens- und Könnenskompetenzen überhaupt zu finden. Ansätze des Integrationsgedankens sucht man vergebens. Nur innerhalb der Pädagogik, die mit einem Gesamtumfang von 160 Stunden konzipiert ist, findet sich im Komplex: „Bedingungen und Situation der Erziehung“ Behinderung als Teil des Situativen im Alltag neben multikultureller Erziehung und besonderen Verhaltensweisen wie Lügen und Aggressionen. In Rechtskunde finden sich in einem Stundenbudget von nur 8 Stunden dann die Rechtsnormen im Arbeitsfeld des Erziehers, in der wesentliche Normen des Behinderten-, Sozialhilfe- und Drogenrechts vermittelt werden sollen.²⁷

4. Entwicklungsperspektiven der Kindertageseinrichtungen in Sachsen

Mehr als 177.000 Kinder besuchen derzeit eine Einrichtung nach §§ 22 ff. SGB VIII im Freistaat Sachsen. Die Geburtenzahlen nehmen seit dem absoluten Tiefstand im Jahr 1994 langsam aber stetig zu, so dass mit einer weiter steigenden Bedarfsentwicklung gerechnet werden sollte. Quantitativ hat Sachsen die Talsohle hinsichtlich der Schließung von Einrichtungen und eines weiteren Personalabbaus im Bereich der Kindertageseinrichtungen momentan noch nicht durchschritten. Neuere Prognosen machen jedoch deutlich, dass spätestens 2010 ein Ausbau dieses Gebiets der Jugendhilfe erfolgen müsste. Der prognostizierte Personalbedarf bei konstanter Versorgungsquote zeigt, dass für alle drei Teilbereiche mit einem Bedarfsanstieg gerechnet werden muss. Für den Krippenbereich werden im Vergleich zu 2000 dann 20 %

mehr Plätze notwendig sein, für den Kindergartenbereich 27 %, wobei der Anstieg dort noch bis zum Jahr 2014 anhält, und für den Hortbereich werden 26 % mehr Plätze nachgefragt werden als 2000.²⁸ Vergleicht man jetzt weiterhin die Zahl derer, die in Sachsen dann altersbedingt in Ruhestand gehen werden, so zeigt sich ein eindeutiger Personalbedarf, der jedoch nicht erst 2010 realisiert werden kann. Langfristig gesehen müssen zwei Aspekte für den Bereich der Ausbildung mitgedacht werden:

- a) Die Zahl der Schulabgänger/innen geht in den nächsten Jahren zurück, die GEW geht sogar von einem enormen Wettbewerb um Berufsanfänger/innen aus.
- b) Gute Schüler/innen werden sich dann nicht unbedingt den Erzieherberuf auswählen, der in der Hierarchie der Berufe an unterster Stelle rangiert. Hier

ist dringend über qualifizierte Ausbildungsangebote, einem anspruchsvollen Berufsbild und entsprechende Karrieremöglichkeiten nachzudenken.

Dazu bedarf es neben konzeptionellen Ausbildungsüberlegungen einer deutlich verbesserten finanziellen Ausstattung dieses Bereiches und dies sowohl kurz- als auch langfristig, denn hier klaffen die europäischen durchschnittlichen Vergleichszahlen und die in Deutschland erreichte hinsichtlich des prozentualen Anteils des Bruttoinlandsprodukts weit auseinander. Doch, und das sollte nochmals betont werden: „Kindertagesstätten sind nicht die ‚armen Verwandten‘ des Bildungswesens, sondern die Bank, von der man, wenn man früh genug einzahlt, später eine Menge Gewinn herausholen kann. Ausgaben für Kinder sind keine verlorenen Zuschüsse in marode Unternehmen, sondern Investitionen in die Zukunft.“²⁹

Wie könnte die Rendite aussehen? Ausgehend von den Empfehlungen des „EU-Netzwerkes für Kinder“ in etwa so:

1. Für den Kreis der Beschäftigten: Zwei ausgebildete sozialpädagogische Fachkräfte sind für 15 Kinder verantwortlich. 30 % ihrer Arbeitszeit werden für Vor- und Nachbereitung, Elterngespräche, Teamkoordination und Fortbildung eingerechnet. Für besondere therapeutische und pädagogische Angebote steht außerdem noch Personal zur Verfügung.
2. Für den Ausbildungsbereich: Gestiegene Anforderungen an die „Kindergartentante“ werden erkannt und entsprechend an Fachhochschulen in gemeinsamen Ausbildungsgängen mit Grundschullehrer/innen realisiert. Damit ließe sich eine verbesserte tarifliche Eingliederung begründen, die den Männeranteil im Personal von Kindertagesstätten deutlich erhöhen könnte.
3. Für die Kinder: Sie erhalten zur Betreuung und liebevollen Erziehung Erwachsene an die Seite gestellt, die sie in allen Wissensfragen kompetent unterstützen und ihr kindliches Forschartum aktiv, gemeinsam mit ihren Eltern, vorantreiben und die auf die sozialen Problemlagen der Kinder reagieren können.
4. Damit würden alle Überlegungen zur qualitativen Verbesserung der Kindertageseinrichtungen weg von den „Potemkinschen Dörfern“ einen wichtigen Schritt hin zu einer Fundierung dieser berechtigten Forderungen gehen können.

Gegenwärtig sind drei Aspekte hinsichtlich der untersuchten thematischen Schwerpunkte in Sachsen zu beachten:

1. Der Bildungsauftrag an sächsischen Kindertageseinrichtungen kann nicht nur durch Projekte, auch wenn diese selbst gelungen sind, durchgesetzt werden. Hier bedarf es, ausgehend von den oben getätigten Aussagen, einer deutlich neuen Herangehensweise (vgl. Kapitel 2.3 dieser Expertise).
2. Die begonnene Implementierung des Integrationsgedankens kann nicht nur auf den „Schultern“ engagierter Erzieher/innen realisiert werden. Rechtliche, monetäre und ausbildungsspezifische Neuerungen sind dringend vonnöten (vgl. Kapitel 3.4 dieser Expertise).
3. Zu aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen: Die ausstehenden Durchführungsverordnungen zum SächsKitaG können insbesondere angesichts geldlicher Voraussetzungen prekär werden. Dies betrifft insbesondere § 12 und § 21 SächsKitaG. In § 12 sind die Anforderungen an das Personal, sowohl in den Kindertageseinrichtungen als auch in der Tagespflege beschrieben. Für den ersten Bereich sollen es pädagogische Fachkräfte sein, die durch weitere geeignete Mitarbeiter, sowie durch Eltern unterstützt werden können und für den Tagespflegebereich steht als Bedingung für das Personal dessen Eignung. Alles in allem eher unpräzise Anforderungen, die einer genaueren Definition dringend bedürfen, um Alleingänge von Kommunen zu verhindern. Dies bezieht sich vor allem auf mögliche „monetäre Einsparungsvarianten“, wie dies im Zwickauer Jugendamt verfolgt wird, indem Erzieher/innen durch Kinderpfleger/innen „ersetzt“ werden sollen. Im Gespräch mit dem Vertreter des Landesjugendamtes für den Bereich der Kindertageseinrichtungen wurde dagegen ebenso deutlich, dass eine entsprechende Beschlussvorlage für den Jugendhilfeausschuss vorliegt, die sich zunächst gegen jedwede Senkung der Qualifizierungsanforderungen richtet und der als langfristige Maßnahme die sozialpädagogische Weiterbildung von Erzieher/innen als Qualifikation zur Leiterin vorsieht, ebenso wie die Ausbildung von Tagespfleger/innen nach dem DJI-Curriculum als berufs begleitende Fortbildung in Form von Aufbaukursen und einem zeitlichen Rahmen von 1 bis 2 Jahren.

⁰ Die Diskussion über den Auftrag und die Professionalität der Kindertageseinrichtungen haben, wie auch die Expertise in einigen Punkten festhält, ihre Berechtigung. Ob allerdings in Bezug auf die PISA-Studie bleibt mehr als fragwürdig, denn in dieser Studie wurden verschiedene Kompetenzen 15-jähriger SchülerInnen untersucht und da bleibt es fraglich, ob man diese defizitären Ergebnisse nur den Kindertageseinrichtungen zuschreiben sollte oder ob nicht immerhin acht Jahre Schule ihren spezifischen Beitrag dazu geliefert haben (vgl. Rauschenbach 2002).

¹ vgl. Elfter Kinder- und Jugendbericht, S. 328 und S. 341–343.

² vgl. E_25_1994 Teil III.1 – Tageseinrichtungen für Kinder, verfügbare Plätze sowie tätige Personen am 31.12.1994 nach Art der Einrichtung und E_25_1998 Teil III.1 – Tageseinrichtungen für Kinder, verfügbare Plätze sowie tätige Personen am 31.12.1998 nach Art der Einrichtung und E_24_2000, Teil III.1 – Tabelle 3 Tageseinrichtungen für Kinder am 31.12.1998 nach Trägergruppen und Art sowie nach Zahl der verfügbaren Plätze.

³ vgl. Anmerkung 2 und Expertise Karl Lenz: Zur sozialen Lage der Kinder im Freistaat Sachsen. Dresden, 2002

- 4 E_24_400, Teil III.1. – Tabelle 10 Tätige Personen in Einrichtungen für Kinder am 31.12.1998 nach Geschlecht und Berufsausbildungsabschluss sowie nach Arbeitsbereich.
- 5 vgl. Anmerkung 2
- 6 vgl. Pressemitteilung des BMFSFJ vom 04.07.2002.
- 7 vgl. Textor 2002, S. 5 ff.
- 8 ebenda, S. 6.
- 9 vgl. Sächsisches Staatsministerium für Familie und Soziales (2002 a), S.14 f.
- 10 Ministerium für Erziehung und Wissenschaft in Schweden (1998): Curriculum für die Vorschule, S. 1.
- 11 Diskussionsentwurf der GEW für einen Rahmenplan frühkindlicher Erziehung vom 21.09.2001, S. 2.
- 12 ebenda S. 12.
- 13 ebenda S. 18 f.
- 14 Wobei Kindertagesstätten nicht nur eine Investitionsseite haben. Eine Untersuchung zum „Volkswirtschaftlichen Ertrag von Kindertagesstätten“ ergab, dass die Erträge, dies sich aus der Berufstätigkeit der Mütter, die Beschäftigung des Personals in den Kindertagesstätten und die Vermeidung von Arbeitslosigkeit von Alleinerziehenden und den somit gesparten Ausgaben für die HzL das bis zu vierfache der eingesetzten Investitionen erbringen können. Ergo: Der volkswirtschaftliche Ertrag kann bis zu vier Euro für einen investierten betragen. (vgl. Bock-Famulla 2002, S. 1)
- 15 vgl. Stahlmann 2002, S. 261.
- 16 vgl. u.a. die Untersuchungen von Nikkel/Schmidt-Denter (1988): Vom Kleinkind zum Schulkind. München, in der empirisch der Mythos widerlegt wird.
- 17 vgl. Uhle 2002, S. 8.
- 18 vgl. zu dem gesamten Abschnitt: Dollase 2000; Hense 2002; Thiersch 2000; Uhle 2000.
- 19 vgl. KiK e.V. Sachsen, o.J.
- 20 Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1999a, S. 6.
- 21 vgl. Söder 1980, S. 363 f.
- 22 ebenda.
- 23 vgl. Schöler et al 2001, S. 107.
- 24 vgl. Anmerkung 2
- 25 vgl. E_24_2000, Teil III.1 – Tabelle 3 Tageseinrichtungen für Kinder am 31.12.1998 nach Trägergruppen und Art sowie nach Zahl der verfügbaren Plätze.
- 26 vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (Hg.) (1999), S. 15.
- 27 vgl. Sächsisches Staatsministerium für Kultus: Lehrpläne für die Fachschule für Sozialpädagogik. 1993.
- 28 vgl. Elfter Kinder- und Jugendbericht 2001, S. 322.
- 29 Diskussionsentwurf der GEW für einen Rahmenplan frühkindlicher Erziehung vom 21.09.2001; S. 19.

5. Literaturverzeichnis

- Bock-Famulla, Kathrin: Volkswirtschaftlicher Ertrag von Kindertagesstätten. Gutachten im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung der GEW vom 07.09.2002.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hg.) (1993): Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen. Emden.
- Deller, Ulrich (2002): „Bildungslieferant“ Kindergarten? – Ergebnisse und mögliche Auswirkungen der PISA-2000-Studie auf die Kindertagesstätten, In: Jugendhilfe, 4/2002, S. 186–195.
- Diskussionsentwurf der GEW für einen Rahmenplan frühkindlicher Erziehung vom 21.09.2001.
- Dollhase, Rainer (2000): Reif für die Schule? In: Kinderzeit, 5/2000, S. 5–8.
- Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2001.
- Evangelische Bundesarbeitsgemeinschaft für Sozialpädagogik im Kindesalter (Hg.) (1992): Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder – eine Zwischenbilanz nach 10 Jahren integrativer Praxis im Bereich der bremschen evangelischen Kirche. Bielefeld.
- Haas, Gerhard (1997): Definition und Klassifikation von Behinderungen aus sozialmedizinischer Sicht. In: Neumann; Johannes: „Behinderung“. Von der Vielfalt eines Begriffs und dem Umgang damit. Tübingen, S. 124–132.
- Hense, Magerita (2002): Bildungsarbeit im Team. In: Kinderzeit, 2/2002, S. 6–8.
- Hillebrandt, Birgit (2002): Vor(der)schule. In: Kinderzeit, 2/2002, S. 9–10.
- Hübner, Klaus (2000): Die Arche Noah. In: Kinderzeit, 11/2000, S. 12–14.
- KiK e.V. Sachsen (o.J.): Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtung und Grundschule. Erfahrungsberichte von Erzieherinnen und Grundschullehrerinnen und Ergebnisse einer Fachtagung zum Thema im Rahmen der Sachsen – Modelle. Dresden.
- Krieg, Elsbeth/Krieg, Helmuth/Krüger, Elisabeth (2000): Kinder verstehen lernen – Beobachtung – Eine Technik für sich. In: Welt des Kindes, 4/2000, S. 20–25
- Landesverband Sachsen der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.) (1997): Zwischenbericht Modellprojekt: Integration von behinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen. Freiberg.
- Lempp, Reinhart (1997): Behinderung aus anthropologischer Sicht. In: Neumann; Johannes: „Behinderung“. Von der Vielfalt eines Begriffs und dem Umgang damit. Tübingen, S. 13–20.
- Lindmeier, Christian (1993): Behinderung-Phänomen oder Faktum? In: Bittner, G./Möckel, A. (Hg.): Beiträge zur Heilpädagogik. Bad Heilbrunn.
- Ministerium für Erziehung und Wissenschaft in Schweden (1998): Curriculum für die Vorschule.
- Muth, Jacob (1986): Integration von Behinderten. Über Gemeinsamkeiten im Bildungswesen. Essen.
- Niehaus, Mathilde (1993): Behinderung und sozialer Rückhalt. Zur sozialen Unterstützung behinderter Frauen. Frankfurt am Main/New York.
- Rahmenbedingung zur Ausbildung und Prüfung von Erziehern/Erzieherinnen – Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.01.2000.
- Rauschenbach, Thomas/Behner, Karin/Knauer, Detlef (1995): Die Erzieherin. Ausbildung und Arbeitsmarkt. Weinheim und München.
- Rauschenbach, Thomas (2000): Kitas auf dem Weg zu sozialen Dienstleistungszentren für Kinder und ihre Familien im Sozialraum – 4 Thesen, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 10/2000, S. 385–388.
- Rauschenbach, Thomas (2000): Der Bildungsauftrag des Kindergarten. In: Sozialpädagogisches Institut des Landes NRW (SPI) (Hg.): Lebensort Kindertageseinrichtung. Bilden – Erziehen – Fördern, S. 13–21.
- Rauschenbach, Thomas (2002): Der Bildungsauftrag im Kindergarten. In: Sozialpädagogisches Institut des Landes

NRW (SPI) (Hg.): Lebensort Kindertageseinrichtung. Bilden – Erziehen – Fördern. Köln, S. 13–21.

Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (Gesetz über Kindertageseinrichtungen – SächsKitaG)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (Hg.) (1999): Modellprojekt „Integration von behinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen.“ Abschlußbericht. Auf dem Weg zu einer Tageseinrichtung für alle Kinder. Dresden.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (Hg.) (1999a): Zur Zusammenarbeit von Kindergarten, Grundschule und Hort. Gemeinsame Empfehlung. Dresden.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie (Hg.) (2000): Projekt „Qualifizierung von FachberaterInnen für Integrationsberatung“. Dresden.

Sächsisches Staatsministerium für Familie und Soziales (2001): Fortbildungsprogramm 2002 für Kindertageseinrichtungen. Langenstriegis.

Sächsisches Staatsministerium für Familie und Soziales (2002): Fortbildungsprogramm 2003 für Kindertageseinrichtungen. Marienberg.

Sächsisches Staatsministerium für Familie und Soziales (2002a): Praxis für Praxis – Werkbuch zum Landesprojekt. Zum Bildungsauftrag in Kindertageseinrichtungen. Marienberg.

Schnabel, Michael/Ho Hueoy-Min (2001): Ein erfolgreiches Konzept der Kindergartenpädagogik – Der Situationsansatz. Eine kritische Bilanz. In: Kinderzeit, 5/2001, S. 18–20.

Schöler, Jutta (Hg.)/Fritzsche, Rita/Schastok, Alrun (2001): Ein Kindergarten für alle – Kinder mit und ohne Behinderung spielen und lernen gemeinsam. Neuwied u.a.

Söder, M. (1980): Soziale Integration und berufliche Eingliederung von Behinderten. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 14/1980, S. 361–370.

Stahlmann, Martin (2002): PISA und die Folgen: Eine Chance für die Kindertagesstätten. In: Unsere Jugend, 6/2002, S. 259–265.

Stenger, Ursula (2000): Bildungsauftrag Kreativität. In: Kinderzeit, 8/2000, S. 16–17.

Textor, Martin R. (2002): Integration statt Segregation. Unveröffentlichtes Manuskript.

Thiersch, Renate (2000): Brüche, Krisen, Neuanfänge. In: Welt des Kindes, 6/2000, S. 6–11.

Tröster, Heinrich (1990): Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung. Bern u.a.

Uhle, Magret (2002): Mehr Bildung in die Kindergärten – Die Hamburger AWO bietet den Kindergarten von morgen an. In: Kinder, 1/2002, S. 6–8.

Völkel, Petra (2000): Kinder brauchen Kinder – Zum Bildungsauftrag des Kindesgarten. In: Welt des Kindes, 4/2000, S. 16–19.

Wagner, Petra (2001): Kleine Kinder – Keine Vorurteile – Vorurteilsbewusste Pädagogik in Kindertages- einrichtungen. In: Diskurs, 2/2001, S. 22–27.

Wulk, Johannes (2000): Kinderschulen statt Kindergärten – Ein Blick auf die Frühpädagogik in Europa. In: Welt des Kindes, 5/2000, S. 17–19.

Dr. Stephan Sting

**Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen
in Sachsen**

Expertise für den Zweiten Sächsischen Kinder- und Jugendbericht 2003

Einleitung

Gesundheitliche Fragen im Kindes- und Jugendalter werden heute vor dem Hintergrund eines erweiterten Gesundheitsverständnisses diskutiert, das neben medizinisch-biologischen Aspekten auch psychische, soziale und ökologische Aspekte beinhaltet. Insbesondere seit der Proklamation der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1986 wird Gesundheit in sozialpolitischen und sozialpädagogischen Diskursen als grundlegender Bestandteil von Wohlbefinden und Lebensqualität betrachtet, der mit den jeweiligen Lebenslagen und der Lebensweise von Individuen und sozialen Gruppen verknüpft ist. Gesundheit wird so zur Voraussetzung gelingenden Heranwachens und einer positiven Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Und umgekehrt gehen in vielen Fällen Entwicklungs- und Lebensprobleme mit gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen einher.

Die Verschränkung von Gesundheit mit der Frage nach den Lebenslagen und Lebensweisen macht deutlich, dass Gesundheit eine historisch variable Kategorie darstellt, die an unterschiedliche soziale Kontexte gebunden ist. Gesundheit ist eingebettet in die „somatische Kultur“ einer Gesellschaft oder einer sozialen Gruppe, die einen spezifischen körperlichen Habitus und körperbezogene Praktiken in den Bereichen Hygiene und Schönheit, Essen und Trinken, Sexualität und Rausch, Gesundheit und Krankheit usw. hervorbringt (vgl. Rittner 1999, 105). Die somatische Kultur unserer Gesellschaft scheint derzeit im Wandel begriffen zu sein. Alte körperliche Zwänge lockern sich, neue Zwänge (z.B. des „cool“ seins, „locker“ seins) breiten sich aus. Anzeichen dafür sind eine breite Thematisierung von Körper und Gesundheit in den unterschiedlichsten Medien (z.B. Talkshows, Familien- und Frauenzeitschriften) und eine verstärkte Körperthematization durch jugendliche Stilbildungen, Trendsportarten, neuartige Rauscherfahrungen und Erlebnispädagogik. Die Veränderungen der somatischen Kultur führen dazu, dass der Umgang mit dem Körper und die Orientierung an Gesundheit ihre Selbstverständlichkeit verlieren. „Es finden sich die Extreme von Formen expliziter Körperinszenierung wie die der Körperverdrängung ...“ (Rittner 1999, 115). Gerade bei Kindern und Jugendlichen ruft diese Entwicklung Verunsicherungen hervor. Der Körper wird einerseits zum Medium von Selbstdarstellungen und von Prozessen lebensstilbezogener Identitätsbildung; andererseits wird die alltägliche Körperlichkeit destabilisiert, was zu motorischen Defiziten, koordinativen Minderleistungen und zu neuartigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann.

Der skizzierte Wandel der somatischen Kultur hat zur Folge, dass Körper und Gesundheit immer mehr zum

Gegenstand eigener Aktivität von Individuen und Gesellschaften werden. In der Ottawa-Charta wird „Gesundheitsförderung“ als eine eigenständige, positive Aufgabe von der bloßen Vermeidung von Krankheiten abgegrenzt (Ottawa-Charta 1995). Noch zugespitzter wird in der Nachfolge Gesundheit als dynamischer Prozess einer „aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen im gesamten Lebensverlauf“ beschrieben (Laaser/Hurrelmann 1998, 402). Neben dem Lebensstil- und Lebensweisenbezug von Gesundheit wird deren Bezug zur Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von Individuen betont (vgl. Keupp 2000, 16). Der Wandel der somatischen Kultur geht einher mit einem Wandel der Arbeitswelt, die höhere Anforderungen an Mobilität, Kommunikationsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft stellt. Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit sind hierzu zentrale Voraussetzungen. Der Erhalt und die Förderung von Gesundheit werden zunehmend zu einer „Pflicht“, die aktive Anstrengungen erfordert und soziale und individuelle Verantwortlichkeiten akzentuiert (Labisch 1992, 321ff.; Herzlich 1991, 298). In diesem Zusammenhang wird auch die pädagogische und sozialpädagogische Zuständigkeit für Gesundheitsfragen bei Kindern und Jugendlichen verstärkt. Im Kontext eines umfassenden Gesundheitsverständnisses, das von einer *soziokulturellen Herstellbarkeit der Gesundheitschancen* des Einzelnen ausgeht, können sich pädagogische Einrichtungen – und damit auch die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe – der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Fragen nicht mehr entziehen.

Die Herstellung von Gesundheit erfordert spezifische Kompetenzen, die in Abhängigkeit von der Lebenslage und den Lebensbedingungen erworben werden, sowie individuelle und soziale Ressourcen. Gesundheitschancen sind daher mit den Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen insgesamt verschränkt. Zahlreiche Untersuchungen haben in den letzten Jahren auf die enge Beziehung von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit hingewiesen (vgl. z.B. BZgA 1998; Altgeld/Hofrichter 2000), so dass sozioökonomische Faktoren auch im Kindes- und Jugendalter eine zentrale Rolle für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit zu spielen scheinen. Neben der soziokulturellen muss deshalb die *sozialpolitische Herstellbarkeit von Gesundheit* berücksichtigt werden, die insbesondere für das Klientel der Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung ist.

Zusammenfassend ergeben sich aus diesen Vorüberlegungen zwei zentrale Problemfelder, die die gegenwärtige Diskussion zur Kinder- und Jugendgesundheit bestimmen und die auch die vorliegende Expertise zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in

Sachsen sowie darauf bezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung leiten:

1. Im Kindesalter wird der unübersehbare *Bezug von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit* thematisiert. Gesundheitsprobleme dienen als Indikatoren für soziale Probleme (vgl. Sting 2000, 57f.), und soziale Lebenslagen und Lebensbedingungen müssen offensichtlich bei der Förderung von Gesundheit als wesentliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden.
2. Im Jugendalter findet eine gruppen- und subkulturell differenzierte Auseinandersetzung mit den Veränderungen der somatischen Kultur unserer Gesellschaft statt. Dies führt zu soziokulturellen Verunsicherungen

und Orientierungsproblemen, die zur Folge haben, dass in den letzten drei Jahrzehnten im Jugendalter als einziger Altersgruppe die Gesundheitsprobleme statistisch nachweisbar angestiegen sind. Da es sich vor allem um durch individuelles Handeln verursachte, „prinzipiell vermeidbare Gesundheitsrisiken“ handelt (vgl. Lohaus 1993, 22), liegen pädagogische Interventionen und Verhaltensregulierungen nahe. Zugleich zeichnet sich das Jugendalter durch Erwachsenenferne und eine Distanz zu etablierten Programmen der Gesundheitsförderung aus, was die Frage nach *jugendgemäßen Zugängen und Interventionsmöglichkeiten* eröffnet.

1. Zur gesundheitlichen Situation von Kindern in Sachsen

Zur Beziehung von sozialer Lage und Gesundheitsstatus liegen in Sachsen keine Daten vor – weder für Kinder und Jugendliche noch für die Gesamtbevölkerung. Zum Jahresende 2000 lebten ca. 5,6 % aller unter 18-Jährigen in Sachsen von Sozialhilfe, wobei ein deutlich höherer Anteil in der Gruppe der unter 7-Jährigen zu verzeichnen ist (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 2 ff.). Während bundesweit knapp 15 % der Kinder und Jugendlichen in relativer Armut leben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 338), ist der Anteil sächsischer Kinder und Jugendlicher, die unterhalb der relativen Armutsgrenze von 50 % des durchschnittlichen sächsischen Pro-Kopf-Einkommens liegen, unbekannt. Die sächsische Landesregierung bestätigt zwar, dass Gesundheitsstatus, die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und die Erreichbarkeit durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung schichtabhängig sind und dass sie über diese Zusammenhänge in Sachsen über keine speziellen Erkenntnisse verfügt, sie schätzt aber dennoch die Datenlage zur Kindergesundheit im Vergleich zu anderen Bundesländern als gut ein und sieht keinen besonderen Untersuchungsbedarf (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 31f.).

Tatsächlich ist der *Einfluss sozialer Ungleichheit* auf die Gesundheit bisher bundesweit noch sehr wenig erforscht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 222), wobei für Sachsen auch aussagekräftige kommunale oder regionale Untersuchungen fehlen (vgl. Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung 2000). Während in den meisten Bundesländern nur auf der Grundlage der Einschulungsuntersuchung als einziger flächendeckender Untersuchung Aussagen zum Gesundheits- und Entwicklungsstatus von Kindern gemacht werden können, wird diese in Sachsen durch Schuluntersuchungen des jugendärztlichen Dienstes in den 2., 5. und 9. Klassen ergänzt, was

hinsichtlich der darin erfassten medizinischen Aspekte eine relativ detaillierte Berichterstattung erlaubt. Allerdings werden weder soziale Indikatoren noch psychosomatische Beschwerden oder psychosoziale Aspekte untersucht, was eine Einschätzung der Gesundheitssituation in Anlehnung an das erweiterte Gesundheitsverständnis der WHO schwierig macht. Eine Verbesserung der Datengrundlage könnte durch die Beteiligung Sachsens an der internationalen HBSC-Studie („Health Behaviour by School Children“) der WHO zum Gesundheitsstatus und zu gesundheitsbezogenen Lebensstilen von Kindern und Jugendlichen geschaffen werden, deren Ergebnisse dieser von der Technischen Universität Dresden durchgeführten Untersuchung im Verlauf des Jahres 2003 zu erwarten sind.

Im folgenden sollen ausgewählte Indikatoren zur Kindergesundheit in Sachsen dargestellt werden, um eine Einschätzung der gesundheitlichen Lage sächsischer Kinder zu gewinnen. Die *Säuglingssterblichkeit* (Sterbefälle im Verlauf des ersten Lebensjahres) gilt über die Periode der Schwangerschaft und des ersten Lebensjahres hinaus als Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung allgemein, da hierbei auch Faktoren wie der Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Mutter, die soziale Lage und die gesundheitsbewusste Betreuung (z.B. Stillen, Schlaflage) von Bedeutung sind (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998, 61; Zimmermann u.a. 2000, 117ff.). In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich gering, was auf eine gute gesundheitliche Ausgangssituation schließen lässt. Für Sachsen sind seit 1990 deutlich zurückgehende Werte zu verzeichnen: So ist die Säuglingssterblichkeit von 6,8 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 1990 kontinuierlich auf 4,1 Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborene im Jahr 1999 gesunken (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 5). Damit findet die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in

Sachsen Anschluss an die generell günstige Entwicklung in Deutschland.

Auch die *Zahngesundheit* von Kindern hat sich in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten rapide verbessert, wofür vor allem effektive zahnmedizinische Präventions- und Gesundheitsaufklärungsprogramme verantwortlich gemacht werden (vgl. Robke 2000, 192, 197). In Sachsen – wo die Zahngesundheit ein wichtiges Thema der Gesundheitserziehung im Vor- und Grundschulbereich darstellt – ist eine ambivalente Tendenz zu erkennen: Während sich die Zahngesundheit der älteren Kinder deutlich verbessert hat und im internationalen Vergleich weit überdurchschnittliche Werte erreicht, stagniert der Gesundheitszustand des Milchgebisses der jüngeren Kinder auf eher niedrigem Niveau. Als Ziel für einen akzeptablen Zustand der Zahngesundheit proklamierte die WHO für das Jahr 2000 weniger als zwei kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne für 12-jährige Kinder (dmf/t-Index). Dieser Wert wurde in Sachsen bereits im Schuljahr 1996/97 mit 1,99 dmf/t unterboten; bis zum Schuljahr 1999/00 ist er auf 1,43 dmf/t gesunken. Für die 5- bis 6-jährigen Kinder wurde von der WHO ein 50 % naturgesundes Gebiss als akzeptabel ausgewiesen. Dieser Wert wird in Sachsen bei weitem nicht erreicht, und es ist auch keine klare Verbesserung des dmf/t-Index in den letzten Jahren zu erkennen (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998, 104ff.; Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 10f.). Zugleich bringt der relativ hohe Anteil behandlungsbedürftiger jüngerer Kinder (29–44 %) eine eher schlechte zahnärztliche Versorgung der Vorschulkinder zum Vorschein, und dies, obwohl die zahnärztliche Versorgung in Sachsen flächendeckend als gut eingeschätzt wird (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998, 159).

Für eine Erklärung dieser Zusammenhänge bieten die vorliegenden Gesundheitsdaten aus Sachsen keine Anhaltspunkte. Eine Regionalstudie in Hannover ermittelte eine räumliche Verteilung der Untersuchungsbefunde zur Zahngesundheit innerhalb des Stadtgebietes, die auf einen engen Zusammenhang mit der Verteilung von Einkommensarmut in der Stadt hindeutet (vgl. Schubert 2000, 99ff.). So ist inzwischen bekannt, dass das Problem der sozialen Ungleichheit im zahnmedizinischen Versorgungssystem eine große Rolle spielt. Die Durchschnittswerte des dmf/t-Index verdecken, dass die Unterschiede zwischen stark und wenig von Karies betroffenen Kindern zunehmen: Nach der 3. Deutschen Mundgesundheitsstudie von 1999 haben 22 % der Jugendlichen ca. 61 % aller dmf-Zähne; in ähnlicher Weise differiert der Anteil der naturgesunden Gebisse bei 4- bis 5-jährigen Kindern in Hannover zwischen 63 % in sozial besser gestellten Stadtteilen und 34 % in sozial benachteiligten Stadtteilen (vgl. Robke 2000, 197). Eine Unter-

suchung dieser Zusammenhänge erscheint für Sachsen dringend erforderlich, da die traditionelle zahnmedizinische Gesundheitserziehung soziale Unterschiede eher verstärkt als vermindert und zu einer Verbesserung der Situation bei sozial Benachteiligten neue Wege beschritten werden müssten. Z.B. könnten unter Einbeziehung von Familienhilfe und Kindertagesstätten der Kontakt zu niedergelassenen Zahnärzten (nicht nur zum jugendzahnärztlichen Dienst) aufgebaut und spezifisch zugeschnittene Präventionskonzepte erprobt werden (vgl. Robke 2000, 193, 202ff.).

Ein weiterer Indikator für die Entwicklung der Kindergesundheit ist das *Übergewicht*. In westlichen Industrieländern wie Deutschland ist nicht mehr Mangelernährung Kennzeichen von Armut, sondern „übermäßiges Essen und nicht-optimale Speisenauswahl“ (Zimmermann u.a. 2000, 121). Das Ernährungsproblem verlagert sich zum Problem des „Essverhaltens“ (vgl. Kolip/Hurrelmann/Schnabel 1995, 12), wobei auch regional-kulturelle Gewohnheiten zu berücksichtigen sind. Sachsen hat an diesem Veränderungsprozess teil. Gemäß der 1. Sächsischen Verzehrstudie von 1999 liegt bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen keine Mangelernährung bezüglich der Versorgung mit bestimmten Nährstoffen vor. Stattdessen findet sich eine Überversorgung mit Nahrungsenergie – die Ernährung sächsischer Kinder und Jugendlicher ist zu eiweiß- und fettreich und zu arm an komplexen Kohlenhydraten (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 17f.). Infolgedessen verstärkt sich die Problematik der Übergewichtigkeit im Kindesalter, was wiederum das Risiko vieler Krankheiten erhöht.

In allen Klassenstufen bringen die Schuluntersuchungen zwischen den Jahren 1993/94 und 1998/99 eine Zunahme an Adipositas (starkes Übergewicht) zum Vorschein. Die Werte stiegen bei den Einschülern von 3,37 % auf 4,72 % aller untersuchten Kinder (1997/98: 6,98 %), in der 2. Klasse von 3,88 % auf 8,87 %, in der 5. Klasse von 5,11 % auf 11,84 % und in der 9. Klasse von 4,32 % auf 8,30 % (vgl. 8. Sächsische Gesundheitswoche 2001, 7). Die 1. Sächsische Verzehrstudie von 1999 ermittelte für die Gruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder einen Adipositas-Anteil von 12,4 %, was den niedrigen Anstieg unter den Einschülern in der Statistik der 8. Sächsischen Gesundheitswoche relativiert (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 8f.). Insgesamt hat sich der Anteil der stark übergewichtigen Kinder in allen Klassenstufen innerhalb von fünf Jahren mehr als verdoppelt. Die Einflussnahme auf die massive Veränderung des Essverhaltens der Kinder und Familien durch die Propagierung des Verzehrs von Obst und Gemüse wird deshalb für dringend erforderlich gehalten (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung 2000, 7). Zugleich stellt sich auch hier wieder das Pro-

blem der angemessenen Ansprache und Erreichbarkeit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Kommunale Untersuchungen in Köln und Hamburg verweisen auf die sozial ungleiche Verteilung von Adipositas bzw. Übergewicht. In Köln korrelieren die Anteile adipöser Einschüler mit der Sozialhilfeempfänger-Dichte des Wohngebiets; in Hamburg wurde eine lineare Beziehung zwischen den Anteilen übergewichtiger Kinder und dem Sozialstatus des jeweiligen Stadtteils, gemessen nach einem multifaktoriellen Sozialindex, nachgewiesen (vgl. Mersmann 1998, 70f.; Zimmermann u.a. 2000, 121f.).

Problematische Tendenzen sind schließlich auch im Bereich der *Entwicklungsauffälligkeiten* festzustellen. Wie in Deutschland insgesamt haben in Sachsen Entwicklungsprobleme bei Einschülern zugenommen, was in einer steigenden Rate von Schulrückstellungen zum Ausdruck kommt. Die Rückstellungsempfehlungen des jugendärztlichen Dienstes stiegen zwischen 1993/94 und 1998/99 in Sachsen von 9,19 % auf 12,75 % an (tatsächliche Rückstellungen: 11,74 %). Überdurchschnittliche Steigerungsraten der Schulrückstellungen finden sich z.B. in Leipzig (von 9,53 % auf 17,84 %), in Zwickau (von 10,8 % auf 16,4 %) und in Chemnitz (von 7,9 % auf 15,75 %). Im einzelnen ist ein kontinuierlicher Anstieg der Sprachauffälligkeiten bei sächsischen Einschülern von 16 % im Schuljahr 1994/95 auf 20,9 % im Schuljahr 1998/99 zu verzeichnen. Ebenso kontinuierlich stiegen motorisch-koodinative Entwicklungsrückstände (von 3,8 % im Schuljahr 1995/96 auf 5,5 % im Schuljahr 1998/99) und die Herabsetzung der Sehschärfe (von 14,5 % im Schuljahr 1994/95 auf 18,1 % im Schuljahr 1998/99). Bei psychovegetativen Auffälligkeiten und Hörstörungen finden sich ebenfalls ansteigende, aber nicht gleichermaßen eindeutige Tendenzen (vgl. Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung 2000, 2ff.).

Die Zunahme von Entwicklungsauffälligkeiten zeigt, dass auch sächsische Kinder am derzeit sich vollziehenden Wandel der somatischen Kultur teilhaben, der neue Gesundheits- und Entwicklungsbelastungen für Kinder mit sich bringt. Die angemessene Bearbeitung dieser Probleme erfordert ein *umfassendes Gesundheitskonzept und eine interdisziplinäre Kooperation*, die auch nichtmedizinische Faktoren bei der Entstehung von Gesundheitsproblemen berücksichtigt. Bedenklich ist in diesem

Zusammenhang, dass in vielen Regionen Sachsens anscheinend nach wie vor eine medizinische Behandlung nichtmedizinischer Befunde favorisiert wird, was die Frage nach einer problemadäquaten Versorgung aufwirft (von 101 zurückgestellten Einschülern in Zwickau im Schuljahr 1998/99 wurde 99 Kindern die Konsultation eines Facharztes empfohlen, obwohl nur bei vier Kindern medizinische Gründe für die Rückstellungsempfehlung vorlagen; vgl. Klausning 2001, 43f.). Besonders deutlich wird die Beteiligung nichtmedizinischer Ursachen an der Entstehung von Gesundheits- und Entwicklungsproblemen durch die sozial ungleiche Verteilung von Beeinträchtigungen, die sich in verschiedenen Bereichen – auch im Bereich der Entwicklungsauffälligkeiten – nachweisen lässt. So zeigt die Kölner Untersuchung von Einschülern im Bereich der Sprachauffälligkeiten und der motorisch-koodinativen Entwicklungsrückstände einen ebenso eindeutigen sozialen Gradienten (vgl. Mersmann 1998, 70ff.) wie vergleichbare Untersuchungen zum Übergewicht oder zur Zahngesundheit.

Angesichts der Tatsache, dass es auch in Sachsen klare Indizien für einen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitsstatus von Kindern und für die Relevanz nichtmedizinischer gesundheitlicher Belastungsfaktoren gibt, erscheint eine sozial differenzierte Betrachtung von gesundheitlichen Fragen im Kindesalter für die Zukunft unumgänglich. Gesundheitsrelevantes Verhalten ist in die Lebensweise eines sozialen Milieus eingebettet, in dessen subkulturelle Bräuche und Gewohnheiten, die wiederum auf die spezifischen sozialen Lebensbedingungen bezogen sind (vgl. Rosenbaum 2001). Nur durch Kenntnis der *sozialen Dimension von Gesundheits- und Entwicklungsproblemen* lassen sich angemessene Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte entwickeln, an denen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe – allen voran der Kindergarten – durch ihre Nähe zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen beteiligt werden könnten. Aufgrund der zu vermutenden Häufung von Gesundheits- und Entwicklungsproblemen im „unteren Fünftel“ der Bevölkerung wäre eine Gesundheitszielbestimmung zu bedenken, die spezifische, nicht-ausgrenzende Konzepte für diese Bevölkerungsgruppe entwickelt, um den Negativtendenzen im Gesundheitsstatus sächsischer Kinder entgegen zu wirken (vgl. Zurhorst 2001).

2. Zur gesundheitlichen Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Sachsen

Das Jugendalter stellt im biografischen Verlauf die gesündeste Lebensphase dar. Obwohl die Mortalitäts- und Morbiditätsraten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen gering sind, ist der Mythos der „gesunden Jugend“ seit einigen Jahren brüchig geworden. Der ein-

gangs erwähnte *Anstieg von Gesundheitsproblemen im Jugendalter* hat zu einer verstärkten Aufmerksamkeit auf das Thema „Jugendgesundheit“ geführt, die in Einzelstudien vielfältige Gesundheitsbelastungen zum Vorschein brachte. So wird in repräsentativen Studien aus

Deutschland von einem relativ hohen Anteil psychosomatischer Beschwerden ausgegangen (je nach Symptomatik berichten zwischen 20 und 40 % der Jugendlichen von regelmäßig wiederkehrenden Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität, Kreuz- oder Rückenschmerzen, Schlafstörungen usw.); rund 10 % der Kinder und Jugendlichen leiden an chronischen Erkrankungen, ein Drittel der 12–16-Jährigen an einer allergischen Erkrankung (vgl. Kolip/Nordlohne/Hurrelmann 1995; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 218f.). Bei 15–20 % der Jugendlichen wird mit psychischen Störungen gerechnet (vgl. Palentien u.a. 1998). Und schließlich werden zahlreiche Gesundheitsprobleme durch individuelles, gesundheitsgefährdendes Verhalten hervorgerufen.

Die gestiegenen Gesundheitsprobleme im Jugendalter werden als Symptom für eine Überbeanspruchung dieser Altersgruppe gewertet. Die gewachsenen Ansprüche an eine individuelle Lebensgestaltung bei hohem Risiko des Scheiterns und die generelle Zunahme von Stress, Leistungsdruck und Lebenstempo führen dazu, dass Jugendliche – die sich in der Phase der Selbstsuche und der Suche nach ihrem Platz in der Gesellschaft befinden – die „Kosten der modernen Lebensweise“ in besonderem Maße zu tragen haben (vgl. Haberlandt u.a. 1995, 88). Unklar ist dabei, ob dies eine biografisch vorübergehende Erscheinung ist, die mit einer Verschärfung der Entwicklungsanforderungen in dieser Lebensphase zusammenhängt, oder ob es sich um Anzeichen einer generellen Verschlechterung der Lebensqualität handelt, für die Heranwachsende gesundheitliche „Seismografen“ sind (vgl. Kolip/Hurrelmann/Schnabel 1995, 16).

Ein großer Teil der Gesundheitsgefährdungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist dem *jugendtypischen Risikoverhalten* zuzurechnen. Das Eingehen von Gesundheitsrisiken lässt sich im Jugendalter nicht ausschließen, sondern es ist Bestandteil jugendlicher Entwicklung. Gerade wenn Heranwachsende immer mehr auf die Selbstorientierung und Selbstgestaltung ohne vorgefertigte Verhaltensmuster verwiesen sind, werden physische und soziale Experimente und Selbsterprobungen, die Risiken einschließen, immer unvermeidlicher. Die Entwicklungsproblematik scheint daher in dieser Altersgruppe andere Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu überlagern. Eine Untersuchung zum Verhältnis von Armut und Gesundheit bei Jugendlichen bestätigt die für die Jugendphase allgemein konstatierte Homogenisierung des Einflusses sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitsstatus: Nicht tatsächliche Armut oder soziale Benachteiligung beeinträchtigen den Gesundheitsstatus von Jugendlichen, sondern die subjektiv erlebte Benachteiligung (vgl. Mansel 1998). Soziale Benachteiligung wirkt sich damit nicht mehr direkt auf die Gesundheit aus, sondern sie wird zu sozialer Anerken-

nung und zu entwicklungsbedingten Statusansprüchen in Beziehung gesetzt.

Der durch Schule und Peergroup-Einflüsse hervorgerufene Homogenisierungsprozess in Bezug auf das Herkunftsmilieu und die soziale Lage führt nicht zum Verschwinden, sondern zur Latenz des Einflusses sozialer Ungleichheit, der im Übergang von der Schule zu Ausbildung und Beruf wieder hervorbricht. Ein besonderer Belastungsfaktor ist hierbei Arbeitslosigkeit, die zunächst psychische Belastungen mit sich bringt und die in der Folge weitergehende Gesundheits- und Entwicklungsprobleme nach sich ziehen kann (vgl. Mansel 1998; Klink 2000). Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist in Sachsen von besonderer Bedeutung, da hier ca. 20 % der unter 25-Jährigen ohne Erwerbstätigkeit sind (Stand: Mai 2002). Ein erhöhtes Belastungspotenzial findet sich auch bei Jugendhilfejugendlichen. Diese Gruppe ist einer komplexen Mischung lebensweltlicher Belastungen ausgesetzt (z.B. niedrigere Schulbildung, geringere materielle Ressourcen, häufigere Scheidungen der Eltern), die sich negativ auf den Gesundheitsstatus und das gesundheitsrelevante Verhalten auswirken (vgl. Höfer 2000, 20ff., 48ff.). Für die Gruppe der Jugendhilfejugendlichen wären dementsprechend verstärkte Bemühungen zur Prävention und Gesundheitsförderung angebracht, was bisher weder in der Jugendhilfe allgemein noch in den Jugendhilfeaktivitäten in Sachsen ausreichend berücksichtigt wird.

Daten zum Gesundheitsstatus von Jugendlichen und jungen Erwachsenen weisen auch in Sachsen auf einen hohen Anteil von verhaltensbedingten Gesundheitsgefährdungen hin. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen stellen für sächsische Kinder und Jugendliche die häufigsten Todesursachen dar. 41 % aller Todesfälle aus den Jahren 1998 und 1999 bei 1- bis 15-Jährigen lassen sich dieser Ursachengruppe zuordnen. Zugleich ist in den letzten Jahren bei Mädchen und Jungen eine prozentuale Zunahme der Krankenhausfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen zu verzeichnen (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 5f.). Nach 1990 kam es zu einer exzessiven Zunahme des *Unfalltodes* in Sachsen, insbesondere des Todes durch Verkehrsunfall, die sich im Verlauf der 90er Jahre allmählich wieder abgeschwächt hat. Dies führte im Altersbereich um das 18. Lebensjahr zu einem Verlust an Lebenserwartung (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998, 48ff.). Gut 25 % aller Verunglückten im Straßenverkehr in Sachsen waren im Jahr 1999 zwischen 18 und 24 Jahre alt, während diese Altersgruppe nur ca. 8 % der Bevölkerung ausmacht (vgl. www.sachsen.de 2002). Der Straßenverkehrsunfall ist damit in Sachsen wie in Deutschland und in der Europäischen Union insgesamt die Haupttodesursache im Jugendalter

und im jungen Erwachsenenalter (vgl. Raithel 1999, 5, 19; Europäische Kommission 2000, 20f.; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 218), und er muss neben der geringen Fahrerfahrung vor allem als Resultat jugendlichen Risikoverhaltens betrachtet werden.

Ein weiterer Bereich jugendlichen Risikoverhaltens ist der *Konsum psychoaktiver Substanzen*. Seit 1991 wird in Sachsen ein kontinuierlicher Anstieg der Rauschgiftkriminalität verzeichnet, zuletzt vom Jahr 2000 zum Jahr 2001 um 29,2 % auf 8.256 Delikte. Die Anzahl tatverdächtiger Jugendlicher und junger Erwachsener (14–21 Jahre) war ebenfalls steigend. 3.512 Personen dieser Altersgruppe standen 2.658 über 21-jährigen Erwachsenen gegenüber (vgl. www.lka.sachsen.de 2002). Die Rauschgiftkriminalität kann allerdings nur sehr eingeschränkt als Indiz für eine Zunahme jugendlichen Drogenkonsums gewertet werden, da sie eher die Aufmerksamkeit und Anzeigebereitschaft in der Bevölkerung sowie den Ausbau und die Ermittlungsintensität der Strafverfolgung misst.

Andere Indizien finden sich in der bundesweiten Drogenaffinitätsstudie. Während die Konsumerfahrungen mit *illegalen Drogen* in den alten Bundesländern von Mitte der 70er Jahre bis Ende der 80er Jahre relativ konstant blieben, ist seither ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen, der sich überwiegend auf Erfahrungen mit Cannabis konzentriert. Die Lebenszeit-Prävalenz für den Konsum von illegalen Drogen stieg unter den 12- bis 25-Jährigen in den alten Bundesländern von 17 % im Jahr 1989 auf 28 % im Jahr 2001. In Sachsen waren wie in ganz Ostdeutschland illegale Drogen bis 1990 nahezu unbekannt. In der Zwischenzeit hat sich ein Angleichungsprozess vollzogen, der von 6 % Konsumerfahrungen 1993 über 17 % 1997 zu 24 % konsumerfahrenden ostdeutschen Jugendlichen 2001 führte (vgl. BZgA 2001, 53, 56). 1997 ergab eine Sonderauswertung für Sachsen einen Lebenszeit-Prävalenz-Wert bei den 12- bis 25-Jährigen von 16 %, also geringfügig unter dem Durchschnittswert Ostdeutschlands (vgl. Staatsministerium für Kultus 1997). Somit ist auch für Sachsen von einer Angleichung der Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen an die gesamtdeutsche Entwicklung auszugehen.

Ein Blick in die landesweite Statistik der Suchtberatungsstellen aus dem Jahr 1999 verdeutlicht, dass sich der Konsum unterschiedlicher Substanzen über ganz Sachsen ausgebreitet hat. In der Statistik findet sich kein Landkreis ohne Konsumenten illegaler Drogen, wobei hier nur Personen erfasst werden, die bereits einen spezifischen Betreuungs- und Behandlungsbedarf haben. In ganz Sachsen waren dies 2.814 Personen, mit regional unterschiedlichen Schwerpunkten. Die mit Abstand höchsten Zahlen liegen für Leipzig und Umgebung vor.

Hier ist vor allem die hohe Zahl von 899 Opiatabhängigen für Leipzig-Stadt alarmierend. Andere, weitaus weniger dramatische Schwerpunkte bilden die Konsumenten von Kokain in Leipzig, Bautzen und Plauen und die Konsumenten von Designerdrogen in Dresden und Zwickau (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2000, Anlage 1 und 2).

Die Drogenaffinitätsstudie 2001 weist darauf hin, dass der Anteil Jugendlicher, die illegale Drogen ausprobieren, zwar relativ hoch ist, dass die meisten jedoch nur kurz damit experimentieren. Der Anteil derjenigen, die aktuell illegale Drogen konsumieren, ist deutlich geringer, und er konzentriert sich sehr stark auf Cannabisprodukte. Bundesweit gaben 27 % der befragten 12- bis 25-Jährigen Erfahrungen mit Cannabis an; für die zweithäufigste Substanz (Ecstasy) lag der Wert bei 4 %. Ein aktueller Konsum illegaler Drogen ist bei 5 % der Befragten zu verzeichnen. Das Einstiegsalter in den Konsum liegt bei 16–18 Jahren (Cannabis: 16,5 Jahre). Die höchsten Konsumwerte finden sich bei den 16- bis 23-Jährigen; danach geht die Konsumhäufigkeit wieder zurück (vgl. BZgA 2001, 48ff.). Der Konsum illegaler Drogen ist nur in seltenen Fällen als Problemkonsum zu betrachten. Insbesondere Cannabiskonsumern scheinen sich hinsichtlich ihrer sozialen Lage, ihres Bildungsstands und ihrer sozialen Kompetenz eher positiv vom Durchschnitt der Heranwachsenden abzuheben (vgl. Kleiber/Soellner 1998, 230ff.). Dies bestätigt auch eine Trenduntersuchung unter der bildungsprivilegierten Gruppe der Studierenden der Technischen Universität Dresden, in der 54,7 % der Befragten von Erfahrungen mit illegalen Drogen berichten (vgl. Ruschtschenko/Sting 2000).

Deutlich höhere Werte als beim Konsum illegaler Drogen finden sich beim *Konsum der legalen Substanzen Alkohol und Tabak*. Bundesweit haben nur 8 % der 12- bis 25-Jährigen keine Erfahrungen mit Alkohol. Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum liegt zwischen 14 und 16 Jahren; der Anteil regelmäßiger Konsumenten (mindestens einmal pro Woche) steigt mit dem Alter und erreicht bei den 24- bis 25-Jährigen mit 44 % den höchsten Wert. Signifikante Differenzen im Alkoholgebrauch zwischen west- und ostdeutschen Jugendlichen sind nicht zu erkennen (vgl. BZgA 2001, 9ff.). Das Hineinwachsen in die Alkoholkultur unserer Gesellschaft ist damit Bestandteil jugendlicher Entwicklung. Während die langfristige Entwicklung des Alkoholkonsums unter den 12- bis 25-Jährigen seit 1973 rückläufig ist, zeigt sich bei den Alkoholausch-Erfahrungen in den letzten Jahren ein eher gegenläufiger Trend. Riskantes Trinkverhalten, gemessen an der Häufigkeit von Alkoholrutschen, bleibt weitgehend stabil, wobei unter den westdeutschen Jugendlichen mit 42 % mehr Personen Rauscherfahrungen angeben als unter den ostdeutschen (35 %).

Auch die Raucherquote ist in der langfristigen Entwicklung rückläufig, und sie weist nur geringe Differenzen zwischen ost- und westdeutschen Jugendlichen auf. 40 % rauchenden 12- bis 25-Jährigen in Ostdeutschland stehen 36 % rauchende 12- bis 25-Jährige in Westdeutschland gegenüber. Der langfristige bevölkerungsweite Rückgang des Rauchens ist seit Mitte der 90er Jahre im Jugendalter nicht mehr eindeutig; Strukturbereinigt stieg der Raucheranteil bei den 12- bis 25-Jährigen von 1993 bis 2001 wieder etwas an, während vor allem bei den 12- bis 17-Jährigen in Ostdeutschland eine markante Zunahme zu erkennen ist (von 20 % im Jahr 1993 auf 33 % im Jahr 2001; vgl. BZgA 2001, 40ff.).

Insgesamt zeigt die Auseinandersetzung mit substanzbezogenem Risikoverhalten, dass unter sächsischen Heranwachsenden Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und illegalen Drogen weit verbreitet sind. Während der Konsum von Alkohol und Tabak seit 1973 tendenziell rückläufig oder stagnierend ist, hat sich wie in allen europäischen Ländern (vgl. Europäische Kommission 2000, 36) der Gebrauch illegaler Substanzen als lebensphasenspezifisches, episodisches Verhalten flächendeckend etabliert. Im Zeitverlauf scheint dabei das Ausmaß der Gesundheitsbelastungen nicht zuzunehmen; stattdessen variieren die Konsumpräferenzen und differenzieren sich die Konsummuster aus. Während im Bereich illegaler Drogen Einzelentwicklungen problematisch sind (insbesondere der hohe Anteil an Opiatkonsumenten in Leipzig und Umgebung), sind die hauptsächlichen Gesundheitsrisiken nach wie vor durch den Gebrauch der legalen Substanzen Alkohol und Tabak zu erwarten. Krankenhausaufenthalte wegen Alkoholabhängigkeit waren im Jahr 1997 mit 2.449 Fällen unter den 15- bis 35-Jährigen mehr als viermal so häufig wie Krankenhausaufenthalte wegen Drogen- und Medikamentenabhängigkeit (567 Fälle) (vgl. Sting u.a. 2000, 15). Ein besonders zu beachtendes Problem stellt der Anstieg des Rauchens unter jüngeren Jugendlichen dar, der bei Fortsetzung des Trends in den nächsten Jahren spezifischer Anstrengungen zur Prävention und Gesundheitsförderung bedarf.

Nach Unfällen und alkoholbedingter Mortalität folgen bundesweit *Selbstmord* und Selbstbeschädigung als dritthäufigste Todesursache unter Heranwachsenden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 218). Sachsen gilt schon seit über 100 Jahren als die Region Deutschlands mit der höchsten Suizidrate. Dabei ist vor allem der Alterssuizid auffallend häufig. In der Gruppe der 15- bis 35-Jährigen werden für das Jahr 1997 108 Suizide gemeldet. Seit Mitte der 80er Jahre sind die Suizidziffern (Sterbefälle je 100.000 Einwohner) in Sachsen stark rückläufig, was zu einer Verringerung der Differenz zum Bundesdurch-

schnitt geführt hat. 1995 betrug die Suizidziffer in der Gesamtbevölkerung für die alten Bundesländer 21,9, für die neuen Bundesländer 28,2. In Sachsen lag der Wert bei 30,7 Sterbefällen je 100.000 Einwohnern (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998, 51ff., 303ff.).

Ein wichtiger Aspekt der verhaltensbedingten Gesundheitsgefährdungen im Jugendalter besteht darin, dass sie wesentliche *geschlechtsspezifische Differenzierungen* enthalten. So ist die Suizidhäufigkeit bei jüngeren Männern in Sachsen viermal so hoch wie bei jüngeren Frauen. 1995 stand einer Suizidziffer von 16,4 bei den 15- bis 35-jährigen Männern eine Suizidziffer von 4,1 bei den 15- bis 35-jährigen Frauen gegenüber (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998, 303f.). Demgegenüber verüben junge Frauen bundesweit mehr Selbstmordversuche als junge Männer und tragen häufiger Selbstmordgedanken. In ähnlicher Weise differieren die Gestorbenen bei Verkehrsunfällen nach Geschlecht unter den 15- bis 25-Jährigen. Bundesweit sind 1997 1.744 männliche Gestorbene und 473 weibliche Gestorbene dieser Altersgruppe zu verzeichnen; für Sachsen liegen keine geschlechtsspezifisch differenzierten Angaben vor. Auch die alkoholbedingte Mortalität ist in der gesamten Europäischen Union unter männlichen Jugendlichen etwa viermal so hoch wie unter weiblichen Jugendlichen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 356f.). Bundesweit trinken knapp doppelt so viel männliche 12- bis 25-Jährige (39 %) mindestens einmal pro Woche Alkohol wie weibliche Jugendliche (20 %). Beim Gebrauch illegaler Drogen sind die Differenzen zwischen den Geschlechtern relativ gering, beim Rauchen ist kein wesentlicher Geschlechtsunterschied mehr zu erkennen (vgl. BZgA 2001, 12, 31, 47). Dagegen ist Medikamentenmissbrauch ab dem 12.-14. Lebensjahr unter Mädchen deutlich mehr verbreitet als unter Jungen (vgl. Glaeske 2000). Zugleich nehmen psychosomatische Beschwerden in der Altersgruppe der 12- bis 20-Jährigen unter Mädchen stärker zu als unter Jungen und erreichen insgesamt höhere Werte (vgl. Stein-Hilbers 1994, 83ff.).

Gerade im Jugendalter bilden sich geschlechtsspezifische Rollenerwartungen und Verhaltensweisen aus, die eine geschlechtsspezifische Ausdifferenzierung der somatischen Kultur beinhalten. Dies reicht von der Körperwahrnehmung über gesundheitsrelevantes Verhalten bis zu gesundheitlichen Belastungen und der unterschiedlichen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung müssen dementsprechend geschlechtsbezogen ausgerichtet werden, wobei insbesondere die starke Belastung männlicher Jugendlicher durch die Folgen jugendlichen Risikoverhaltens bei gleichzeitiger Distanz zu In-

stanzen der gesundheitlichen Beratung und Versorgung ein Problemfeld ist (vgl. Faltermaier 2001; Hollstein 2001).

Zusammenfassend stellen in Sachsen ebenso wie in anderen Bundesländern im weitesten Sinne „selbstverursachte“ Gesundheitsgefährdungen (Verletzungen infolge von Unfällen und Gewalteinwirkungen, Vergiftungen, z.B. durch Substanzkonsum, Selbstmorde und Selbstmordversuche) die Hauptproblemfelder der Jugendgesundheit dar. Darüber hinaus verdienen die hohen Raten stressbedingter psychosomatischer Beschwerden und der steigende Anteil chronischer Erkrankungen (insbesondere der Allergien) besondere Beachtung. Diese Gesundheitsbelastungen können als Indizien für eine *Zuspitzung der Entwicklungsprobleme unter sächsischen Jugendlichen* gewertet werden. Ansatzpunkte zur Prävention und Gesundheitsförderung sind vor diesem Hintergrund auf drei Ebenen zu verstärken:

1. auf der Ebene der Bereitstellung von Lebensperspektiven zur sozialen Selbstorientierung und Selbstgestaltung der Biografie (z.B. durch Bildungs-, Ausbildungs- und Berufschancen);
2. auf der Ebene der Stärkung von Selbstwert, Kompetenzen und Ressourcen, die eine positive, gesundheitsverträgliche Lebensgestaltung befördern (im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsförderung sind dafür fördernde soziale Netzwerke wie Familie, Peergroups, Nachbarschaften, aber auch professionelle Unterstützung sowie soziale und kommunikative Kompetenzen relevant);
3. auf der Ebene der problembezogenen, jugendgemäßen Thematisierung von lebensstilbezogenen Gesundheitsgefährdungen durch zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z.B. szenebegleitende Suchtprävention unter Einbezug des gesundheitsfördernden, risikominimierenden Potenzials von Peergroups).

3. Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in der sächsischen Kinder- und Jugendhilfe

Die Autorinnen und Autoren des Elften Kinder- und Jugendberichts merken an, dass das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) keinen expliziten Bezug zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen enthält. Zwar haben viele Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, die die Situation der Betroffenen stabilisieren oder verbessern, im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses einen impliziten, gesundheitsfördernden Effekt. Doch könnte eine stärkere Einbeziehung gesundheitlicher Fragen im KJHG das „gesundheitsbezogene Profil“ der Kinder- und Jugendhilfe schärfen – indem z.B. die gesundheitliche Relevanz der sozialpädagogischen Familienhilfe reflektiert wird oder indem gesundheitliche Aspekte bei der Hilfeplanung berücksichtigt werden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 226ff.). Professionelle in der Kinder- und Jugendhilfe müssten zu dem Zweck keine gesundheitlichen Experten werden, aber sie benötigten zumindest eine diagnostische Sensibilität, ein Grundwissen über biopsychosoziale Zusammenhänge und eine Kenntnis der lokalen Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. BZgA 1998, 88; Sting 2002, 417).

Der einzige explizite Hinweis auf Gesundheit findet sich im § 11 des KJHG, wo „gesundheitliche Bildung“ als ein Schwerpunkt der Jugendarbeit definiert wird. Darüber hinaus lässt sich der „erzieherische Kinder- und Jugendschutz“ (§ 14 KJHG) als „Gesundheitsschutz“ auslegen und im Sinne einer positiv ausgerichteten, an Selbstwert, Kompetenzen und Ressourcen orientierten Förderung neu konzipieren. Im Elften Kinder- und Jugendbericht wird dazu ein Perspektivwechsel von der veralteten

Gefahrenabwehrkonzeption zu einem „Angebots- und Förderungsgesetz“ vorgeschlagen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 227, 231). Angesichts der Tatsache, dass Herstellung und Erhalt von Gesundheitschancen heute in einem nicht unerheblichen Maß durch soziale Infrastruktur und pädagogische Aktivitäten beeinflussbar erscheinen, ist diesem Vorstoß zuzustimmen.

In den „Empfehlungen des Sächsischen Landesjugendamtes zum Kinder- und Jugendschutz in Sachsen“ zeichnet sich eine solche Zielsetzung ab. Für den *Kinder- und Jugendschutz* in Sachsen werden eine Reihe von gesundheitsrelevanten Arbeitsschwerpunkten festgeschrieben: Im einzelnen werden Suchtverhalten, suizidales Verhalten, psychosomatische Beschwerden und Gefährdungen durch Gewalteinwirkung, durch Missbrauch und durch riskantes Sexualverhalten als Aufgabenfelder benannt. Zugleich wird eine sozialintegrierende, entwicklungsfördernde, an der Herausbildung von Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren ausgerichtete Konzeption anstelle von bewahrpädagogischen Ansätzen favorisiert. Der Kinder- und Jugendschutz soll eine ursachenorientierte, generalistische Prävention befördern, die als „Querschnittsaufgabe“ in Kooperation mit anderen Leistungsbereichen der Jugendhilfe und der Schule zu realisieren ist und die um spezifische präventive Angebote, insbesondere in der offenen Jugendarbeit, zu ergänzen ist (vgl. Empfehlung 2001). Auf diese Weise bieten die Empfehlungen einen nützlichen Orientierungsrahmen für den sächsischen Kinder- und Jugendschutz.

Ein Problembereich liegt in der Offenheit der Zielgruppe, die als „weitestgehend mit der Allgemeinheit identisch“ gesehen wird. Neben Heranwachsenden sind verschiedene Erwachsenengruppen von pädagogischen Multiplikatoren über Eltern, Gewerbetreibende, politisch Verantwortliche, Polizei und Medien angesprochen (vgl. Empfehlung 2001, 25). Eine differenzierte Zielbestimmung, die soziale Ungleichheiten, Geschlechterdifferenzen und altersspezifische Anforderungen einer speziell an Jugendliche gerichteten Gesundheitsförderung berücksichtigt, ist hierbei nicht zu erkennen. Zudem eröffnet die fachlich-inhaltliche Ausgestaltung recht große Spielräume, und sie ist letztlich von den finanziellen Handlungsmöglichkeiten und -prioritäten der Kommunen abhängig. Angesichts knapper Haushalte in sächsischen Kommunen, was vielerorts zu Personalmangel und zu Angebotsreduktionen führt, ist eine sehr unterschiedliche, z.T. recht spärliche Umsetzung der Jugendschutz-Empfehlungen zu vermuten. In ihrer Beantwortung der Großen Anfrage zur „Gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Sachsen“ führt die Landesregierung kein einziges konkretes Gesundheitsförderungsprojekt aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe an.

Die in Sachsen stattfindenden Aktivitäten zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen konzentrieren sich auf die *medizinische Früherkennung* durch Screenings (schulische Reihenuntersuchungen), die durch eine Kindertagesstätten-Untersuchung bei den 4-jährigen Kindern erweitert werden sollen, und auf die *schulische Gesundheitserziehung*, die von der Perspektive einer medizinisch orientierten Gesundheitsaufklärung dominiert ist (vgl. Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung 1998; Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 20ff.). Gesundheitserziehung ist in unterschiedlicher Gewichtung in den Lehrplänen aller sächsischen Schulen zu finden; als Grundlage dafür propagiert das Sächsische Kultusministerium ein ganzheitliches, fächerübergreifendes Verständnis von Gesundheitserziehung, das auch psychosoziale Aspekte, entwicklungsbezogene Fragestellungen und Bildungsangebote zur Stärkung des Selbstkonzepts einschließen soll (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 22). In der praktischen Umsetzung finden sich allerdings ausnahmslos verhaltensbezogene Maßnahmen. Eine Berücksichtigung sozialer oder struktureller Aspekte von Gesundheit, die über Fragen der Unterrichtsorganisation oder der Schulraumgestaltung hinausweist, ist nirgendwo zu erkennen. Zugleich wird der Selbstwert- und entwicklungsbezogene Zugang durch repressiv-autoritative Elemente konterkariert, die z.B. im „Orientierungsrahmen zur schulischen Suchtprävention und zum Umgang mit Problemen durch illegale Drogen in den Schulen im Freistaat Sachsen“ vom 24.06.1999 eine Anzeigepflicht für

Lehrerinnen und Lehrer festschreiben (vgl. Staatsministerium für Kultus 1999). Auf diese Weise werden die ebenfalls angestrebte vertrauensvolle Beziehung zu den Schülerinnen und Schülern und eine positiv ausgerichtete Prävention blockiert. Die gleichzeitige Verpflichtung, Suchtprävention an sächsischen Schulen flächendeckend durchzuführen (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001b), läuft in der Konsequenz Gefahr, eine kriminalpräventive, von illegalen Drogen ausgehende *Drogenprävention* anstelle einer gesundheitlich ausgerichteten *Suchtprävention* festzuschreiben. In diesem Sinn hat z.B. die Stadt Dresden die Polizei zur verbindlichen Durchführung von Drogenprävention (in der Form von Kurzzeit-Veranstaltungen) in allen 4. und 7. Klassen verpflichtet. Leipzig versucht demgegenüber eine längerfristig angelegte, die realen gesundheitlichen Belastungen stärker berücksichtigende, flächendeckende Suchtprävention für alle 6. Klassen zu etablieren (vgl. Zentrum für Integration 2000).

Die „Dokumentation von Maßnahmen und Forschungsergebnissen“ zur Gesundheitsförderung in Sachsen für den Zeitraum von 1990 bis 1998 bringt ein deutliches *Übergewicht an Kurzzeit-Projekten* zum Vorschein. Die Mehrzahl dieser Projekte wurde im Rahmen der seit 1994 jährlich stattfindenden „Sächsischen Gesundheitswoche“ veranstaltet, die immer wieder für Kinder und Jugendliche relevante Themen bearbeitet und an einigen Orten um „Regionale Gesundheitskonferenzen“ ergänzt wurde (Zwickau 2000, Torgau-Oschatz, Leipzig und Meißen 2001). Die praktischen Konsequenzen derartiger Vernetzungen, die Anstöße für eine differenzierte regionale Betrachtung und Bearbeitung von gesundheitlichen Fragen geben können, bleiben abzuwarten.

Hauptthema der längerfristig angelegten Projekte ist die Suchtprävention. Die Hälfte aller Projekte sind darauf bezogen; daneben sind die Themen AIDS, Ernährung, Bewegung und gesunde Lebensweise bearbeitet worden. Bei den kurzfristigen Projekten (meist eintägige Veranstaltungen) dominieren die Themen Ernährung und Zahngesundheit. Darüber hinaus spielen AIDS, gesunde Lebensweise, Umwelt und Gesundheit, Suchtprävention und chronische Erkrankungen eine bedeutendere Rolle. Einzelne Aktivitäten gab es zu den Themen Unfälle, Bewegung und Hygiene (vgl. Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung 1998). Als weiterer Agent der Gesundheitsförderung wird der Sport betrachtet. Ca. 25 % der sächsischen Kinder und Jugendlichen waren im Jahr 2000 in Sportvereinen organisiert, wo durch Sport ein impliziter Beitrag zur Gesundheitsförderung geleistet wird (vgl. Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 2001a, 22).

Sowohl die schulische Gesundheitserziehung als auch die gesundheitsfördernden Aktivitäten des öffentlichen

Gesundheitsdienstes und unterschiedlicher freier Träger sind in Sachsen von einer *individuum- und verhaltenszentrierten Sichtweise* geprägt. Nur in einzelnen Projekten wird die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsproblemen explizit thematisiert, spezifische Angebote für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen existieren nicht. Die schon relativ breit ausgebaute Suchtprävention wird mit dem „Ersten Sächsischen Landesplan zur primären Suchtprävention“ vom 26.06.2001 als verbindliches Angebot festgeschrieben. Allerdings dominieren

hierbei wissensbasierte, abstinenzorientierte Programme, die den Anspruch einer umfassenden „Lebenskompetenzförderung“ kaum einlösen (vgl. Suchtprävention in Sachsen 2000, 39ff.). Jugendgemäße Angebote einer akzeptanzorientierten oder sekundären Suchtprävention werden bisher politisch nicht favorisiert. Zur Zeit wird hierzu immerhin eine sachsenweite Bestandsaufnahme durchgeführt, die den Bedarf an sekundärpräventiven Maßnahmen und Sucht- bzw. Drogenhilfeangeboten für Jugendliche klären soll.

4. Weiterführende Perspektiven und Projekte

Der Vorrang individuum- und verhaltensorientierter Zugänge zur Gesundheitsförderung findet sich nicht nur in Sachsen, sondern er wird allgemein konstatiert (vgl. stellvertretend z.B. Hörmann 1999). Das WHO-Konzept zur Gesundheitsförderung ging von einem stark strukturbezogenen, sozialpolitischen Anspruch aus, doch dabei wurde der real existierende Widerstreit gesellschaftlicher Interessengruppen und Ziele unterschlagen, der zur gesellschaftlichen Durchsetzung des Gesundheitsmotivs „gegengendzieltes Handeln“ sowie einen gesellschaftlichen Diskurs über Fragen der Lebensorientierung und der Lebensqualität erforderlich macht (vgl. Sting 2002, 420; Rosenbrock 1998, 214; Troschke 1995, 333). Sozialpolitische Perspektiven auf Gesundheit müssen sich im Kontext einer ökonomisch ausgerichteten Standortdebatte und einer medizinischen Dominanz in gesundheitlichen Fragen behaupten. Eine allein am Individuum ansetzende Gesundheitsförderung wird nicht in der Lage sein, sozialstrukturell bedingte und soziokulturell konstituierte Gesundheitsbelastungen langfristig zu reduzieren. Zu dem Zweck scheint vielmehr eine *sozialpolitisch orientierte Gesundheitszielbestimmung* sinnvoll, die einen gesundheitsbezogenen Diskurs bei unterschiedlichen sozialen Akteuren in Gang bringen könnte und zu Entscheidungen und Selbstverpflichtungen hinsichtlich der Relevanz von Gesundheit in verschiedenen Lebenszusammenhängen anregt. Gerade auch der Stellenwert der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen müsste dabei zum Gegenstand des gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses werden (vgl. Zurhorst 2001).

Wie in Sachsen gilt auch in anderen Bundesländern die Schule als bevorzugter Ort einer an Kinder und Jugendliche gerichteten Gesundheitsförderung. Dafür werden zwei Argumente angeführt: 1. Aufgrund der allgemeinen Schulpflicht können mit Hilfe der Schule alle Heranwachsenden im Schulalter erreicht werden. 2. Die „homogenisierende Wirkung von Schule, Peergroups und Jugendkultur“ hinsichtlich des Einflusses von Elternhaus und Sozialmilieu scheint generalistische, bevölkerungsbezogene Zugänge im Schulalter zu begünstigen (vgl.

Zurhorst 2000, 52). Zugleich wird die verhaltensbezogene schulische Gesundheitserziehung seit einiger Zeit um settingbezogene Ansätze wie z.B. das Modell der „gesundheitsfördernden Schule“ erweitert. An dem EU-weiten „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ sind inzwischen auch zwei sächsische Schulen beteiligt. Unter der Perspektive der Schule als „gesundem Arbeitsplatz“ für Schüler und Lehrer kann hier einiges erreicht werden, z.B. hinsichtlich des Schulklimas, der räumlichen und organisatorischen Gestaltung des Schulalltags oder der Pausenernährung. Die Hoffnung auf die Etablierung des Modells der „gesundheitsfördernden Schule“ als darüber hinausgehendes Schulentwicklungsmodell (vgl. Paulus 2000) findet allerdings in der gegenwärtigen, kompetenz- und leistungsorientierten bildungspolitischen Debatte kaum Zuspruch. Schule kommt damit wieder stärker als gesundheitlich belastende Institution zur Geltung, und die PISA-Studie hat die sozial selektive Funktion insbesondere des deutschen Schulwesens herausgestellt (vgl. Baumert u.a. 2001). Das „Wohlfühlen“ und die Gesundheitschancen in und durch die Schule sind damit sozial ungleich verteilt. Gesundheitliche Benachteiligung lässt sich durch die Schule so wenig beheben wie Bildungsbenachteiligung. Dies wird dadurch verstärkt, dass die Praxis der schulischen Gesundheitsförderung bisher weitgehend auf mittelschichtorientierte Projekte beschränkt bleibt (vgl. Barkholz/Homfeldt 1994; Zurhorst 2000, 53). Schule muss daher interdisziplinär mit gesundheitlichen und sozialen Diensten verschränkt werden; und besonders die Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe eröffnen Chancen für eine Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen.

Eine Möglichkeit bietet die *Integration von Beratungs- und Gesundheitszentren* (z.B. als Erweiterung oder gesundheitsbezogene Profilierung von Schulsozialarbeit) in Schulen, da vor allem die Altersgruppe der 10- bis 20-Jährigen gesundheitliche Versorgungseinrichtungen mit ausgeprägter Kommstruktur wenig in Anspruch nimmt (vgl. Hurrelmann 1994, 213, 219). Oder es könnten zu bestimmten gesundheitlichen Themen (z.B. Suchtprä-

vention, Frühförderung, Ernährung, Sport und Bewegung) *übergreifende, interdisziplinäre Kooperationen* innerhalb eines Stadtteils durchgeführt werden, die Schulen, Kindertagesstätten oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, niedergelassenen Ärzten und weiteren sozialen und psychologischen Diensten vernetzen. Werden derartige Kooperationen entsprechend des „Regionen-Ansatzes“ speziell auf sozial benachteiligte Stadt- oder Wohngebiete zugeschnitten, könnte damit ein Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden (vgl. Abel 2000). Die Analyse eines benachteiligten Wohngebiets wie z.B. Dresden-Prohlis eröffnet eine Reihe von Ansatzpunkten für gesundheitsbezogene Aktivitäten. Es handelt sich hierbei um ein Stadtgebiet mit hoher Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfängerquote und mit dem zweithöchsten Anteil von 6- bis 24-Jährigen innerhalb Dresdens (24,95 %, Stand Mitte Mai 2000). Zugleich gibt es zahlreiche Defizite im Kultur-, Sport- und Freizeitbereich und ein hohes Konfliktpotenzial durch mangelnde Rückzugsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche. Dies führt zu einer relativ geringen Zufriedenheit aller Bevölkerungsgruppen mit dem Wohnumfeld (vgl. SAS 1998). Im Rahmen der Beteiligung Dresdens an dem „Healthy Cities Project“ der WHO wären konkrete Wohnumfeldverbesserungen und gesundheitsfördernde Kooperationen in Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe denkbar (erste Vorschläge dazu liegen bereits vor), die zu einer spürbaren Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher führen könnten.

Zur Etablierung derartiger interdisziplinärer Kooperationen müssen vielfältige Konfliktpotenziale überwunden werden. Im Elften Jugendbericht wird z.B. auf die Diskrepanz zwischen dem medizinischen Behandlungsmodell und der Klinikhierarchie und den dialogorientierten Arbeitsformen der Kinder- und Jugendhilfe hingewiesen. Die organisatorische Diskrepanz ist mit einer „Konkurrenz von Erklärungsmodellen und Reaktionsformen“ verbunden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, 230), die auch den im Jahr 2001 von der Drogenbeauftragten des Bundes initiierten „Dialog“ zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe prägt. Geht es der Jugendhilfe eher um einen normalisierten Umgang mit drogenkonsumierenden Jugendlichen, die noch weitgehend gesund sind, so betrachtet die Drogenhilfe jugendlichen Drogenkonsum aus dem Blickwinkel des Scheiterns und der Sucht (vgl. IGFH 2001). Einen Ausweg könnte eine von der jeweiligen Klientel ausgehende Ziel- und Lösungsorientierung bieten, die im Sinne des „Case-Managements“ die unterschiedlichen professionellen Angebote als Ressourcen nutzt und mit den personalen Ressourcen und den informellen Ressourcen des sozialen Umfelds abstimmt (vgl. Hey

2000, 172ff.). Dabei wäre es wichtig, im Sinne des „Empowerments“ die bereits vorhandenen positiven gesundheitlichen Potenziale zu nutzen. In diesem Zusammenhang wird in letzter Zeit zunehmend auf das wenig beachtete gesundheitliche Potenzial von jugendlichen Peergroups hingewiesen. Peergroups liefern nicht nur den Rahmen für gesundheitsriskantes Verhalten, sondern sie sind zugleich ein unterstützendes soziales Netzwerk, das gruppenbezogene Regulierungen enthält, die den Übergang zu gesundheitsgefährdendem Verhalten oder zu Suchtentwicklungen verhindern können (vgl. Nestmann 2000; BZgA 2001, 67).

Abschließend möchte ich die aufgezeigten Perspektiven an exemplarischen Projektbeispielen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe in Sachsen verdeutlichen. Von April 1995 bis Juli 2000 führte der Freistaat Sachsen das *Modellprojekt „Kinder zur Gesundheit“ in Zwickau* durch, das unter der Leitung des Gesundheitsamtes Zwickau und des Vereins „Gesundheit für alle“ eine Kooperation mit unterschiedlichen lokalen Akteuren beinhaltete. In dem Projekt ging es darum, in bundesweit bisher einmaliger Weise einer Alterskohorte über den Zeitraum von der Vorschulzeit bis zum Ende der Grundschulzeit ein umfassendes gesundheitsbezogenes Wissen zu vermitteln (zu den Themen Körper und Sinne, Hygiene und Bekleidung, Zahnhygiene, Ernährung, Bewegung, Erste Hilfe/Umgang mit Erkrankungen, Sexualerziehung, Suchtprävention/Umgang mit Gefühlen), um so zur Entwicklung gesundheitsfördernder Einstellungen und Verhaltensweisen beizutragen. Mit der Einbeziehung von 280 Kindergartenkindern in der Anfangsphase ist es eines der wenigen Projekte, das auch außerhalb der Schule angesiedelt ist. Die Kindergartenkinder besuchten zweimal im Monat für einen Vormittag das Zwickauer „Haus der Gesundheit“, um sich dort auf unterschiedlichen Ebenen mit Gesundheitsthemen zu beschäftigen. Intendiert war dabei auch eine Rückwirkung auf die Herkunftsfamilien und den Kindergartenalltag (vgl. Gesundheitsamt Zwickau 2000).

Die wissenschaftliche Begleitevaluation des Projektes durch den Forschungsverbund „Public Health Sachsen“ (Technische Universität Dresden) konnte einen Wissenszuwachs zu verschiedenen Themen und eine hohe Akzeptanz des Projekts bei Kindern, Erzieherinnen, Lehrerinnen und Eltern nachweisen. Bis auf wenige Ausnahmen (v.a. zum Thema „Erste Hilfe/Umgang mit Erkrankungen“) wurde jedoch keine Verstärkung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen festgestellt. Der Evaluationsbericht kommt zu dem Schluss, dass „für weitergehende Effekte auf der Einstellungs- und Verhaltensebene ... wahrscheinlich eine umfassendere Lernumgebung erforderlich (ist), die über die primär wissensorientierte an den Schulen hinausreicht“ (Manz/Hannich 2001). Die oben skizzierten interdisziplinären

nären Kooperationsperspektiven böten meiner Ansicht nach Chancen, die praktische Wirksamkeit eines solchen Projekts zu erhöhen. Die positive Resonanz bei allen Beteiligten könnte vor allem im Kitabereich eine stärkere Einbindung der Eltern ermöglichen, was gerade im Fall von gesundheitlichen Problemen eine Intensivierung der Kontakte zwischen Herkunftsfamilie und gesundheitlichen Beratungs- und Versorgungsdiensten befördern könnte.

Das zweite Projekt ist im Schnittfeld von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie angesiedelt. Im Frühjahr 2000 startete das von dem freien Träger Koja e.V. getragene *Dresdner Wohnprojekt „Bumerang“*. Aufgrund der Tatsache, dass drogenkonsumierende Jugendliche in den meisten Fällen aus Jugendhilfeeinrichtungen ausgegrenzt werden, sollte ein speziell für diese Zielgruppe zugeschnittenes Angebot nach § 35a KJHG geschaffen werden. Das 8 Plätze umfassende Projekt ging zunächst vom Ansatz des „akzeptierenden Motivationswohnens“ aus. Nach einigen konzeptuellen Veränderungen beginnt das Projekt, sich in der Dresdner Jugendhilfelandschaft zu etablieren. Während der bestehende Drogenkonsum des Klientels nach wie vor (außerhalb der Einrichtung) akzeptiert wird, ist der Aspekt des „Cleanwohnens“ stärker in den Vordergrund gerückt; d.h. die Jugendlichen müssen die Bereitschaft zum Konsumausstieg oder zumindest zur Konsumreduktion mitbringen (vgl. www.wg-bumerang.de 2002). Die mittlerweile tatsächlich erreichte Zielgruppe ist größtenteils durch Doppeldiagnosen charakterisiert – durch die Verbindung von psychischen und Abhängigkeitserkrankungen. Vor diesem Hintergrund hat sich eine enge Kooperation mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Sächsischen Krankenhauses Arnsdorf entwickelt. Eine ebenso intensive und sehr positiv eingeschätzte Kooperation besteht zur Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden (vgl. Jugend- und Drogenberatungsstelle 2002), der einzigen speziell an Jugendliche gerichteten Drogenhilfeeinrichtung in Dresden, die neben suchtpreventiven Veranstaltungen Beratung und ambulante Therapie anbietet.

Während Bumerang einen therapeutischen, einzelfallorientierten Zugang verfolgt, arbeiten die *Leipziger „Drug Scouts“* im sekundärpräventiven Bereich. Sie wurden 1996 als ehrenamtliches Projekt von Mitgliedern der Techno- und Partyszene gegründet; seit 1998 haben sie sich unter der Trägerschaft des Suchtzentrums Leipzig e.V. als professionelles Projekt institutionalisiert. Den Drug Scouts geht es um eine jugendnahe Information über Drogen, die auf einem akzeptierenden Ansatz basiert. Drogenkonsum wird nicht abgelehnt, aber die damit verbundenen Gesundheitsrisiken und Gefahren sollen minimiert werden. Die an Jugendliche und junge Erwachsene gerichtete Aufklärungsarbeit wird mit einem drogenpolitischen Engagement zur Entkriminalisierung des Drogengebrauchs verknüpft. Mit ihren Angeboten greifen die Drug Scouts den Lebensstil, die Bedürfnisse und Interessen ihrer Zielgruppe auf, was ihnen hohe Akzeptanz und Zugang zu den Sichtweisen ihres Klientels verschafft. Der anfänglich stark szenenahe sekundärpräventive Ansatz ist inzwischen auf die Gruppe drogenkonsumierender Heranwachsender insgesamt ausgeweitet worden. Die Angebotsformen erstrecken sich von Infoständen auf Parties mit selbst erstellten Informationsmaterialien über Telefonberatung und Streetwork bis zur Internetarbeit (z.B. E-Mail-Beratung, Diskussionsforen) und Veranstaltungen in Jugendclubs. Die Kooperation mit Leipziger Einrichtungen der Jugendarbeit ist zu einem breit ausgebauten und festen Bestandteil des Angebots geworden. Durch die regelmäßige Installation von sogenannten „Drogenzonen“ gelingt es, das Thema Drogenkonsum im Rahmen der Jugendhilfe in geeigneter Weise anzusprechen (vgl. www.drugscouts.de 2002). Trotz Kritik und Anfeindungen sind die Drug Scouts mittlerweile fest im Suchtpreventions-Netzwerk der Stadt Leipzig etabliert. Es ist ihnen gelungen, vorhandene Peergroup-Potenziale für die Auseinandersetzung mit Gesundheitsrisiken zu nutzen und in die professionelle Gesundheitsarbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu integrieren (ehrenamtliches Engagement ist nach wie vor ein wichtiges Element der Drug Scouts). Auf diese Weise stellen sie ein erfolgreiches Modell für eine jugendgemäße Strategie der Gesundheitsförderung in Sachsen dar.

5. Literaturverzeichnis

- Abel, M. S. (2000): Stadtteilorientierte Projekte zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern. In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M., S. 179–192.
- Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.) (2000): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M.
- Barkholz, U.; Homfeldt, H. G. (1994): Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Weinheim, München.
- BZgA (Hrsg.) (1998): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Köln.
- Faltermaier, T. (2001): Männer, Gesundheit, Gesundheitsförderung: Eine vernachlässigte Perspektive. In: impulse (Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Niedersachsen e.V.) 30-2001, S. 1f.
- Glaeske, G. (2000): Arzneimittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen. In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M., S. 65–73.
- Haberlandt, M.; Höfer, R.; Keupp, H.; Seitz, R.; Straus, F. (1995): Risiken und Chancen der Entwicklung im Jugendalter. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim, München, S. 87–109.
- Herzlich, C. (1991): Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg, S. 293–302.
- Hey, G. (2000): Klinische Sozialarbeit. Zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Sting, S.; Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 163–175.
- Höfer, R. (2000): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen.
- Hollstein, W. (2001): Mehrdimensionale Betrachtung von Männlichkeit und Defeminisierung von Gesundheit. In: impulse (Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Niedersachsen e.V.) 30-2001, S. 4f.
- Hörmann, G. (1999): Stichwort: Gesundheitserziehung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 1-99, S. 5–29.
- Hurrelmann, K. (1994): Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim, Basel.
- Keupp, H. (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, S.; Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 15–40.
- Klausing, M. (2001): Gesundheit ist das höchste Gut und Kinder sind das Wertvollste der Gesellschaft – Eine Provokation. In: Pro sozial 2-2001, S. 42–44.
- Kleiber, D.; Soellner, R. (1998): Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim, München.
- Klink, F. (2000): Psychosoziale und gesundheitliche Auswirkungen bei von Arbeitslosigkeit betroffenen und bedrohten Jugendlichen – geschlechtsspezifisch betrachtet. In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M., S. 43–64.
- Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. (1995): Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim, München, S. 7–21.
- Kolip, P.; Nordlohne, E.; Hurrelmann, K. (1995): Der Jugendgesundheitssurvey 1993. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim, München, S. 24–48.
- Laaser, U.; Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, S. 395–424.
- Labisch, A. (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M., New York.
- Lohaus, A. (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Mansel, J. (1998): Zukunftsperspektive und Wohlbefinden von sozial benachteiligten Jugendlichen. In: Mansel, J.; Brinkhoff, K.-P. (Hrsg.): Armut im Jugendalter. Soziale Ungleichheit, Ghettoisierung und die psychosozialen Folgen. Weinheim, München, S. 141–157.

- Mersmann, H. (1998): Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligungen. In: BZgA (Hrsg.) (1998): Gesundheit von Kindern. Köln S. 60–78.
- Nestmann, F. (2000): Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. In: Sting, S.; Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 128–146.
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1995). In: Göpel, E.; Schneider-Wohlfart, U. (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a. M., S. 279–283.
- Palentien, C.; Settertobulte, W.; Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten von Kindern als Grundlage der Prävention. In: BZgA (Hrsg.): Gesundheit von Kindern. Köln, S. 79–86.
- Paulus, P. (2000): Gesundheitsfördernde Schulen als Gegenpotenzial zum Leben? In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M., S. 235–259.
- Raithel, J. (1999): Unfallursache: Jugendliches Risikoverhalten. Verkehrsgefährdung Jugendlicher, psychosoziale Belastungen und Prävention. Weinheim, München.
- Rittner, V. (1999): Körper und Identität: Zum Wandel des individuellen Selbstbeschreibungsvokabulars in der Erlebnisgesellschaft. In: Homfeldt, H. G. (Hrsg.): „Sozialer Brennpunkt“ Körper. Hohengehren, S. 104–116.
- Robke, F. J. (2000): (Zahn-)Medizinische Prävention als Teil sozialer Stadtteilarbeit. In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder?. Frankfurt a. M., S. 193–213.
- Rosenbaum, U. (2001): Soziale und gesundheitliche Probleme von Randgruppen. In: Pro sozial 2-2001, S. 28–38.
- Rosenbrock, R. (1998): Wa(h)re Gesundheit. In: Roeßiger, S.; Merk, H. (Hrsg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation (Ausstellungskatalog). Marburg, S. 202–216.
- Ruschtschenko, I. P.; Sting, S. (2000): Cannabis goes East. Drogengebrauch unter Studierenden in Dresden (Deutschland) und Kharkov (Ukraine). In: hochschule ost (9), H. 3–4, S. 223–234.
- Schubert, H. (2000): Armut und gesundheitliche Lage in der Stadt – am Beispiel von Kindern in Hannover. In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M., S. 89–108.
- Stein-Hilbers, M. (1994): Handeln und behandelt werden: Geschlechtsspezifische Konstruktionen von Krankheit und Gesundheit im Jugendalter. In: Kolip, P. (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim, München, S. 83–100.
- Sting, S. (2000): Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, S.; Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 55–68.
- Sting, S. (2002): Gesundheit. In: Schröer, W.; Struck, N.; Wolff, M. (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, München, S. 413–426.
- Sting, S.; Wolff, M.; Zippe, C. (2000): Drogengebrauch und Suchtprävention bei Jugendlichen in Sachsen. Dresden.
- Sting, S.; Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim, München.
- Troschke, J. F. v. (1995): Zukunft der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K., Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim, München, S. 333–346.
- Zimmermann, I.; Korte, W.; Freigang, M. (2000): Kinder-Gesundheit und Armut aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg. In: Altgeld, Th.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder? Frankfurt a. M., S. 109–125.
- Zurhorst, G. (2000): Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In: Sting, S.; Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Weinheim, München, S. 41–54.
- Zurhorst, G. (2001): Gesundheitszielbestimmung – demnächst auch in Sachsen? In: Pro sozial 2–2001, S. 4–27.

6. Dokumente

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln.

Empfehlung des Sächsischen Landesjugendamtes zum Kinder- und Jugendschutz im Freistaat Sachsen. In: Mitteilungsblatt des Sächsischen Landesjugendamtes 2–2001, S. 18–43.

Europäische Kommission (2000): Bericht über den Gesundheitsstatus von Jugendlichen in der Europäischen Union. Brüssel.

Gesundheitsamt Zwickau/Sachgebiet Gesundheitsförderung; Verein „Gesundheit für alle“ e.V. (2000): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Kinder zur Gesundheit“. Zwickau.

IGFH (Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen) (Hrsg.) (2001): Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe. Frankfurt a. M.

Jugend- und Drogenberatungsstelle der Landeshauptstadt Dresden (2002): Jahresbericht 2001. Dresden.

Manz, R.; Hannich, K. (2001): Evaluationsbericht zum Modellprojekt „Kinder zur Gesundheit“. Forschungsverbund Public Health Sachsen, Technische Universität Dresden.

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (1998): Gesundheitsförderung. Dokumentation von Maßnahmen und Forschungsergebnissen. Dresden.

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (2000): Handreichung zur 8. Sächsischen Gesundheitswoche. Gesundheit der Kinder. Dresden.

SAS Regional-, Verkehrs- und Umweltforschung GmbH Dresden (1998): Sozialstrukturanalyse Prohlis 1998. Dresden.

Staatsministerium für Kultus (1997): Studie Jugend '97 in Sachsen. Dresden.

Staatsministerium für Kultus (1999): Orientierungsrahmen zur schulischen Suchtprävention und zum Umgang mit Problemen durch illegale Drogen in den Schulen im Freistaat Sachsen. Dresden, 24.06.1999.

Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (1998): Sächsischer Gesundheitsbericht 1998. Dresden.

Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (2000): Beantwortung der Großen Anfrage zum Thema „Situation der Abhängigen von illegalen Drogen in Sachsen“. Dresden, 27.06.2000.

Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (2001a): Beantwortung der Großen Anfrage zum Thema „Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Sachsen“. Dresden, 28.08.2001.

Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (2001b): Erster Sächsischer Landesplan zur primären Suchtprävention. Dresden, 26.06.2001.

Suchtprävention in Sachsen. Analyse 2000 (im Auftrag des Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie und des Staatsministeriums für Kultus, erstellt durch die Psychologischen Institute der Universität Leipzig). Dresden.

www.drugscouts.de, 28.06.2002.

www.lka.sachsen.de/Infos/Statistik/pks2001, 18.05.2002.

www.sachsen.de/de/wu/smwa/verkehr/strassenverkehr/sicherheit/fahranfaenger, 18.05.2002.

www.wg-bumerang.de, 28.06.2002.

Zentrum für Integration e.V. (2000): Konzeption zum Pilotprojekt „Flächendeckende und vernetzte Suchtprävention in einer ostdeutschen Großstadt“ (Leipzig und Umgebung). Leipzig.

Impressum

Herausgeber:	Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Albertstraße 10, 01097 Dresden e-mail: pressestelle@sms.sachsen.de www.sms.sachsen.de
Verantwortlich:	Für den Inhalt sind die Autoren der Expertisen verantwortlich.
Redaktion:	Kristina Klug
Redaktionsschluss:	Februar 2004
Druck:	Stoba-Druck GmbH, Lampertswalde
Auflage:	600 Stück
Bezug:	Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung Hammerweg 30, 01127 Dresden Tel. (03 51) 2 10 36 71, Fax (03 51) 2 10 36 81 Publikationen@sachsen.de

Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben.

Verteilerhinweis: Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

