

### **13. Kinder- und Jugendbericht:**

#### **„Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen- gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ – ein Blick auf junge Menschen mit Migrationshintergrund**

Der 13. Kinder- und Jugendbericht zeigt den Zusammenhang zwischen Teilhabe-, Integrations- und Bildungschancen junger Menschen und ihren Chancen auf ein gesundes Aufwachsen auf. *„Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden hängen im hohen Maß mit ihren gesellschaftlichen Teilhabechancen zusammen. Ungleiche Lebensbedingungen beeinflussen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Daten zeigen auf, dass soziale Benachteiligungen und Armut- besonders, wenn sie Heranwachsende mit Migrationshintergrund betreffen- in hohem Maße mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sind.“* (Kinder- und Jugendbericht, S. 33)

Obwohl der Bericht im Sinne des Inklusionsansatzes und zur Vermeidung von Ethnisierung keine gesonderte Beschreibung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (MH) vornimmt, werden in den Forschungsergebnissen immer wieder Aussagen zu jungen Menschen mit Migrationshintergrund getroffen. Diese werden in der folgenden Zusammenstellung dargestellt.

#### **Zum Aufbau des Berichts**

Im Anschluss an die Vorstellung der verschiedenen „Gesundheits“-Konzepte (Resilienz, Empowerment, Salutogenese, Stress- und Schutzfaktoren) im Teil A, erläutert Teil B des Berichts die gesundheitsrelevanten Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Alterstufe. Die Forschungsergebnisse zur Situation junger Menschen unterscheiden nach Geschlecht, sozialem Status, Behinderung sowie Migrationshintergrund und beziehen sich auf gesundheitliche Chancen und Risiken der jeweiligen Entwicklungsstufe. Gelingt die erfolgreiche Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgabe nicht, entstehen Risiken, die *„...vor allem bei mehrfacher Belastung, wie etwa Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status und/oder Migrationshintergrund- zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.“*(Kinder- und Jugendbericht, S.18/S.136)

Unterschieden werden folgende Altersgruppen mit ihren Entwicklungsaufgaben:

1. Kinder unter 3 Jahre: Bindung und Autonomie.
2. Kinder von 3 bis 6 Jahren: Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit.
3. Kinder von 6 bis 12 Jahren: Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren.
4. für Jugendliche von 12 bis 18 Jahren: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden.
5. junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren: sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen.

#### **Insgesamt stellt der Bericht für junge Menschen folgendes fest:**

Gesundheit werde von biologischen, kulturellen, umweltbedingten, ökonomischen und sozialen Faktoren beeinflusst und gesellschaftlich hergestellt. Die Stärkung der

Lebenssouveränität junger Menschen ist durch die Förderung von Verwirklichungschancen und Widerstandsressourcen zu erreichen. *(Kinder- und Jugendbericht, S.40)*

Belastungen im Säuglingsalter, die eine beständige Bindung zu einer Bezugsperson verhindern, können im Kindergarten- und Vorschulalter zu Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich Sprache, Ernährung, Bewegung und Verhalten führen. Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, chronisch-somatische Erkrankungen (z.B. Asthma) und stressbedingte Belastungsreaktionen nehmen im Grundschulalter zu. Erkennbar ist, dass mit dem Schuleintritt die gesundheitlichen Belastungen insgesamt ansteigen, wovon besonders Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und/oder mit Migrationshintergrund betroffen sind. Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zählen zu den wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen Übergewicht, Essstörungen, depressive Erkrankungen, psychosoziale Auffälligkeiten und Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen. Insgesamt ist ein neuer Trend beim Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen festzustellen, der mit dem Begriff „neue Morbidität“ beschrieben wird: dies meint eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen sowie von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten. *(Kinder- und Jugendbericht, S.17)*

### **Ergebnisse bezogen auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund**

Im Folgenden werden die Forschungsergebnisse hinsichtlich der Zielgruppe in der Reihenfolge der Altersstufen und Entwicklungsaufgaben aufgeführt.

#### **Kinder unter 3 Jahre: Bindung und Autonomie**

In diesem jungen Alter sind bereits Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen im Gesundheitszustand und –verhalten zu erkennen, die sich nachteilig auf diejenigen aus Familien mit niedrigem sozialen Status bzw. Migrationshintergrund auswirken. Mütter mit Migrationshintergrund werden seltener durch die Angebote der ärztlichen Versorgung erreicht als solche ohne MH. Interessant ist, dass Kinder mit Migrationshintergrund seltener akut oder chronisch erkranken als Kinder ohne MH und/oder mit hohem Sozialstatus. Dieses Ergebnis wird mit unterschiedlichen Sensibilitäten gegenüber Krankheitssymptomen und Zugangsschwellen zur Gesundheitsversorgung begründet. *(Kinder- und Jugendbericht, S.73)*

<b>Kriterien/Indikatoren</b>	<b>Ergebnisse</b>
Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und Impfungen	Impfdefizite bestehen bei der Masernimpfung bei nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund sowie Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus.
Vorsorgeuntersuchungen	Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund der Eltern (73,4%) und Kinder mit niedrigem Sozialstatus nehmen seltener teil (Vergleich gesamt 92,4%) <i>(Kinder- und Jugendbericht, S.68)</i>
Zahngesundheitsverhalten	Kinder mit niedrigem Sozialstatus und mit MH verfügen über schlechteres Zahnpflegeverhalten als Kinder mit hohem Sozialstatus bzw. ohne MH.
Akute Kleinkindkrankheiten (z.B. Magen-Darm-Infekte,	Nach Einschätzungen der Eltern sind Kinder mit Migrationshintergrund sowie mit niedrigem

Bronchitis, Bindehautentzündung, Erkältungskrankheiten).	sozialem Status seltener betroffen.
Neurodermitis	Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie mit Migrationshintergrund leiden seltener.

### Kinder von 3 bis 6 Jahren: Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit

Entwicklung von Achtsamkeit und sozialer Kompetenz ist eng verknüpft mit der Sprachentwicklung. Kinder mit Migrationshintergrund erlernen häufig zwei Sprachen: deutsch und eine andere Herkunftssprache. Auch wenn manche dieser Kinder erst mit Eintritt in den Kindergarten mit der deutschen Sprache konfrontiert werden, ist ihre kognitive Entwicklung durchaus weiter als ihr deutscher Wortschatz vermuten lässt. (*Kinder- und Jugendbericht, S.76*) Entwicklungsauffälligkeiten und –störungen in den Bereichen Sprache, Motorik und Verhalten kommen bei Jungen, Kindern mit MH und sozial benachteiligten Kindern häufiger vor als bei Mädchen, Kindern ohne MH und Kindern mit höherem sozialen Status. (*Kinder- und Jugendbericht, S.81*) Diese frühen Störungen können ein vermindertes Selbstwertgefühl, niedrige soziale Anerkennung und Integration sowie Leistungsstörungen in der Schule bei den betroffenen Kindern begünstigen. Mangelnde Bewegung und Fehlernährungen können zu Übergewicht führen, was besonders häufig Kinder aus sozial benachteiligten Familien und mit MH betrifft. Vorsorgeuntersuchungen werden von Kindern mit MH beider Elternteile seltener wahr genommen.

Kriterien/Indikatoren	Ergebnisse
körperlich-sportliche Aktivität inner- oder außerhalb des Vereinssports	Kinder mit niedrigem Sozialstatus, aus Ostdeutschland sowie ein Teil der Mädchen mit MH sind besonders selten aktiv. ( <i>Kinder- und Jugendbericht,S.77</i> )
Zugang zu Vereinen	Sozial benachteiligte Kinder und mit MH verfügen über einen schlechteren Zugang zu Vereinen als andere Kinder.
Benachteiligung durch Sprachkenntnisse	Kindern mit MH sind benachteiligt, wenn sie bei Schuleintritt nicht ausreichend die deutsche Sprache sprechen: sie werden bei der Einschulung häufiger zurückgestellt, bleiben häufiger sitzen und werden häufiger an Förderschulen überwiesen. ( <i>Kinder- und Jugendbericht, S.78</i> ) Kinder mit einem Rückstand im Sprachverständnis besuchen häufig trotz normaler Intelligenz Förderschulen. Ohne frühzeitige Förderung und Eröffnung von Teilhabechancen sind diese Kinder erheblich in ihrer weiteren Entwicklung benachteiligt. ( <i>Kinder- und Jugendbericht, S.79</i> )
Psychische Verhaltensauffälligkeiten	bei Kindern mit MH (22,7%) doppelt so häufig durch die Eltern bejaht wie bei Kindern ohne MH (11,5%), am größten sind die Unterschiede bei Kindern mit

	niedrigem Sozialstatus.
Emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	In allen Bereichen liegen die Einschätzungen der Eltern aus Migrationsfamilien für ihre Kinder deutlich höher als die der Eltern ohne Migrationsgeschichte. ( <i>Kinder- und Jugendbericht, S.80</i> )
Diagnose allergischer Erkrankungen (Neurodermitis, Heuschnupfen oder Asthma)	Diese erhalten Kinder ohne MH und mit hohem Sozialstatus deutlich häufiger als Kinder mit Migrationshintergrund.
Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	Diese liegt bei 6-Jährigen im Durchschnitt bei 86,4%, bei Kindern mit MH jedoch nur bei 67,9%.
Umweltbelastungen wie Benzol durch Passivrauchen oder Pflanzenschutzmittel (DDT)	Kinder mit MH sind deutlich stärker belastet.
Neurodermitis	Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie mit MH sind seltener davon betroffen.

### **Kinder von 6 bis 12 Jahren: Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren**

Um im öffentlichen Raum, in Vereinen und Verbänden und Jugendeinrichtungen mit anderen Kindern in Kontakt zutreten und eigene Handlungsspielräume zu erweitern, benötigen Kinder Ressourcen von ihren Eltern (z.B. Zeit, Geld, Gesundheit). Mit Eintritt in die Schule kommen neue Herausforderungen auf die Kinder zu, die mit einer Zeitnutzungs-, Leistungs- und Zukunftsorientierung verbunden sind. Kinder brauchen Erfahrungs- und Bildungsräume, in denen sie ihre Lebenswelt aktiv gestalten können und soziales Lernen in formalen und informellen Orten ihnen befriedigende Beziehungen ermöglicht. (*Kinder- und Jugendbericht, S.98*)

<b>Kriterien/Indikatoren</b>	<b>Ergebnisse</b>
Gruppe der Kinder mit besonderem Versorgungsbedarf (länger bestehende Gesundheitseinschränkungen)	Heranwachsende mit MH (8,7%) deutlich seltener vertreten als ohne MH (14,4%), die Gruppe der Kinder mit niedrigem Sozialstatus hingegen ist recht stark vertreten. (13,3%).
chronisch somatischen Erkrankungen	mehr Jungen als Mädchen sowie mehr Kinder ohne (23,9%) als mit MH (17,7%) sind betroffen.
Gruppe der Kinder an Förderschulen mit Lernschwierigkeiten	Jungen, Kinder mit sozialer Benachteiligung und mit MH besonders häufig vertreten.
Verhaltensauffälligkeiten	besonders häufig für Kinder mit MH und mit niedrigem Sozialstatus durch Eltern genannt. <i>Eine mögliche</i>

	<i>Erklärung für diese Einschätzung wären Effekte negativer Selbst- und Fremdzuschreibungen.</i>
sportlichen Aktivitäten	Mädchen dieser Altersgruppe mit MH seltener vertreten als Mädchen ohne MH, jedoch Jungen mit MH (24%) stärker vertreten als Jungen ohne MH(15%).
Vereinssport aktiv	seltener Mädchen als Jungen und seltener Kinder mit MH als Kinder ohne MH.
subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand in Form von Lebensqualität	Einschätzung der Eltern von Kindern mit MH schlechter als bei Kindern ohne MH. <i>(Kinder- und Jugendbericht, S. 91)</i>

### **Jugendliche von 12 bis 18 Jahren: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden.**

Die Herausforderung dieser Altersgruppe liegt in dem Balancefinden zwischen eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen und den vorhandenen Möglichkeiten und Grenzen. Als besondere Stressoren in dieser Zeit zählen Gewalterfahrungen im schulischen Kontext, Lern- und Leistungsdruck und Sorgen um die berufliche Zukunft. „Grenzen suchen bedeutet, sich im sozialen Netz zwischen Elternhaus, Schulumwelt, Peergroup und virtuellen Welten zu positionieren (...) und deren Spielräume ausloten zu lernen.“ *(Kinder- und Jugendbericht, S.101)*

<b>Kriterien/Indikatoren</b>	<b>Ergebnisse</b>
erste sexuelle Erfahrungen	bei den 14-17 Jährigen verfügen Jungen mit MH häufiger als Mädchen mit MH, Jungen ohne MH seltener als Mädchen ohne MH über erste Erfahrungen.
Tabakkonsum	Jugendliche mit beidseitigem MH rauchen weniger (15,8%) als Jugendliche ohne MH (21,3%).
psychische Verhaltensauffälligkeiten	Eltern von Kindern mit MH schätzen Auffälligkeiten häufiger ein als andere.  Psychisch auffällige Jugendliche sind gehäuft an Hauptschulen besonders stark an Förderschulen vertreten.
Gewalterfahrung	Große Zahl von Heranwachsenden mit MH aus politisch instabilen Ländern (Kosovo, Palästina) sind Beobachter oder selbst Opfer von massiver Gewaltausübung und evtl. traumatisiert worden. <i>(Kinder- und Jugendbericht, S.112)</i>

	Psychisch auffällige Jugendliche sind häufiger Täter und Opfer von Gewalthandlungen.
Essstörungen	Deutlich mehr Mädchen und insgesamt mehr Jugendliche mit MH (jeder 3. statt jeder 5.) sind betroffen. <i>(Kinder- und Jugendbericht, S.115)</i>  Übergewichtige Jugendliche sind vorwiegend an Haupt- und Förderschulen vertreten.
selbstverletzendes Verhalten	Jugendliche ohne MH sind häufiger von selbstverletzendem Verhalten betroffen, Mädchen doppelt so häufig wie Jungen. <i>(Kinder- und Jugendbericht, S.119)</i>
Suizid	Insbesondere türkisch-stämmige Mädchen zwischen 10-20 Jahren haben eine deutlich höhere Suizidrate als Mädchen ohne MH.
Alkoholkonsum	Bei Jugendlichen mit MH deutlich niedriger als bei Jugendlichen ohne MH; der Sozialstatus hat weder bei Mädchen noch bei Jungen Einfluss auf den Alkoholkonsum.

**Junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren: sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen.**

Dieses Lebensalter erfordert die permanente Neuorientierung durch viele Veränderungen (Lebensstil, Arbeitswelt, Geschlechterverhältnis). Der Faktor „Ausbildung und Arbeit“ erhält im jungen Erwachsenenalter eine hohe Bedeutung für die Gesundheit. Die Schulabschlüsse und Berufswahl sind oft maßgebend für spätere soziale und wirtschaftliche Ressourcen und den Sozialstatus. Eingeschränkte berufliche Perspektiven und Arbeitslosigkeit bedingen gesundheitliche Belastungen. *(Kinder- und Jugendbericht, S.135)* Gute soziale Integration, Zusammenhalt in der Familie, Zufriedenheit mit dem Wohnort und der eigenen Finanzsituation sowie der Migrationsstatus stellen gesundheitsfördernde Ressourcen bei Berufsschüler(inn)en dar. *(Kinder- und Jugendbericht, S.131)*

Kriterien/Indikatoren	Ergebnisse
kein Schulabschluss und keine Berufsausbildung	Benachteiligte junge Erwachsene, besonders junge Männer mit MH befinden sich überdurchschnittlich oft in der Situation ohne Abschluss zu sein.
emotionaler Stress (Zukunftssorgen, Gefühl	Besonders Berufsschüler(inn)en leiden,

der Niedergeschlagenheit, Gefühle von Dauerstress, negative Selbsteinschätzung, Hoffnungslosigkeit)	darunter mehr Frauen als Männer und mehr Jugendliche mit als ohne Migrationshintergrund. Das unterschiedlich starke Stresserleben dürfte die unterschiedlichen Chancen auf dem Arbeitsmarkt widerspiegeln.
gesundheitliche Beeinträchtigungen: Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens, Stresssymptome, Erschöpfungssymptome, gesundheitliches Risikoverhalten (Tabak- und Alkoholkonsum) bis hin zu psychischen Erkrankungen	Junge Menschen mit länger andauernder Arbeitslosigkeit sind häufig betroffen.  Jugendliche, die bereits vorher einem hohen Maß an psychischen Belastungen ausgesetzt sind, besitzen ein hohes Risiko für (Langzeit-)Arbeitslosigkeit. ( <i>Kinder- und Jugendbericht, S.133</i> )

### **Forderungen an Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendhilfe**

In der Gesundheitsförderung rät die Kommission besonders Familien und deren Kindern aus sozial benachteiligten Lebenslagen und/oder mit Migrationshintergrund zu erreichen. Die Konzepte sollen bei den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen ansetzen und die verschiedenen Entwicklungsaufgaben berücksichtigen. *„Neben Sprachbarrieren und Informationsdefiziten zählen als Zugangsbarrieren bei Migrant(inne)en kulturelle und religiöse Konzepte, Geschlechterrollen, migrationsspezifische Hintergründe, rechtliche Barrieren, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen, fehlende Orientierung der Angebote an Zielgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status, sowie mangelhafte interkulturelle Kompetenz und Orientierung der Versorgungsangebote.“* (*Kinder- und Jugendbericht, S. 69*)

Um sozialer Ungleichheit entgegen zu wirken und gesundheitliche Ressourcen zu stärken, sollten Kinder und Jugendliche möglichst frühzeitig Zugang zu formellen und informellen Bildungsangeboten haben. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe benötigen eine Kooperation verschiedener Akteure und gesellschaftlicher Aufgabenbereiche. Neben der Investition in Bildung und Qualifikation ist auch die Verbesserung der materiellen Lage armer Haushalte mit Kindern, unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage u.a. von Migrant(inn)en notwendig, um die *„Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel“* umsetzen zu können. (*Kinder- und Jugendbericht, S.23*)

Die von der Kommission entwickelten zwölf Leitlinien richten sich an die Fachpraxis, die Institutionen sowie an die Politik: (*Kinder- und Jugendbericht, S.9*)

1. Stärkung der Lebenssouveränität
2. Gesellschaftsbezug
3. Lebenswelt- und Kontextbezug
4. Förderung positiver Entwicklungsbedingungen
5. Befähigungsgerechtigkeit
6. Bildungsgerechtigkeit
7. Inklusion
8. achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug
9. Lebensverlaufsperspektive

10. Interprofessionelle Vernetzung
11. Von einer Anbieter- zur Akteursperspektive
12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Um Lebensbedingungen und Perspektiven für alle Kinder und Jugendlichen zu verbessern, sei der Zugang zu Hilfsangeboten und somit die soziale Integration von Familien mit Migrationshintergrund zu fördern. Lernstörungen oder andere gesundheitliche Störungen der Kinder und Jugendlichen führten ohne geeignete individuelle Fördermaßnahmen zu Teilhabebeeinträchtigungen. (*Kinder- und Jugendbericht, S.39*) Die Kommission rät: „*Kinder brauchen Eltern und Erwachsene, die (...) ohne Diskriminierung nach sozialer Zuordnung, Religion, ethnischer Herkunft und Behinderung die Bedürfnisse von emotionaler Zuwendung, Bewegung und Erforschung der Umwelt, genussreicher und gesunder Ernährung ...wahrnehmen.*“ (*Kinder- und Jugendbericht, S.82*)

### **Die Bedeutung von Jugendverbänden zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund**

Kinder und Jugendliche brauchen Lebens- und Erfahrungsräume, in denen sie Stärken, Schwächen und Grenzen austesten und erleben können und dadurch an Lebenskompetenzen gewinnen. Diese Räume werden beispielsweise in der Kinder- und Jugendarbeit angeboten. Besonders **Jugendverbände** leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, ohne diesen stets explizit in ihren Konzepten zu benennen. Inhaltlich sind im Bereich Ernährung, Bewegung und gesundheitliche Aufklärung vielfältige Angebote in den Verbänden zu finden. (*Kinder- und Jugendbericht, S.190*). Besonders Freizeitangebote wie Zeltlager, Touren und Fahrten eröffnen vielfältige Erfahrungs- und Erlebnisräume, die die Gesundheitsbereiche Bewegung, Körpererfahrung und soziales Lernen betreffen. Jugendverbände bieten Orte, an denen Kinder und Jugendliche sich als handlungswirksam und dadurch ihre Selbstwirksamkeit erleben können. Auch die demokratischen Strukturen der Partizipation und Ehrenamtlichkeit lassen in den Angeboten die lebensweltbezogene subjektorientierte Ausrichtung erkennen.

**Durch die gezielte Gestaltung von Teilhabechancen und Chancengerechtigkeit von jungen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund können Jugendverbände einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Jugendlichen leisten.**