

Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung

Prof. Dr. Elisabeth Wacker

Dr. Rainer Wetzler

Stefanie Frings

**Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen
von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen**

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Juni 2009

Vorwort

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen. Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die mal für die Kinder- und Jugendhilfe, mal für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet (s. unten), die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, oft nur auf wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Homfeldt,

Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

Alle Expertisen stehen als PDF zum Download auf der Internetseite des DJI zum 13. Kinder- und Jugendbericht zur Verfügung und können einzeln aufgerufen werden.

München im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp

Vorsitzender der Sonderkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Übersicht über die Expertisen

1. Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe

Nico Dragano / Thomas Lampert / Johannes Siegrist: **Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?**

Petra Kolip: **Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention**

Bernd Röhrle: **Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?**

Manfred Hintermair: **Salutogenetische und Empowerment-Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen**

2. Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen

Tina Friederich: **Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen**

Renate Höfer, Luise Behringer: **Interdisziplinäre Frühförderung - Angebot und Leistungen**

Prof. Dr. Elisabeth Wacker / Dr. Rainer Wetzler / Stefanie Frings: **Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen**

3. Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe

Andreas Hanes / Kirsten Sander: **Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit**

Knut Lambertin: **Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit**

Elke Opper / Petra Wagner: **Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport**

Peter Paulus: **Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern**

Florian Straus: **Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe**

4. Kinder und Jugendliche in Risikolagen

Albert Lenz: **Risikante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe**

Michael Kölch: **Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern**

Stephan Sting: **Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter**

5. Hilfen zur Erziehung und ihre Schnittstellen

Ulrich Gerth /Klaus Menne: **Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen**

Margret Dörr: **Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese**

Jörg M. Fegert / Tanja Besier: **Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform**

Inhalt

1	Vorwort zur Delphi-Studie	6
2	Kontexte: Rückblick und Konzeption des Fragebogens	7
2.1	Rückblick.....	7
2.2	Konzeption	8
2.3	Design.....	9
3	Methodik und Resonanz	10
3.1	Methodik.....	10
3.2	Resonanz.....	12
4	Vergleichende Ergebnisse der zweiten Untersuchungsstufe: auf qualitativer und quantitativer Datenbasis	14
4.1	Auswertungskriterien.....	14
4.2	Strukturelle Bedingungen von Unterstützung	15
4.3	Individuelles Referenzsystem-Professionalisierungsverständnis	21
4.4	Bildungsbegriff- Autonomie	25
4.5	Praktische Umsetzung - Aufsuchende Hilfen.....	32
4.6	Das medizinische Interventionsfeld im ganzheitlichen Kontext.....	37
5	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen.....	39
6	(Auf-) Forderungen	41
7	Anhang.....	44
7.1	Zum Fragebogen Stufe 2	44
7.1.1	Anschreiben zum Fragebogen.....	44
7.1.2	Delphistudie im Rahmen der Sachverständigenarbeit für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung – Zwischenauswertung Stufe 1	45
7.1.3	Hinweise zum Fragebogen.....	46
7.1.4	Zum Untersuchungsdesign der Delphistudie im Rahmen der Sachverständigenarbeit für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung	47
7.2	Fragebogen	48
7.3	Altersklassifizierungen.....	70
7.4	Register zum Expertenkreis	71

1 Vorwort zur Delphi-Studie

Der vorliegende Bericht gibt Auskunft über die Ergebnisse der zweiten Stufe der Delphistudie zum gesunden Leben und Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung. Leitidee ist die Frage nach deren Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren und dadurch gleiche Lebenschancen zu erhalten.

Die Darstellung konzentriert sich auf einen Vergleich der Ergebnisse der ersten und zweiten Befragungsstufe. Dabei werden die Erkenntnisse der zweiten Stufe zusammengefasst dargestellt und im weiteren Verlauf des Berichtes punktuell zu den Ergebnissen der ersten Stufe in Bezug gesetzt.

Da die grundlegenden Parameter der Rahmenbedingungen und Vorgehensweise der Studie nicht verändert sind, wird auf eine erneute detaillierte Beschreibung der Anlage der Studie verzichtet (zur 1. Stufe s. nächsten Abschnitt). Dieser Bericht setzt daher bei der Konzeption des zweiten Fragebogens, seiner Methodik und Resonanz an. Der Fokus liegt auf den Erhebungsergebnissen und einer abschließenden Stellungnahme.

Auch die zweite Stufe der Delphi-Erhebung steht unter dem Diktat des Zeitkorridors, den seine Einbettung in die Arbeit der Sachverständigenkommission erfordert. Bei den (telefonischen) Nachfragen zum Responseverhalten der Experten wurde deutlich, dass vor allem die „vorlesungsfreie Zeit“ im August/September bzw. allgemein die Zeit der Sommerferien den Rücklauf bis zum Stichtag (20. September 2008) beeinflusst. Antworten, die nach diesem Stichtag eingehen, sollen gegebenenfalls in eine eigene umfassendere Aufarbeitung der Delphistudie einfließen.

2 Kontexte: Rückblick und Konzeption des Fragebogens

2.1 Rückblick

Eine bezogen auf die Zeit vom Millenniumsbeginn bis 2007 durchgeführte Literaturrecherche und -analyse bestätigt die Vermutung, dass der Gesamthematik „Gesundheit und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und Benachteiligung“ bislang kaum Beachtung geschenkt wird.

In der ersten Stufe der Delphistudie erhielten die ausgewählten Experten aus Verbänden/Vereinen, der Wissenschaft, Experten in eigener Sache, von Leistungsanbietern und Leistungsträgern die Gelegenheit, aus ihren Handlungsfeldern und Erfahrungswelten heraus Fragen nach Zusammenhängen von Gesundheit, Unterstützung und Chancen für das Heranwachsen und spätere Leben von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung zu beurteilen und zu kommentieren. Dabei folgte der Aufbau des Befragungsinstrumentes derselben Systematik wie der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht der Sachverständigenkommission (insbesondere Teile A und B).

Nach der Prämisse einer prinzipiellen Gleichheit aller Kinder und Jugendlichen wird daher die Befragung in der Delphistudie zunächst vorrangig nach Phasen des Aufwachsens gegliedert mit dem Ziel, die wesentlichen Faktoren für ein gesundes Aufwachsen zu erfassen. Zugleich wird unter dem Aspekt der Verschiedenheit (bzw. des besonderen Förderbedarfs) bei Behinderung die Expertise der Fachwelt für das Leben mit Behinderung möglichst multiperspektivisch erfasst und berücksichtigt.

Dieses Untersuchungsdesign soll der Komplexität der Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung und des gesamten Anbieter- und Leistungsfeldes „Behindertenhilfe“ Rechnung tragen und dabei das Leitthema „Gesundheit und gesundes Aufwachsen aller Kinder und Jugendlichen“ angemessen ausleuchten. Der konstruierte Facettenreichtum der Befragung soll es darüber hinaus ermöglichen, auch solche Faktoren zu identifizieren, die am Rande oder außerhalb des traditionellen Blickfeldes auf das Leitthema Gesundheit liegen; dies sind vor allem die Fragen nach **Chancengleichheit und Inklusion** bei gesundem Aufwachsen.

2.2 Konzeption

Die **Auswertung** der **zweiten Stufe** der Delphistudie setzt bei den Zwischenergebnissen der ersten Expertenbefragung an. Dem Zwischenbericht der Delphistudie folgt planmäßig die zweite Generierungsphase (Stufe 2). Die aus der ersten Stufe gewonnenen Zwischenergebnisse wurden dazu in Hypothesen gefasst, um dem Expertenkreis erneut zur Bewertung vorgelegt zu werden (vgl. Pkt. 2.3).

Wie im ersten Zwischenbericht dargelegt, gab es für die zweite Generierungsphase Modifikationen bei der Einteilung der Altersgruppierungen. Kernhypothesen, die aus den Ergebnissen der Expertenbefragung erstellt wurden, beziehen sich nun im Wesentlichen auf zwei neu zusammengefasste Gruppierungen verschiedener Lebensalter:

- Säuglinge und Kleinkinder/ Kindergarten- und Vorschulalter
- Schulkinder und junge Erwachsene

Dies wurde auf der Basis der ersten Auswertung der Expertenaussagen entschieden. Sie zeigte, dass eine Altersdifferenzierung nicht in allen Befragungskategorien relevant ist, aber Redundanzen erzeugt, die Ressourcen und Offenheit für weitere wichtige Aspekte zu binden drohen. Auf die ursprünglich konzipierte Altersdifferenzierung in fünf Stufen wird daher in ausgewählten Bereichen nur dann zurückgegriffen, wenn sich so signifikante altersspezifische Unterschiede abzeichnen, die differenziertere Aussagen zur Gesundheit als zentrales Chancenelement für das spätere Leben erwarten lassen.

Aus der ersten Stufe der Delphistudie wird deutlich, dass unter den angefragten Experten generell der Themenkreis Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht (länger) auf eine rein kurativ-medizinische Behandlung reduziert wird, sondern mehr und mehr gesellschaftliche, sozialmedizinische bzw. sozial(pädagogisch)e Determinanten in den Blick rücken; inter- und transdisziplinäre, multiprofessionelle Kontexte, vor allem auf der **strukturellen Ebene**, gewinnen an Bedeutung. Dies kann als erster Hinweis auf mögliche zukünftige Aufgabenfelder der Kinder- und Jugendhilfe gedeutet werden.

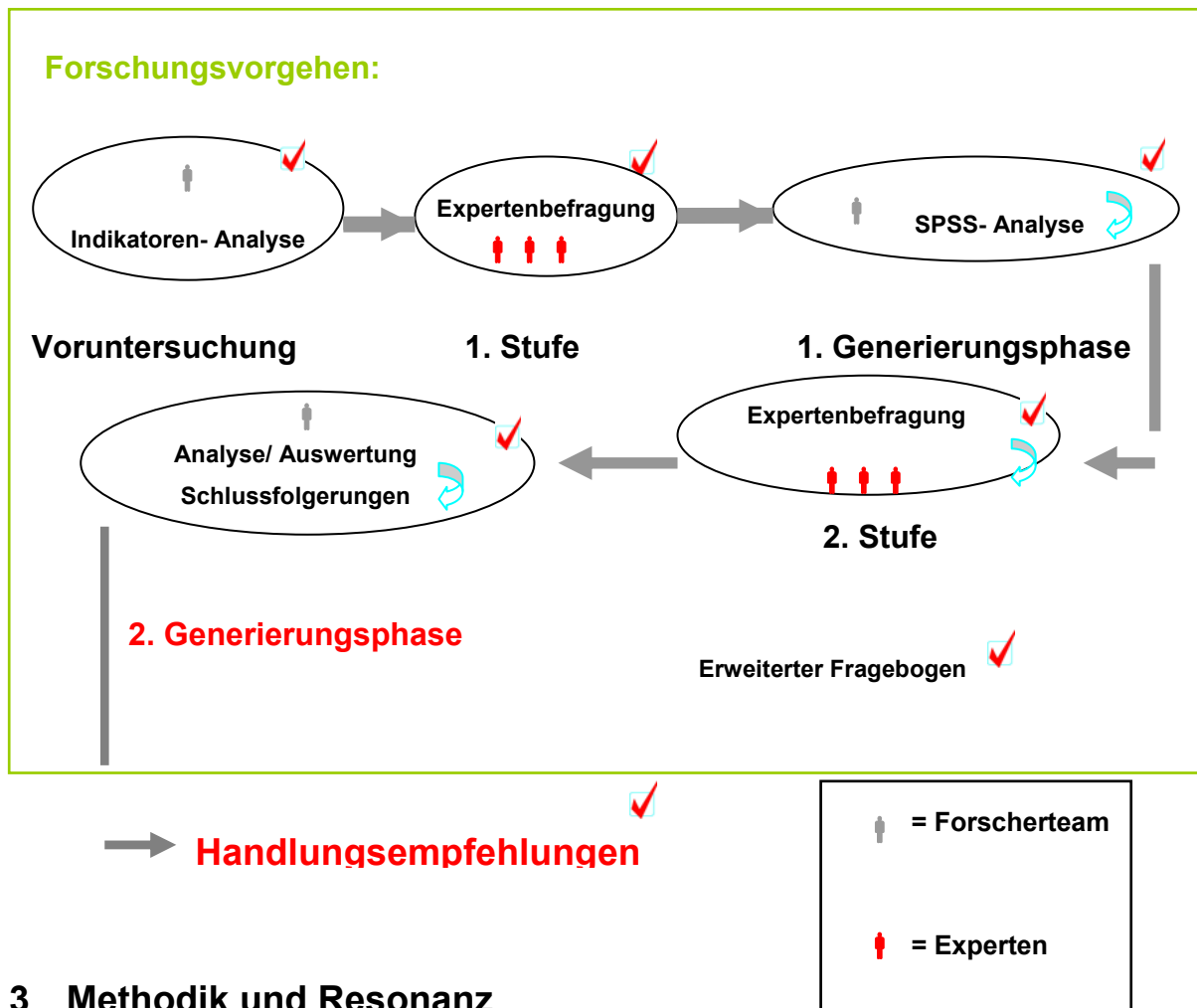
2.3 Design

Nach der ersten Befragungsstufe wurden die Expertenmeinungen zu den verschiedenen Handlungsfeldern ausgewertet und der Kommission als Zwischenbericht vorgelegt. Aus den erzielten quantitativen Ergebnissen einer SPSS-Analyse konnten für die zweite Delphi-Stufe weitere Hypothesen generiert werden. Diese wurden den bereits befragten Experten erneut zur Bewertung und Stellungnahme vorgelegt, um weitere Kohärenzen bzw. Differenzen innerhalb der Explorationsfelder zu eruieren.

Der vorliegende Fragebogen der zweiten Befragungsstufe wurde um qualitative Elemente erweitert. Sie basieren auf den ergänzenden Expertenäußerungen aus der ersten Delphi-Befragung, aus denen neue Items entwickelt und in den Gesamtbefragungsprozess integriert wurden (siehe hierzu Anhang, S.45).

Die zusammengeführten Ergebnisse der ersten und zweiten Befragungsstufe der Delphistudie skizzieren im Wesentlichen das zukünftige Handlungs- und Entwicklungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe. Aus den Expertenvoten lassen sich gleichermaßen Empfehlungen zur Unterstützung der von Behinderung betroffenen oder bedrohten Heranwachsenden ableiten.

Insgesamt wurde also folgendes Forschungsdesign entwickelt:



3 Methodik und Resonanz

3.1 Methodik

Diese Studie will die Relevanz des Konstruktes „Gesundheit“ für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung bewerten. Mit Hilfe der so genannten **Delphi-Methode**, einer mehrstufigen Befragung, soll hierzu das individuelle und intuitive Urteil der Fachexperten erfasst werden.

In der vorliegenden Delphistudie wurde die „**Paper-and-pencil Version**“ eingesetzt, nach der zunächst einvernehmlich ein Fragebogen durch ein Monitorteam entwickelt und an die Experten weitergeleitet wird.

Die Expertengruppe re-evaluert in jeweils folgenden nächsten Stufen die ursprünglichen Aussagen unter dem Einfluss des Gruppenwissens. Diese „Conventional Delphi“-Vorgehensweise bietet die Chance, über Rückkopplungsprozesse durch

Stand der Studie

die Information der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Gruppenantwort die Aussagen zu überprüfen bzw. zu vergleichen und weiterzuentwickeln.

Üblich bei diesem Verfahren sind der Einsatz von Statistiksoftwarepaketen, z.B. wie in dieser Studie SPSS, aber auch andere Formate wie SAS.

Für die notwendige Teilnehmerzahl existieren keine strengen statistischen Vorgaben, da keine Repräsentativität der Aussagen angestrebt wird. Als „untere Grenze“ werden in der Literatur etwa 25 Personen angenommen. Es finden sich aber auch als erfolgreich bewertete Studien, die mit sieben Experten durchgeführt wurden. Wichtig ist allerdings, dass bereits beim Untersuchungsdesign ein Schwund der Beteiligungszahlen einkalkuliert wird. Verluste von 50 bis 80 Prozent sind durchaus üblich.¹

In der vorliegenden Studie besteht das Monitor-Team aus den Verfassern dieses Berichts. Zusätzlich wurde eine Literaturrecherche als Basis der Instrumentenentwicklung genutzt, da die Ausgangslage in einem bislang wenig fokussierten Fragefeld systematisch sichergestellt werden sollte.

Der entwickelte Fragebogen wurde vor seinem Einsatz zunächst von der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts bewertet. Die Vorschläge aus der Kommission wurden eingearbeitet und das Erhebungsinstrument danach einem Pretest unterzogen. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der Analysesoftware SPSS. Es wurden u.a. Kreuzmatrices erstellt, um vergleichende Aussagen zur Bedeutung und Bewertung des gesunden Lebens und Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung zu ermöglichen.

¹ Vgl. u.a.: Häder, Michael & Häder Sabine (1994). *Die Grundlagen der Delphi-Methode*. Ein Literaturbericht. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 94/2 vom März 1994; Becker, D. (1974). *Analyse der Delphi-Methode und Ansätze zu ihrer optimalen Gestaltung*. Frankfurt; Chakravarti, A.K., Vasanta, B., Krishnan, A.S.A., Dubash, R.K. (1998). Modified Delphi Methodology for Technology Forecasting: Case Study of Electronics and Information Technology in: *Technological forecasting & social change*, 58, Nr. 1-2, pp. 155-166.

3.2 Resonanz

Im Vergleich zur ersten Stufe der Befragung (n=40) ergibt sich für die zweite Stufe nun eine neue Grundgesamtheit von n=38, da zwei Fachleute aus persönlichen Gründen ausschieden.

Von den 38 Angefragten antworteten bis zum Stichtag (20.09.2008) 20 mit verwertbaren Ergebnissen. Der Rücklauf der Befragung beträgt somit rund 53 %. Im Vergleich zur ersten Befragungsstufe (75 %), sinkt die Rücklaufquote folglich um etwa 22 %. Gemessen an den üblichen Dropout-Quoten gilt dies noch immer als hoher Rücklauf. Er könnte der guten Motivation des Expertenkreises für das Thema, aber auch der telefonisch erfolgten persönlichen Erinnerung der Angefragten zu verdanken sein. Nach Aussage einzelner Experten ist die zwar über „Normalwerten“ liegende, aber dennoch deutlich gesunkene Rücklaufquote dem engen Zeitkorridor geschuldet, der zur Verfügung stand, und nicht gesunkenem Interesse. Von einzelnen Experten noch angekündigte Rückmeldungen können hier leider keine Berücksichtigung mehr finden.

Der Rücklauf repräsentiert alle fünf relevanten, im Vorfeld definierten Felder des Expertenwissens. Wie die folgende Übersicht verdeutlicht, variiert die Beteiligung in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zur ersten Befragungsstufe (siehe hierzu S. 13: Rücklaufquoten).

Rücklaufquote erste Stufe:

Expertenbereich	Beteiligungsquote bereichsintern	Beteiligungsquote an der Studie insgesamt
Verbände und Vereine	100 %	≈ 36,66%
Wissenschaft	100%	≈ 36,66%
Experten in eigener Sache	83,33%	≈ 16,66%
Leistungsanbieter	50%	≈ 6,66%
Leistungsträger	25%	≈ 3,33%

Rücklaufquote zweite Stufe:

Expertenbereich	Beteiligungsquote bereichsintern	Beteiligungsquote an der Studie insgesamt
Verbände und Vereine	30%	= 15%
Wissenschaft	50%	= 35%
Experten in eigener Sache	100%	= 25%
Leistungsanbieter	60%	=15%
Leistungsträger	50%	=10%

Während die Beteiligungsquote in der zweiten Delphi-Phase erwartungsgemäß insgesamt sank, stieg die Resonanz einzelner Expertengruppen bemerkenswert: Experten in eigener Sache (100 %), Leistungsanbieter (60 %) und Leistungsträger (60 %). Ob sich diese Experten durch die inhaltliche Ausgestaltung der zweiten Befragungsstufe besonders angesprochen fühlten, die vor allem strukturelle Fragen aufgriff oder ob die Fragen außerhalb traditioneller Sichtweisen auf das Leitthema Gesundheit den Anreiz zur Antwort gaben, bleibt offen. Die deutlich gesunkene Beteiligungszahl der Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft resultiert – wie er-

wähnt – hingegen vermutlich schlicht aus dem für diese Expertengruppe besonders ungünstigen Zeitkorridor für Antworten. Für die markant rückläufige Beteiligungsquote der Verbände und Vereine wäre schließlich neben dem Zeitkorridor eine mögliche Erklärung, dass ihre Meinung gesondert in einer von der Kommission durchgeführten Anhörung im September 2008 aufgenommen wurde und so die Delphi-Befragung ins Hintertreffen geriet. Diese Vermutungen konnten durch telefonische Nachfragen aber nicht bestätigt werden, auch andere Gründe wurden nicht genannt.

4 Vergleichende Ergebnisse der zweiten Untersuchungsstufe: auf qualitativer und quantitativer Datenbasis

4.1 Auswertungskriterien

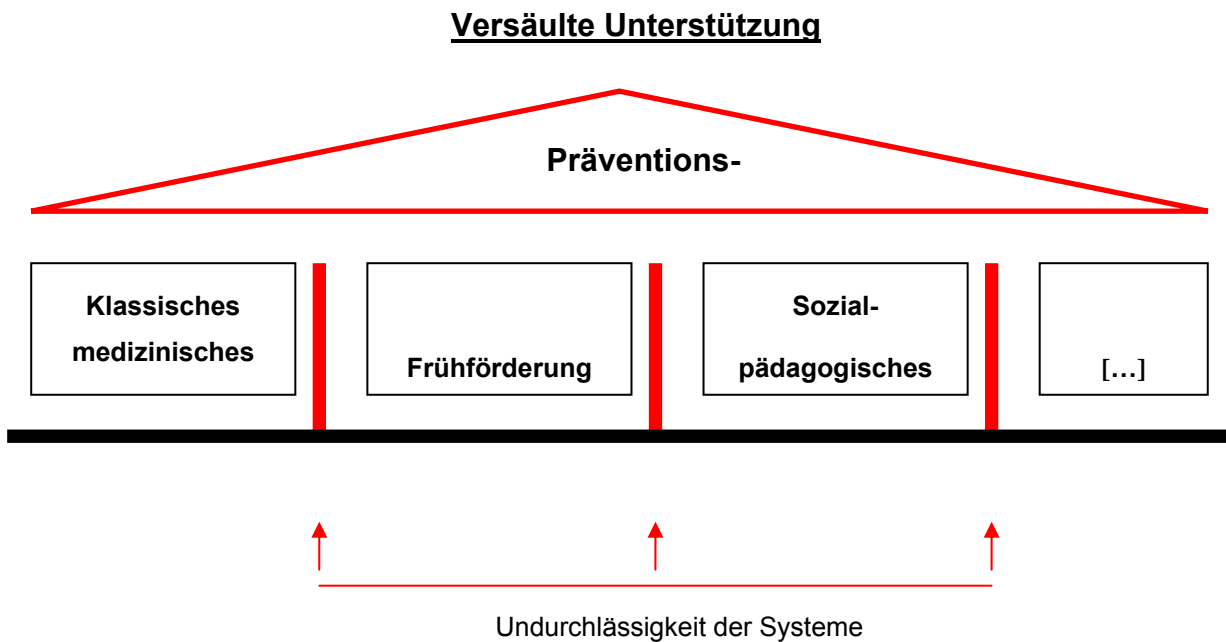
Die Analyse der zweiten Befragungsstufe der Delphistudie erfolgt bezogen auf die Ergebnisse der ersten Stufe. Sie fokussiert vor allem solche Analyseergebnisse, die Trends der ersten Befragungsstufe widersprechen, und solche, die über die Möglichkeiten nicht numerischer Antworten (Erläuterungsoption zu den einzelnen Antwortvorgaben) ergänzt und erweitert werden. Zusammenfassend skizziert werden zudem Antworten aus der zweiten Befragungsstufe, die die Analyseergebnisse der ersten Stufe bestätigen. Daher finden sich im vorliegenden Bericht vor allem Antworten, die **neue** Differenzierungen und Spezifizierungen der Ausgangsthematik nach sich ziehen. Die Ergebnisse werden hierbei nicht analog zur in den Fragebogen festgelegten Reihenfolge dargestellt, sondern in erster Linie über Ansammlungen (Cluster) inhaltsähnlicher und erweiternder Aussagen gegliedert. Eine Übersicht aller Frageergebnisse findet sich im Anhang.

Die bei der Auswertung der ersten Befragungsstufe generierten Hypothesen verweisen darauf, dass vor allem **strukturelle Rahmenbedingungen** neu zu organisieren bzw. zu optimieren sind.

Die zweite Befragungsstufe greift diese Forderungen auf und konstruiert aus Expertenmeinungen die Fragen 39-51, in denen es vornehmlich um die Gestaltung einer zukünftigen gesundheitsförderlichen Kinder- und Jugendhilfestruktur geht.

4.2 Strukturelle Bedingungen von Unterstützung

Die erste Befragungsstufe verweist auf ein versäultes Gesundheits- und Förder-system einzelner Disziplinen, über das eine heterogene Anzahl von Angeboten weitgehend ohne Koordination und nur vereinzelt in Kooperation gesteuert wird.



Eine inhaltliche und vor allem umfassende Vernetzung der einzelnen Hilfeangebote, so kritisierten die Experten, sei bislang lediglich hypothetisch erreicht worden.

Die Experten forderten daher bereits in der ersten Stufe der Studie **ein Gesamtnetzwerk**, das einzelnen Disziplinen den Austausch untereinander ermöglicht sowie bürokratische, organisatorische und sozial-emotionale Barrieren abbaut. Nicht nur aus Sicht der Wissenschaft soll die Kinder- und Jugendhilfe dabei zukünftig die Rolle eines Organisors und **„Netzwerkkonstruktors“** übernehmen.

F

⇒ Die Kinder- und Jugendhilfe und darf sich nicht als Monolith verstehen, sondern muss sich

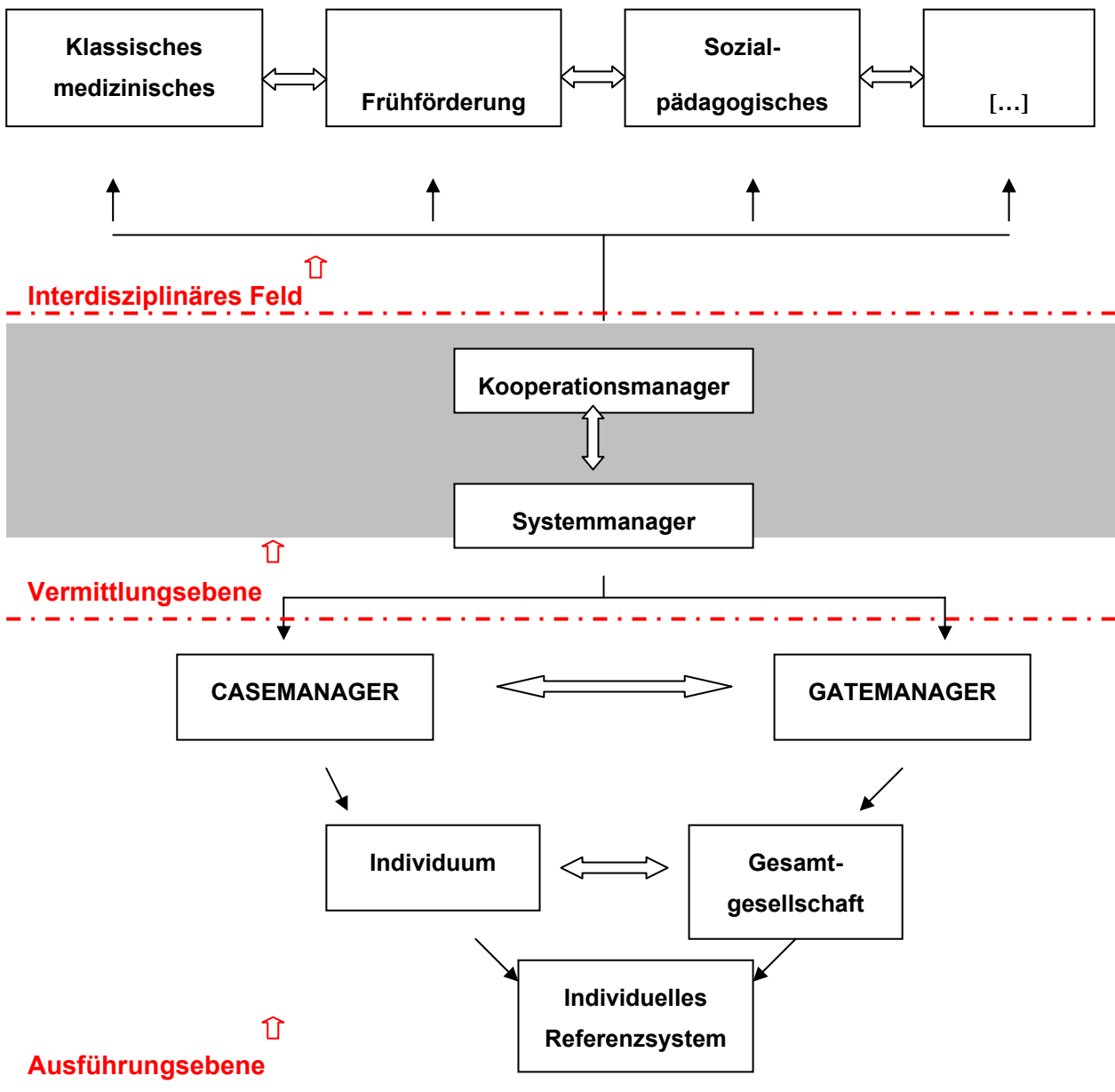
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	19	95,0	95,0	95,0
	stimme z.T. zu	1	5,0	5,0	100,0
Gesamt		20	100,0	100,0	

Als problematisch erweist sich, laut Aussage der Experten, der bislang über Standardisierungen (Diagnosen) gesteuerte Zugang zum Unterstützungsgeschehen, der weniger zu einer gesundheitsförderlichen Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen verhelfe, sondern eher zu anhaltenden Stigmatisierungsprozessen. Diese Feststellung kann mit aus der ersten Befragungsstufe generierten Hypothesen nun weiter differenziert und in neue Fragen gegossen werden.

Aus Sicht der Experten müssen neue Standardisierungen gefunden werden. Diese sollen die Gesamthilfesystematik **simplifizieren**: (Erst-)Zugänge sind zu beraten, Zuständigkeiten zu klären und Transparenz zu schaffen. Dies trägt aus Sicht der Experten dazu bei, ein gesundheitsförderliches Kategoriensystem zu konstruieren, das allen Akteuren der Gesundheitsförderung die benötigte Klarheit zusichert, und auch denen, die Unterstützung in Anspruch nehmen, gerecht werden kann. Ziel muss der Bau einer Art **Navigationssystem** sein, in und mit dem **Casemanager**, **Gatemanager**, **Systemmanager** und **Kooperationsmanager** allen Berechtigten zu Handlungssicherheit und Orientierung verhelfen.

F

Konstruktion eines „Navigationssystem“ für Unterstützung



Für die Umsetzung soll es zukünftig darum gehen, Kooperationsmanager, System-, Gate-, und Casemanager **[aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe]** so auszubilden, dass diese als eine Art Grenzgänger zwischen den einzelnen Welten der Systeme eine **Vermittlerrolle** übernehmen können.

F

Sie müssen kompetent sein in **flexibler Einzelfallhilfe** (Casemanager) bis hin zum **interdisziplinären Kommunikationstrainer** zwischen einzelnen Disziplinen (Kooperationsmanager). Diese Forderung wird durch die Fragen 40, 42, 49, 51 bestätigt.

F

⇒ Die Kinder- und Jugendhilfe muss sich zukünftig als Systemmanager begreifen.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	16	80,0	80,0	80,0
stimme z.T. zu	4	20,0	20,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Die Neukonzeption eines solchen Systems muss den Fehler vermeiden, lediglich eine Addition der Hilfen und Unterstützungsangebote vorzunehmen. Vielmehr geht es um integrierte Angebote, die aus vorhandenen Unterstützungen ein Kooperations- und Kompetenznetzwerk knüpfen, das Systemgrenzen, beispielsweise der Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe überwindet.

⇒ Die Betreuungslandschaft muss vereinfacht (Stichwort: „Hilfe aus einer Hand“)

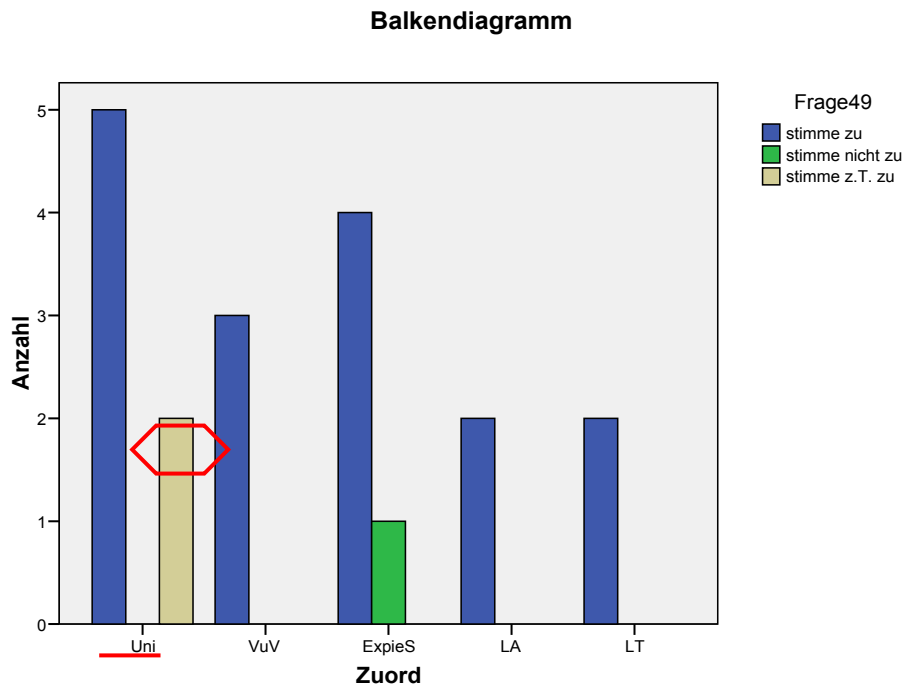
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	16	80,0	84,2	84,2
stimme nicht zu	1	5,0	5,3	89,5
stimme z.T. zu	2	10,0	10,5	100,0
Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend -9,00	1	5,0		
Gesamt	20	100,0		

⇒ Die Betreuungslandschaft muss ihr spezialisiertes Inseldasein aufgeben und sich zu interdisziplinären und barrierefreien Netzwerken zusammenfinden.

(Frage 51)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	18	90,0	94,7	94,7
stimme z.T. zu	1	5,0	5,3	100,0
Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend -9,00	1	5,0		
Gesamt	20	100,0		

Die Betreuungslandschaft muss vereinfacht (...) strukturiert werden.



Die Sachverständigenstimmen zur Frage 49: „Die Betreuungslandschaft muss vereinfacht (Stichwort: „Hilfe aus einer Hand“) strukturiert werden“ wünschen im Prinzip ein unkomplizierteres Betreuungsmodell. Hierzu gibt es teilweise Einwände aus Sicht der Vereine und Verbände, die Komplexität bereits jetzt nicht sehr ausgeprägt wahrnehmen, und eine Ablehnung aus Sicht eines Experten in eigener Sache. Fortschritte werden von den Fachleuten durch eine wachsende Vernetzung einzelner Disziplinen erwartet sowie durch steigende Einfachheit (in Form von Durchlässigkeiten und Transparenz) im Gesamtsystem.

⇒ Die Kinder- und Jugendhilfe soll auf standardisierte Interpretationsmuster (Kategorisierungen, Diagnosen) verzichten. (Frage 40)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	9	45,0	45,0	45,0
stimme nicht zu	2	10,0	10,0	55,0
stimme z.T. zu	9	45,0	45,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

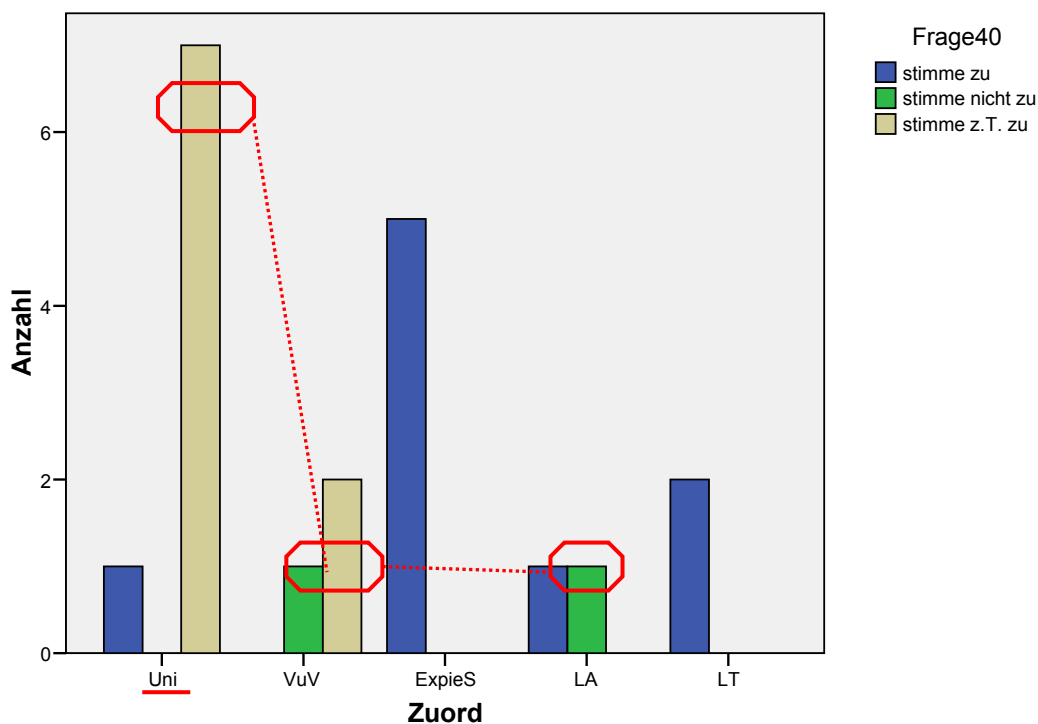
Die auf der Basis der vorhergehenden Fragen (42, 49, 51) eingeforderte **Simplifizierung** der Hilfelandschaft wird bei offenen Anmerkungen (der Kategorie „stimme z.T. zu, weil...“) weiter deutlich. Insbesondere die Wissenschaftler betonen, wie notwendig Übereinkünfte (Kategorien) und deren Differenzierung seien bzw. wie schwierig die fehlende Definitionsgrundlage innerhalb der Wissenschaft ist. Kategorien verstanden als Leitlinien, die es individuell und individuenzentriert auszugestalten gilt, könnten so gesehen sehr wohl Teil eines anzustrebenden „Navigationssystems“ sein, das vor allem dazu dienen soll, Barrieren abzubauen und Transparenz innerhalb des Gesamtprozesses zu schaffen. Dieser Einschätzung schließen sich die Experten aus dem Kreis der Leistungsträger und Verbände & Vereine an. (vgl. hierzu auch Auswertung Frage 51)

F

W/Uni

LA/V&V

Die Kinder- und Jugendhilfe soll auf standardisierte Interpretationsmuster (...) verzichten.



Interdisziplinarität nimmt aus Expertensicht einen hohen Stellenwert ein und erweitert das **Professionalisierungsverständnis**.

F

In der ersten Befragungsstufe verwiesen die Experten darauf, dass das Umfeld und die Umwelt eines Individuums mit in die Gesundheitsförderung einbezogen sein müssen. Hieraus entstand die Hypothese, dass die Kinder- und Jugendhilfe sich von

einer rein individuenzentrierten Betrachtung lösen müsse und das individuelle Referenzsystem mit einzubeziehen sei.

Damit sollte ein neues Professionalisierungsverständnis angesprochen werden, nach dem nicht nur ausgewiesene Fachleute für Gesundheitsförderung (Prävention und Rehabilitation) zuständig seien, sondern auch zu befähigende „Laien“ (hier meist Eltern).

⇒ Die Kinder- und Jugendhilfe muss sich von einer rein Individuen zentrierten Betrachtung lösen und das individuelle Referenzsystem in ihre Aktivitäten einbeziehen. (Frage 39)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	18	90,0	90,0	90,0
	stimme z.T. zu	2	10,0	10,0	100,0
Gesamt		20	100,0	100,0	

4.3 Individuelles Referenzsystem-Professionalisierungsverständnis

Die Fragen 17-22 nehmen hierzu detailliert Stellung. Die Experten sprechen sich in der ersten Befragungsstufe dafür aus, ein Professionalisierungsverständnis auf den Weg zu bringen, das sowohl den **Community Care²** Gedanken (gemeindebezogene Arbeit), als auch die **Eltern als „Experten“** wahrnehme und in die Arbeit mit einbinde. Dieses Verständnis müsse in solchen Einrichtungen Einzug halten, die sich intensiv mit der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen. Vorgeschlagen wird hierbei die **Qualifizierung von Eltern, Erzieherinnen in Kindergärten sowie Lehrern**. Diese Fokussierung wird analog in der zweiten Stufe aufgegriffen und weiter ausdifferenziert.

F

² Definitionen: „Eine Gegend, in der es formelle und informelle Beziehungsnetze gibt, welche die Fähigkeit besitzen, individuelle und kollektive Reaktionen auf öffentliche Missstände zu mobilisieren“ (Barclay Report 1982), sowie: „Prozess, bei dem ein Gemeinwesen seine Bedürfnisse oder Ziele identifiziert und Prioritäten setzt, das Selbstvertrauen und den Willen entwickelt an der Befriedigung dieser Bedürfnisse oder Erreichung dieser Ziele zu arbeiten, die (internen und/oder externen) Ressourcen ausfindig macht, um sich mit der Erfüllung dieser Bedürfnisse oder Ziele beschäftigen zu können (...)“ (Ross 1955).

Das Ergebnis stellt sich unterdessen konträr dar. Während sich die Experten einerseits darin einig zu sein scheinen, dass das soziale Umfeld der Kinder als Präventions- und Rehabilitationsfeld wahrgenommen werden müsse (siehe hierzu Auswertung Frage 19, S.16) und somit der oben genannte Personenkreis dazu befähigt werden muss, Teil dieses Referenzsystems zu werden, scheiden sich die Geister daran, in welcher Form dieser Personenkreis in die Gesundheitsförderung des Kindes/des Jugendlichen mit einbezogen werden soll und wie er zu betiteln sei (siehe hierzu Frage 17, S.16).

⇒ Das soziale Umfeld der Kinder muss als Präventions- und Rehabilitationsfeld wahrgenommen werden. (Frage 19)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	18	90,0	90,0	90,0
stimme z.T. zu	2	10,0	10,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

⇒ Eltern müssen zu „Experten“ qualifiziert werden (Elternschulung). (Frage 17)

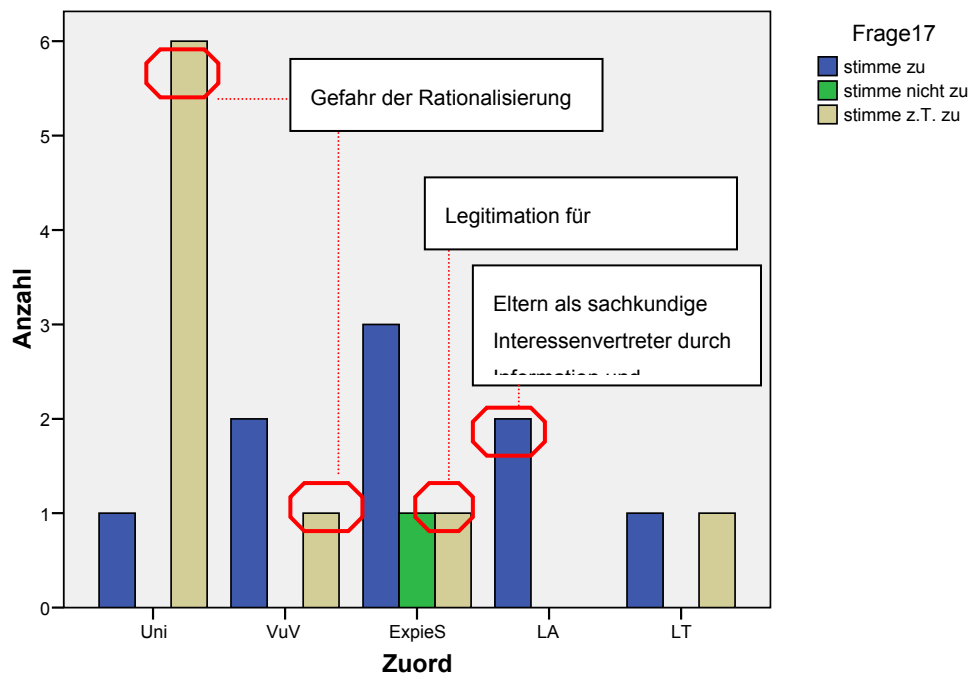
			Frage17			Gesamt
			stimme zu	stimme nicht zu	stimme z.T. zu	
Zuord	Uni	Anzahl	1	0	6	7
		% von Zuord	14,3%	,0%	85,7%	100,0%
		% von Frage17	11,1%	,0%	66,7%	36,8%
		% der Gesamtzahl	5,3%	,0%	31,6%	36,8%
VuV		Anzahl	2	0	1	3
		% von Zuord	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
		% von Frage17	22,2%	,0%	11,1%	15,8%
		% der Gesamtzahl	10,5%	,0%	5,3%	15,8%
ExpieS		Anzahl	3	1	1	5
		% von Zuord	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		% von Frage17	33,3%	100,0%	11,1%	26,3%
		% der Gesamtzahl	15,8%	5,3%	5,3%	26,3%
LA		Anzahl	2	0	0	2
		% von Zuord	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% von Frage17	22,2%	,0%	,0%	10,5%
		% der Gesamtzahl	10,5%	,0%	,0%	10,5%
LT		Anzahl	1	0	1	2
		% von Zuord	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
		% von Frage17	11,1%	,0%	11,1%	10,5%
		% der Gesamtzahl	5,3%	,0%	5,3%	10,5%
Gesamt		Anzahl	9	1	9	19
		% von Zuord	47,4%	5,3%	47,4%	100,0%
		% von Frage17	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	47,4%	5,3%	47,4%	100,0%

Die Befragung verdeutlicht, dass Eltern nicht einfach zu „Experten“ deklariert werden können. Von Seiten der Wissenschaft und Universitäten wird darauf verwiesen, dass mit dem Begriff des „Experten“ bzw. des „Co-Therapeuten“ die Rolle der Eltern im Gesundheitsförderungsprozess unzutreffend beschrieben sei, und zudem die Gefahr bestehe, „Elternexperten“ als Legitimation für einen anhaltenden Personalabbau und Effizienzmechanismen zu funktionalisieren und zu instrumentalisieren.

W/Uni

Eltern müssen zu „Experten“ qualifiziert werden (Elternschulung).

(Frage 17)



Daher fordert die Mehrheit der Experten in ihren Ausführungen, hier eine inhaltliche Abgrenzung zu schaffen. Eltern seien nämlich keine Experten im ursprünglichen Sinne, wohl aber müsse man sie als wichtigen Bestandteil eines **klientenorientierten Unterstützungssystems** wahrnehmen. Daher komme ihnen eher die Rolle eines gleichberechtigten „Begleiters“ und Interessenvertreters ihrer Kinder und Jugendlichen zu.

F

Die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe wird vor allem aus Sicht der Experten in eigener Sache darin gesehen, Eltern durch Information und Aufklärung zu **sachkundigen Interessenvertretern** zu befähigen. Darüber hinaus biete ein solches Verständnis von „Expertentum“ die Chance, Prävention und Rehabilitationsmaßnahmen in die Realität/Lebenswelt des Kindes zu transferieren, da die Kommunikation zwischen

ExpieS

F

Eltern und den einzelnen Akteuren der interdisziplinären Gesundheitsförderungsfelder damit einen für alle **verständlichen „Übersetzungscode“** bereithält. Eltern werden darüber hinaus in ihrer Rolle gestärkt und insgesamt entlastet, was vor allem die Leistungsanbieter und Leistungsträger als erstrebenswert bewerten.

LA/LT

Voraussetzung hierfür sei ein gewisser Grad an Objektivität und Unabhängigkeit derjenigen, die Eltern befähigen. Die genannten Case- und Gatemanager könnten in dieser Hinsicht als unabhängige Ratgeber und Informationslieferanten dienen.

Die Diskrepanz in den Analyseergebnissen der Frage 17 bezüglich der Rolle der Eltern resultiert weniger aus Zweifeln daran, dass Eltern als wichtiger Bestandteil des Referenzsystems zu sehen seien: Im positiven Sinne könnten sie zu einem wichtigen klientenorientierten Teilsystem gehören; im negativen Sinne könnten sie aber auch Quelle einer Störung des Klientensystems sein. Deswegen müsse diskutiert werden, welche Rolle die Eltern im Gesamtsystem der Hilfelandschaft einnehmen. Werden sie als Substitut für professionalisierte Arbeitnehmer gesehen, als Instrumentarium rationalisierender Bemühungen, so lehnen dies die Experten als nicht zielführend im Sinne einer neu zu gestaltenden Betreuungslandschaft ab. Eltern zu beraten, ihnen einen Überblick über Optionen und Ressourcen zu verschaffen, um sie folglich in ihrer Rolle als unmittelbares Klienten-Referenzsystem zu unterstützen und zu entlasten, wird hingegen mit oben genannten Einschränkungen durchgehend befürwortet.

⇒ Eltern müssen als „Erst-Experten“ beraten werden (Elternberatung). (Frage 18)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	12	60,0	63,2	63,2
	stimme nicht zu	1	5,0	5,3	68,4
	stimme z.T. zu	6	30,0	31,6	100,0
	Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend	-9,00	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

Mehrere Befragte verweisen darauf, sich am angelsächsischen **Early Excellence Center-Prinzip** zu orientieren und dieses als Benchmark zukünftiger Bemühungen um Vernetzung zu setzen. Familienzentren bilden folglich einen weiteren Ankerpunkt, um die verschiedenen Disziplinen und interdisziplinären Interventionsfelder miteinander zu verbinden. Neben der Forderung eines niedrigschwelligen Angebotes besteht nach Ansicht der Experten hier die Möglichkeit, eine Art Bildungszentrum zu schaffen, um über bereits genannte Aufgaben die Bildung, Aufklärung und Informationsbeschaffung aller Akteure zu realisieren.

F

4.4 Bildungsbegriff- Autonomie

Die zweite Erhebungsstufe fragt nach der Notwendigkeit, Bildungszentren auf bestimmte Personen oder aber auf ein bestimmtes Feld auszurichten. Ziel sollen insbesondere klientennahe Systeme wie Kindertageseinrichtungen und Schulen sein.

⇒ Eine adäquate Aus- und Fortbildung der ErzieherInnen/LehrerInnen führt zur Verbesserung der Prävention. (Frage 47)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	15	75,0	78,9	78,9
	stimme z.T. zu	4	20,0	21,1	100,0
	Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend	-9,00	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

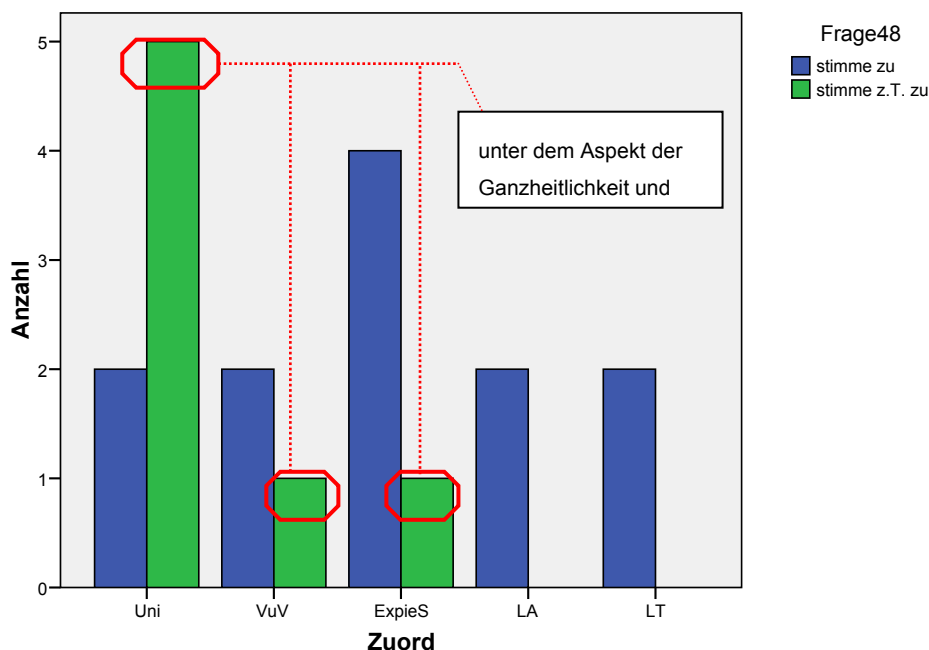
Einig sind sich die Befragten, dass die Gesundheitsförderung durch eine adäquate Aus- und Fortbildung derer, die sich außerhalb des Systems Familie zeitintensiv mit Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen, gewährleistet sein soll. Hierbei werden analog zu der Frage, welche Rolle die Eltern einnehmen sollen, die gleichen Kriterien genannt. Diese richten sich vornehmlich daran aus, kein weiteres professionalisiertes Personal zu schaffen, sondern Erzieherinnen und Erzieher bzw. Lehrerinnen und Lehrer durch adäquate Aus- und Fortbildung so zu qualifizieren, dass sie Dialoge mit den für die Gesundheitsförderung und -sicherung zuständigen Instanzen aufnehmen, diese ggf. „decodieren“ und „übersetzen“ können, um das Klientensystem zu unterstützen und sich selbst zu entlasten.

In ihren Ausführungen verweisen die Experten jedoch darauf, dass es dazu notwendig ist, die Rahmenbedingungen und Ressourcen sicherzustellen, wie beispielsweise:

- Arbeitsplanung (Raum und Zeit)
- Personalstrukturen
- Supervisionsmöglichkeiten
- Kooperation (-swissen)
- Kooperationskompetenzen

(Förder-)Diagnostik, Sprach- und Bewegungserziehung spielen dabei zwar eine nicht unwesentliche Rolle, dürfen aber nicht so dominieren, dass Ganzheitlichkeit und Gleichrangigkeit verloren gehen. Gleichwohl müssen sie insgesamt stärker als bislang in Kindergärten und Schulen berücksichtigt werden.

Insbesondere die (Förder-)Diagnostik, Sprach- und Bewegungserziehung stehen im Mittelpunkt der Fortbildungsbedarfe. (Frage 48)



Mit Blick auf die notwendige Gleichrangigkeit von Hilfesystemen und mögliche Interventionsoptionen ist zusammenzufassen, dass den interdisziplinären und multi-kausalen Einflussdeterminanten von Gesundheit mehr Rechnung getragen werden

soll, beispielsweise durch den entsprechenden **Einsatz heterogener Akteure**, die aber ein klar definiertes und spezifiziertes Einsatzgebiet und Verständnis der eigenen Förderaufgabe benötigen.

⇒ Den interdisziplinären und multikausalen Einflussdeterminanten der Gesundheit muss durch den entsprechenden Einsatz heterogener Akteure Rechnung getragen werden. (Frage 45)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	19	95,0	100,0	100,0
Fehlend	-9,00	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

Der „richtige“ Einsatz und die dazu notwendige Koordinierung heterogener Akteure werden in den Kommentaren der ersten Befragungsstufe von den Experten immer wieder mit dem Begriff **Bildung** verknüpft. Das (gewünschte) zukünftige Aufgabenfeld der Kinder- und Jugendhilfe erstreckt sich demnach vor allem auch auf den Bereich Bildung bzw. Aufklärung, wie die folgenden Auswertungen zeigen. Deutlich wird bei aller Zustimmung allerdings auch, dass „Bildung“ weder auf die Vermittlung von Schulwissen reduziert werden, noch sich auf das Wissen der Klienten selbst beschränken darf.

⇒ Bildung muss bei der Konzeption und Realisierung von Teilhabeaktivitäten als Gesundheit erhaltender Faktor wahrgenommen werden. (Frage 33)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	19	95,0	100,0	100,0
Fehlend	-9,00	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

⇒ Bildung wird zum zentralen Element zukünftiger Problem- und Aufgabenfelder der Kinder- und Jugendhilfe. (Frage 46)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	13	65,0	68,4	68,4
	stimme z.T. zu	6	30,0	31,6	100,0
	Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend	-9,00	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

Einig sind sich die Befragten darin, dass "Bildung" mehr als lediglich die Subsumtion von Schulwissen umfassen soll. Vielmehr ist Bildung gemeint als **Befähigung zum selbstständigen Leben**, als Grundlage zur **Ausbildung von Handlungsfähigkeit** im Sinne des **Empowerment**. Die Verwirklichung der Autonomiebestrebungen sei Teil dieses Bildungsauftrags und nehme wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitsförderung.

F

⇒ Autonomie ist eng an Bildung gebunden. (Frage 32)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	13	65,0	65,0	65,0
stimme nicht zu	1	5,0	5,0	70,0
stimme z.T. zu	6	30,0	30,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

⇒ Der Grad der Autonomie nimmt Einfluss auf die Gesundheit. (Frage 28)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	17	85,0	85,0	85,0
stimme z.T. zu	3	15,0	15,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Autonomie manifestiert sich im Jugendalter vor allem als Möglichkeit, eigene Entscheidungen zu treffen und als Gestaltung des Wohnens. Die Kinder- und Jugendhilfe muss dem Rechnung tragen, indem sie Wohnformen stützt, die Autonomiebestrebungen zulassen und Mobilitäten sichern. Dabei legen die Experten Wert darauf, die **Autonomie**-Kategorie nicht als singuläre Outputkategorie zu begreifen (dies wird manifest in relativierten Angaben der Zustimmung). Vielmehr meint Autonomie den **Ein- klang aus Wohnform, Mobilitätsgrad, Bildung und sozialen Kontaktmöglichkeiten**.

F

⇒ Autonomie manifestiert sich im Jugendalter durch Möglichkeiten der Mobilität. (Frage 29)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	14	70,0	70,0	70,0
stimme z.T. zu	6	30,0	30,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

⇒ Autonomie manifestiert sich im Jugendalter im Bereich des Wohnens. (Frage 30)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	13	65,0	65,0	65,0
stimme z.T. zu	7	35,0	35,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Vor allem der Grad der Mobilität, der Wohnort und der Grad selbstständiger Handlungen (der ggf. auch über ein Unterstützungssystem erreicht werden kann), nehmen Einfluss auf die Möglichkeit sozialer Kontakte und der Teilhabe an entsprechenden Netzwerken. Die Bedeutung von Peergroups (gleichaltrigen Freundeskreisen) als ein wichtiger Bestandteil von Gesundheits- und Copingprozessen wird durch die Experten bestätigt. Die Experten schränken ihre Zustimmung nur dort ein, wo die Peergroups Bestandteil einer Gesundheitsgefährdung sein können (beispielsweise weil sie Drogen konsumieren) (vgl. Auswertung der Frage 31, S.30).

⇒ Peergroups (...) außerhalb der Familie sind ein wichtiger Bestandteil der Gesundheits- und Copingprozesse. (Frage 31)

			Frage31		Gesamt
			stimme zu	stimme z.T. zu	
Zuord	Uni	Anzahl	6	2	8
		% von Zuord	75,0%	25,0%	100,0%
		% von Frage31	35,3%	66,7%	40,0%
		% der Gesamtzahl	30,0%	10,0%	40,0%
VuV		Anzahl	3	0	3
		% von Zuord	100,0%	,0%	100,0%
		% von Frage31	17,6%	,0%	15,0%
		% der Gesamtzahl	15,0%	,0%	15,0%
ExpieS		Anzahl	4	1	5
		% von Zuord	80,0%	20,0%	100,0%
		% von Frage31	23,5%	33,3%	25,0%
		% der Gesamtzahl	20,0%	5,0%	25,0%
LA		Anzahl	2	0	2
		% von Zuord	100,0%	,0%	100,0%
		% von Frage31	11,8%	,0%	10,0%
		% der Gesamtzahl	10,0%	,0%	10,0%
LT		Anzahl	2	0	2
		% von Zuord	100,0%	,0%	100,0%
		% von Frage31	11,8%	,0%	10,0%
		% der Gesamtzahl	10,0%	,0%	10,0%
Gesamt		Anzahl	17	3	20
		% von Zuord	85,0%	15,0%	100,0%
		% von Frage31	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	85,0%	15,0%	100,0%

Eine aus den ersten Befragungsergebnissen gefolgerte Interpendenz zwischen **Altersstufe und Bezugsebene der Bildungsadressaten** konnte durch die erneute Befragung nur zum Teil bestätigt und manifestiert werden.

⇒ Je jünger die Kinder sind, desto intensiver muss sich die Bildungsebene auf das Referenzsystem (die direkte Umgebung) des Individuums konzentrieren. (Frage 34)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	17	85,0	85,0	85,0
stimme z.T. zu	3	15,0	15,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

⇒ Je älter die Kinder werden, desto intensiver muss sich die Bildungsebene auf das Individuum selbst konzentrieren. (Frage 35)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	16	80,0	80,0	80,0
stimme z.T. zu	4	20,0	20,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Zwar wird erneut bestätigt, dass sich Bildung bei jüngeren Kindern eher auf deren Referenzsystem beziehen muss und sich entsprechend im späteren Alter nach und nach auf das Individuum selbst ausrichten muss. Allerdings entgegen dem die Befragten, dass es bei dieser altersabhängigen Zuordnung nicht um einen generellen Bildungsbegriff gehe, sondern um Wissensvermittlung (meist im schulischen bzw. berufsschulischen Sinn).

Einigkeit herrscht indessen darüber, dass neben dem zentralen Ziel der Autonomie durch Bildung auch „Aufklärung“ von immenser Bedeutung sei. Hier stimmen nahezu alle Experten uneingeschränkt zu (Fragen 36-38):

⇒ Bildung umfasst Aufklärung in Bezug auf Suchtprävention. (Frage 36)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	20	100,0	100,0	100,0

⇒ Bildung umfasst Aufklärung hinsichtlich der Missbrauchprävention. (Frage 37)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	20	100,0	100,0	100,0

⇒ Bildung umfasst Aufklärung hinsichtlich der Mobbingprävention. (Frage 38)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	19	95,0	95,0	95,0
stimme z.T. zu	1	5,0	5,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Auch diese Aufklärung wird als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe gesehen. Modifikationen weisen z.B. darauf hin, dass Mobbingprävention sich nicht nur auf potenzielle Opfer erstrecken darf, sondern auch auf den Personenkreis ausgedehnt werden muss, der Mobbing präventiv entgegenwirken oder sanktionieren soll.

Bildung wird somit einmütig von den Experten verstanden als Aufklärung, Befähigung zum selbstständigen Leben und Sicherung bzw. Förderung selbst bestimmter Handlungsfähigkeit. Sie wird als zentral für die Erhaltung und Wiederherstellung von

Gesundheit bewertet. Alle zuvor genannten Referenzsysteme der Gesundheit müssen dabei in ganzheitlicher Weise zusammenwirken und mit diesem Bemühen (altersunabhängig) so früh wie möglich beginnen.

4.5 Praktische Umsetzung - Aufsuchende Hilfen

Zur praktischen Umsetzung der gewünschten strukturellen Neuorientierung wurde bereits in der ersten Befragungsstufe immer wieder auf den Einsatz so genannter „aufsuchender Hilfen“ verwiesen. Der Versuch, diese generellen Aussagen in der zweiten Delphi-Stufe zu spezifizieren (Frage 11-16), ergibt bei einer ersten Betrachtung ein sehr kontroverses Bild:

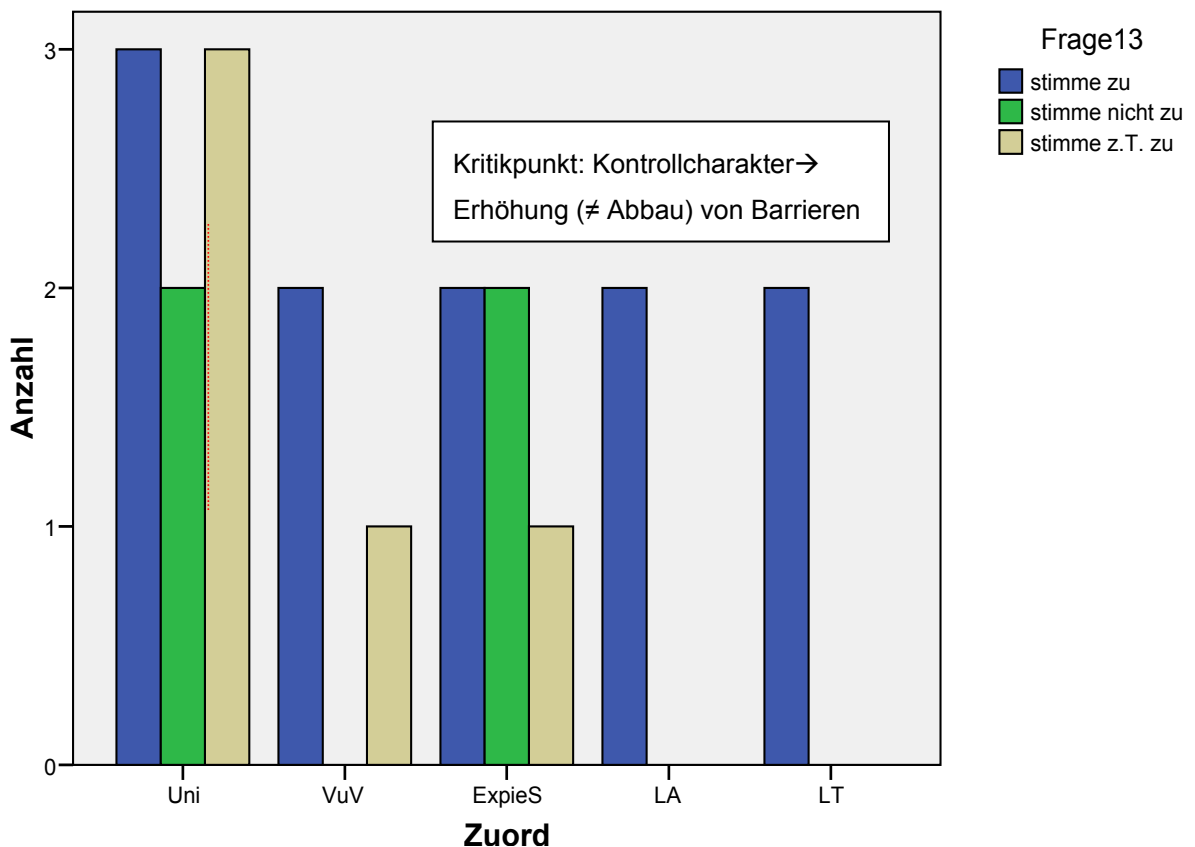
⇒ Die Neustrukturierung des Netzwerkes ‚Prävention und Rehabilitation‘ muss vor allem nach dem Prinzip der „aufsuchenden Hilfen“ erfolgen. (Frage 11)

			Frage11		Gesamt
			stimme zu	stimme z.T. zu	
Zuord	Uni	Anzahl	3	4	7
		% von Zuord	42,9%	57,1%	100,0%
		% von Frage11	21,4%	80,0%	36,8%
		% der Gesamtzahl	15,8%	21,1%	36,8%
VuV		Anzahl	3	0	3
		% von Zuord	100,0%	,0%	100,0%
		% von Frage11	21,4%	,0%	15,8%
		% der Gesamtzahl	15,8%	,0%	15,8%
ExpieS		Anzahl	5	0	5
		% von Zuord	100,0%	,0%	100,0%
		% von Frage11	35,7%	,0%	28,3%
		% der Gesamtzahl	28,3%	,0%	28,3%
LA		Anzahl	1	1	2
		% von Zuord	50,0%	50,0%	100,0%
		% von Frage11	7,1%	20,0%	10,5%
		% der Gesamtzahl	5,3%	5,3%	10,5%
LT		Anzahl	2	0	2
		% von Zuord	100,0%	,0%	100,0%
		% von Frage11	14,3%	,0%	10,5%
		% der Gesamtzahl	10,5%	,0%	10,5%
Gesamt		Anzahl	14	5	19
		% von Zuord	73,7%	26,3%	100,0%
		% von Frage11	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	73,7%	26,3%	100,0%

Das Prinzip der „aufsuchenden Hilfen“ wird grundsätzlich zwar von allen Expertengruppen begrüßt. Bei einer näheren und differenzierteren Sicht auf die Rahmenbedingungen solcher Hilfen und deren praktische Umsetzung werden jedoch expertengruppenübergreifende Bedenken deutlich. Insbesondere die Wissenschaftsgruppe weist bereits bei der Frage 11 darauf hin, und findet sich durch die anderen Expertengruppen im Kontext der Frage 12 bestätigt (siehe hierzu S.32).

W/Uni

„Aufsuchenden Hilfen“ **und** obligatorische Screeningverfahren sind als elementare Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit zu sehen.



Wie die Auswertungen der Fragen 12 (S.32) und 13 zeigen, wird dem Prinzip der „aufsuchenden Hilfen“ als wesentlicher Bestandteil eines neu zu gestaltenden Gesundheitsförderungssystems nur eingeschränkt zugestimmt. In den Kommentaren der Experten zeigt sich, dass sie die Vorteile der „aufsuchenden Hilfen“ vor allem in der Möglichkeit sehen, barrierefreie, niedrighschwellige Angebote zu gestalten, so dass alle Sozialschichten erreicht und auch durch entsprechend verfügbare Casemanager

unterstützt werden können (beispielsweise sollen diese einem jeweiligen kulturellen Background angemessen sein). Hier sehen die Experten im Prinzip der „aufsuchenden Hilfen“ einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung individueller Hilfe und zur Entlastung von Familien und anderen Referenzsystemen.

Dennoch warnen die Experten mit Nachdruck, dass das Prinzip der „aufsuchenden Hilfen“ auch immer **Kontrollcharakter** habe. Die Kontrolle dürfe die Grenzen der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung auch in Gesundheitsfragen nicht überschreiten.

Welche Gesundheitsziele vorgegeben und definiert sind, bedinge die **Grenzen**, die sich professionelle Akteure in diesem Feld setzen. Nach Meinung der Experten muss diese Grenz- und Zielsetzung so erfolgen, dass Begleit- und Unterstützungsangebote ausgebaut werden können.

F

⇒ „Aufsuchende Hilfen“ müssen erweitert werden. (Frage 14)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	19	95,0	95,0	95,0
stimme z.T. zu	1	5,0	5,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Zusammengefasst wird das Prinzip der „aufsuchenden Hilfen“ von den Experten dann begrüßt, wenn es Klienten und ihre Referenzsysteme unterstützt, Barrieren durch ein niedrighschwelliges Angebot abzubauen hilft und Durchlässigkeiten und Transparenz der Teilsysteme nachhaltig sichert. Negativ wird das Prinzip überall dort konnotiert, wo sich sein Kontrollcharakter manifestiert und an „aufsuchende Hilfen“ Erwartungen und Konsequenzen gebunden sind, die **Subsidiarität und Selbstverantwortlichkeit** unterlaufen. Dies wird besonders angemerkt bei der Verbindung „aufsuchender Hilfen“ mit dem medizinischen Interventionsfeld.

Die „aufsuchenden Hilfen“ bilden eine markante **Schnittstelle** zum System **Medizin**. Während sich die Experten der ersten Befragungsstufe einig waren, dass das medizinische Handlungsfeld nicht vorrangig als Grundlage zur Gesundheitsförderung eingeschätzt werden dürfe, weisen in der zweiten Stufe einzelne Experten darauf hin, dass vor allem medizinische Screeningverfahren deutlich besser in andere Disziplinen zu integrieren seien.

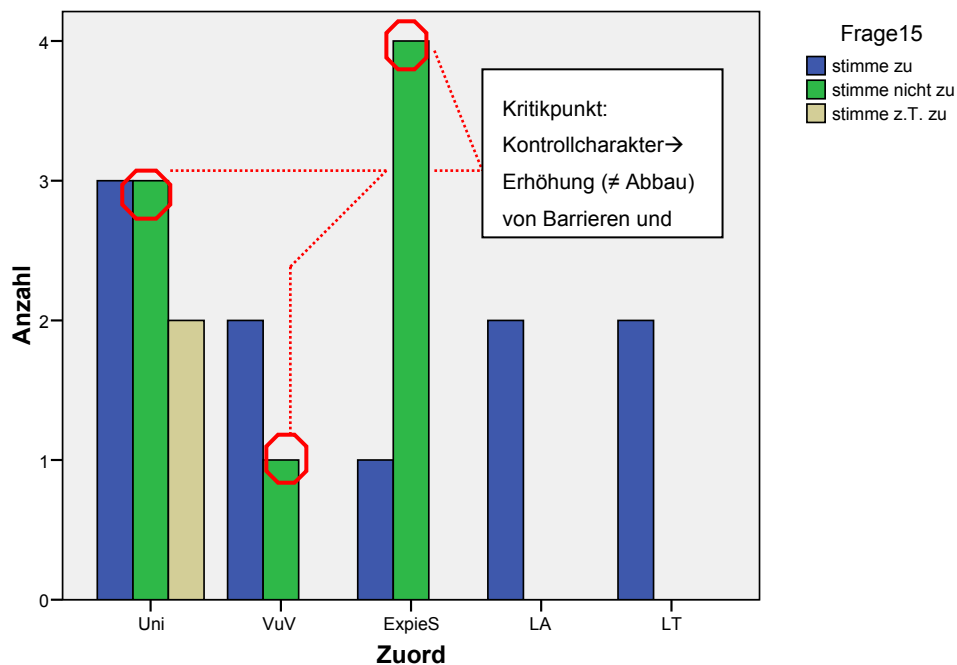
⇒ Das Prinzip „aufsuchende Hilfen“ gewährleistet mehr Transparenz über bestehende medizinische Interventionsfelder im direkten Umfeld des Kindes. (Frage 12)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	14	70,0	73,7	73,7
	stimme z.T. zu	5	25,0	26,3	100,0
	Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend	-9,00	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

„Aufsuchende Hilfen“

werden also im Prinzip als eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Rehabilitationssystem gewertet. Sie können kontraproduktiv sein, wenn sie ausschließlich durch kontrollierende, an medizinisch geprägte Interventionsverfahren geknüpfte Maßnahmen realisiert werden. Diese können sogar Gesundheit gefährden, indem sie zusätzliche Barrieren und Hemmschwellen aufbauen. Die Auswertung der Frage nach obligatorischen Screenings verdeutlicht dies:

⇒ Obligatorische Screenings müssen erweitert werden. (Frage 15)



ExpieS

Die Skepsis der Experten bezieht sich nicht generell auf „aufsuchende Hilfen“. Nicht medizinisch fokussierte Interventionsmöglichkeiten wie vor allem Screenings bezogen auf Exklusionsrisiken durch schwierige Soziallagen mit Hilfe von Referenzsystemen wie Kindergärten und Schulen werden vielmehr begrüßt. Auf diesem indirekten Weg

könnten „aufsuchende Hilfen“ mehr Transparenz über notwendige bzw. vorhandene medizinische Interventionsfelder im direkten Umfeld des Kindes bewirken.

Das Prinzip der „aufsuchenden Hilfen“ wird also als die Rückkoppelungslinie zu den gewünschten **Kooperationsmanagementebenen** definiert (vgl. Abbildung S. 17). In der praktischen Umsetzung könnten vor allem **Kindergärten und Tageseinrichtungen** als solche „Begegnungsstätten“ der einzelnen Interventionsfelder fungieren.

F

⇒ Kindergärten/ Tageseinrichtungen bilden eine wesentliche Schnittstelle zwischen medizinischen Experten und den „Co-Experten“ aus dem direkten Umfeld des Kindes. (Frage 22)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	13	65,0	65,0	65,0
stimme nicht zu	1	5,0	5,0	70,0
stimme z.T. zu	6	30,0	30,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Über solche „Begegnungsstätten“ könnte die Eindimensionalität der medizinischen Interventionsprogramme aufgehoben werden. Aus dem Expertenkreis wird vorgeschlagen, dass mit Hilfe zusätzlicher „Unterstützer“ aus dem direkten Umfeld des Kindes, beispielsweise von Erzieherinnen und Erziehern bzw. Lehrerinnen und Lehrern, medizinische Strategien in die Lebensumwelt der Kinder und Jugendlichen zu transferieren und bezüglich ihrer Gestaltungspotenziale zu optimieren seien. Dafür sollten Kindergärten, Schulen und andere (Tages-)Einrichtungen mit Hilfe der Kinder- und Jugendhilfe so gestaltet werden, dass sie als **„Begegnungsstätte der Disziplinen“** wirken können. Daher sollen diese Institutionen – so die Experten – zukünftig im Fokus der Neustrukturierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen stehen.

F

⇒ Kindergärten/Tageseinrichtungen sollen in den Fokus der Neustrukturierung der Präventions- und Rehabilitationssystematik rücken. (Frage 21)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	17	85,0	85,0	85,0
stimme z. T. zu	3	15,0	15,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

4.6 Das medizinische Interventionsfeld im ganzheitlichen Kontext

Medizinische Interventionsprogramme müssen Teil umfassender interdisziplinärer Interventionsprogramme werden.

⇒ Die medizinische Sichtweise bleibt grundlegend bedeutend, muss aber durch die Einbettung in die Umwelt dem Prinzip der Ganzheitlichkeit gerecht werden. (Frage 41)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	19	95,0	95,0	95,0
stimme z.T. zu	1	5,0	5,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

⇒ Die alleinige Fokussierung auf medizinische Unterstützung bei der Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist unzureichend. (Frage 8)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	15	75,0	75,0	75,0
stimme z.T. zu	5	25,0	25,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Eine Hauptaufgabe der Zukunft liegt aus Sicht der Experten darin, das **singularisierte und hoch spezialisierte Feld der Medizin in ein interdisziplinäres und barrierefreies Netzwerk einzubinden**. In diesem Punkt herrscht unter den Experten hohe Übereinstimmung.

F

⇒ Das spezialisierte medizinische Interventionsfeld muss in ein interdisziplinäres und barrierefreies Netzwerk umgestaltet werden. (Frage 10)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig stimme zu	20	100,0	100,0	100,0

Das medizinische Hilfeangebot muss sich an den Prinzipien der Ganzheitlichkeit ausrichten und dabei die **Gleichrangigkeit aller Hilfesysteme** akzeptieren. Laut Exper-

F

tenmeinung kann nur auf diesem Wege tatsächliche Interdisziplinarität entstehen als integriertes System und nicht alleine durch Addition einzelner Systeme.

Bereits in der ersten Befragungsstufe der Delphistudie hatten die Experten auf die Tatsache verwiesen, dass auch andere als medizinische Systeme die Bedeutung der Pränatal- und Postnataldiagnostik sehen, es jedoch an Transparenz und Gleichrangigkeit in Bezug zum medizinischen System fehle. Diesen Hinweisen wurde in der zweiten Befragungsstufe weiter nachgegangen. Dass es vor allem die medizinische Versorgung sei, die Exklusionsrisiken minimiere, sehen nicht alle Experten so. Skepsis wird von den Experten vor allem dann in Anmerkungen formuliert, wenn es um die Transparenz geht, mit der das medizinische System agiert.

⇒ Die medizinische Versorgung (...) ist die Voraussetzung für die Reduzierung von Exklusionsrisiken. (Frage 2)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	9	45,0	45,0	45,0
	stimme nicht zu	2	10,0	10,0	55,0
	stimme z. l. zu	9	45,0	45,0	100,0
	Gesamt	20	100,0	100,0	

⇒

⇒ Die Humangenetik als Bestandteil des Hilfesystems ist sinnvoll (Frage 7)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	8	40,0	42,1	42,1
	stimme nicht zu	2	10,0	10,5	52,6
	stimme z.T. zu	9	45,0	47,4	100,0
	Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend	-9,00	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

⇒ Ressourcen der medizinischen Hilfesysteme werden nur unzureichend genutzt (Frage 6)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme zu	8	40,0	44,4	44,4
	stimme nicht zu	6	30,0	33,3	77,8
	stimme z.T. zu	4	20,0	22,2	100,0
	Gesamt	18	90,0	100,0	
Fehlend	-9,00	2	10,0		
Gesamt		20	100,0		

Diese fehlende Transparenz der Angebotsstruktur und eine dadurch verursachte negative Konnotation des gesamten Interventionsfeldes aus Sicht der Nutzer gelten laut Kommentar der Experten als wesentlicher Grund, warum medizinische Angebote nur unzureichend genutzt werden. Diese Annahme leitet direkt über zum Fazit der Delphistudie, nach ihrer zweiten Bewertungsstufe.

5 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Der Komplexität von Behinderungsformen und Exklusionsrisiken muss mit einer entsprechenden Vielfalt in den Hilfesystemen begegnet werden. Dies bedeutet nicht, eine große Anzahl heterogener Ansätze in einer Art Warenkorb vorzuhalten und unverknüpft nebeneinander zu stellen. Vielfalt erfordert vielmehr ein integriertes System (in Abgrenzung zur bloßen Addition von Angeboten) verschiedener Disziplinen, das der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter dient und auf der Gleichrangigkeit der beteiligten Hilfesysteme beruht. Dazu müssen aus Sicht der Experten die Systemgrenzen (hier zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe, aber vor allem auch den medizinischen Hilfen) überwunden werden. „Begegnungsstätten“ sollen identifiziert werden, in denen einzelne Disziplinen im konkreten Alltag zusammenfinden. Dies sollen neben Kindergärten, Schulen und Tagesstätten auch noch zu bildende Familienzentren sein.

Auf diese Weise werde die Forderung nach einem niedrighschwelligem, barrierefreien und nachhaltigen Zugang zum Gesundheitsförderungssystem, das alle sozialen Besonderheiten inkludiert, aufgenommen. Auch Versäumnisse von Eltern, die aus Unkenntnis gesundheitsrelevanter Notwendigkeiten oder aufgrund fehlender Einbindung in Unterstützungsmaßnahmen entstehen, könnten so verringert werden.

Aufklärung, Kompetenzverteilung und Kooperationsgemeinschaften bilden somit nach Meinung der Experten wesentliche Faktoren einer Gesamtkonstruktion, die auf Vernetzung anstelle weiterer Versäulung der Hilfesysteme setzt. Ein wichtiges Ziel ist hierbei auch die Entlastung der Eltern durch Aufklärung und Zugänglichkeit auch von Expertenwissen. Diese Stärkung der Elternposition darf jedoch nicht – so warnen die Experten – politisch als Legitimation für einen (weiter anhaltenden) Personalabbau missbraucht werden. Eltern sollen gerade nicht zu Fachleuten „erzogen“ werden,

sondern als fachkundiges Unterstützungssystem die Interessen ihrer Kinder vertreten und die Familie selbst entlasten können.

Explizit wird seitens der Fachleute die Einführung von Case- und Gatemanagern als eine Art „Navigationsfachkräfte“ gefordert, die diese Aufklärung, Information, Vereinfachung von Zutrittsoptionen und Entlastung aller Akteure durch ihren Einsatz gewährleisten. Diese Case- bzw. Systemmanager können nicht durch weitere Aufgabenzuweisung (z.B. an Erziehungs- und Bildungspersonal) realisiert werden, sondern benötigen entsprechende fachliche und finanzielle Ressourcen, um ihre Aufgaben wahrnehmen zu können. Hier könnte das Persönliche Budget als Geld statt Sachleistung und damit als Mittel zur Steuerung von Unterstützung wegweisend sein für die Realisierung entsprechender Maßnahmen (vgl. hierzu Auswertung Frage 50 im Anhang: Fragebogen).

Diese auf Kinder- und Jugendliche sowie ihre sozialen Nahräume bezogenen Wegweisungs-Fachkräfte können durch ein System unterstützt werden, das „aufsuchende Hilfen“ umfasst. Dieses System der „aufsuchenden Hilfen“ darf ausdrücklich nicht auf Obligation beruhen, sondern muss in Form eines gut zugänglichen „niedrigschwelligen“ Angebots verfügbar sein, das freiwillig genutzt wird. Nur so kann für alle relevanten gesellschaftlichen Gruppierungen (Milieus) ein passendes Gesamtnetzwerk funktionieren.

Auch die bestehende unzureichende Information über Angebote der Gesundheitsförderung insgesamt, und über medizinische prä- und postnatale Interventionsmöglichkeiten und deren Risiken im Besonderen, wird für eine unzureichende Nutzung solcher Maßnahmen verantwortlich gemacht. Hier wird eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe darin gesehen, durch geeignete Kommunikation und Intervention (Öffentlichkeitsarbeit ebenso wie integrierte „aufsuchende Hilfen“), den Kontakt zu den Adressaten sicherzustellen. Als Hindernisse, die hierbei auch mit Hilfe der Kinder- und Jugendhilfe überwunden werden müssen, werden Zugangsbeschränkungen durch Leistungsanbieter (Kosten und Wartezeiten) und das Fehlen eines flächendeckenden infrastrukturellen Angebotes genannt. Hier werden also an die Kinder- und Jugendhilfe Erwartungen gerichtet, sich als Sachwalter und Interessenvertreter von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung zu verstehen.

Ein Weg zur erforderlichen selbstverständlichen Inklusion, die auch die Kinder- und Jugendhilfe zum Ziel haben soll, soll durch Integration behinderter oder von

Behinderung bedrohter Kinder in Kindergärten und Tagesstätten gegangen werden. Sie sollen zu Begegnungsstätten aller Teilhabe relevanten Akteuren entwickelt werden und dürfen sich nicht länger nur in einem schlichten Sinne als Ort der Integration verstehen. Ihr Bewusstsein dafür, ein alltagsintegriertes Förderumfeld zu sein, muss sich daher stärker entwickeln.

Alle Experten bezeichnen „Bildung“ **aller** Akteure als wesentlichen Faktor für eine gelingende Neukonstruktion der Gesundheitsförderung. Bildung wird dabei verstanden als Aufklärung, Befähigung zum selbstständigen Leben und als Sicherung und Förderung selbst bestimmter Handlungsfähigkeit. Ohne diese Elemente sei Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit nicht denkbar.

Eine erfolgreiche Gesundheitsförderungsstrategie muss außerdem anstreben, die Betreuungslandschaft zu vereinfachen, medizinische Interventionsmöglichkeiten und –maßnahmen transparent zu gestalten und in den Gesamtprozess der Gesundheitsförderung als gleichrangiges System zu integrieren. Nur wenn sich die Medizin auf gleiche Augenhöhe mit anderen relevanten Systemen begibt, könne es gelingen, erfolgreiche Kooperationsnetzwerke zu knüpfen, die – frei zugänglich für alle Kinder und Jugendlichen – passende, also individualisierte und flexibilisierte Hilfe bieten.

6 (Auf-) Forderungen

Handlungs- und Aufgabenfelder der Kinder- und Jugendhilfe

- ⇒ Die Kinder- und Jugendhilfe (KJH) soll zukünftig die Rolle eines Organistors und „Netzwerkkonstrukteurs“ übernehmen (S.10).
- ⇒ Ihr Ziel müsse es demnach sein ein Navigationssystem zu konstruieren, indem Casemanager, Gatemanager, Systemmanager und Kooperationsmanager zu Handlungssicherheit und Orientierung verhelfen im Sinne von Empowerment (S.11).
- ⇒ Die KJH muss demzufolge Sorge dafür tragen Kooperationsmanager, System-, Gate-, und Casemanager so auszubilden, dass diese als „Grenzgänger zwischen

einzelnen Systemen und Fachlichkeiten“ so sicher sind, dass sie die Rolle eines Vermittlers übernehmen können (S.12).

- ⇒ Dabei soll die KJH das Kontinuum von flexibler Einzelfallhilfe (Casemanager) bis hin zum interdisziplinären Kommunikationstrainer zwischen einzelnen Disziplinen (Kooperationsmanager) abdecken und gestalten (S.12).
- ⇒ Deswegen muss die KJH-Systematik zu einer Simplifizierung (≠ Standardisierung) und höheren Durchlässigkeit bzw. Transparenz sowie stärkeren Vernetzung der einzelnen Disziplinen ihren Beitrag leisten (S.14).
- ⇒ Da Interdisziplinarität einen hohen Stellenwert einnimmt, soll die KJH ihr Professionalisierungsverständnis (S.14) um die Einbindung der Gemeinde nach angelsächsischem Vorbild der Community Care (S.15) und der Excellence-Centres (S.18) erweitern.
- ⇒ Ein entsprechend von der KJH zu kreierendes klientenorientiertes Unterstützungssystem soll einen „Übersetzungscode“ für all jene Referenzsysteme bereithalten, die zur lebens- und umweltwirklichen Umsetzung von Interventionen beitragen (S.17).
- ⇒ Die KJH muss die Gleichrangigkeit von Hilfesystemen und Interventionsoptionen – insbesondere gegenüber der Medizin – einfordern und praktisch handlungsleitend umsetzen (S.20).
- ⇒ Die KJH muss den Bildungsbegriff für sich erweitert definieren: Bildung soll als Befähigung zum selbstständigen Leben und als Grundlage zur Ausbildung von Handlungsfähigkeit im Sinne des Empowerment begriffen werden (S.21).
- ⇒ Die KJH muss den Autonomiebestrebungen der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer sozialen Netze stärkere Bedeutung zumessen. Autonomie-Kategorien dürfen

nicht als singuläre Outputkategorien begriffen werden, sondern sollen den Einklang von Wohnform, Mobilitätsgrad, Bildung und sozialen Kontaktmöglichkeiten darstellen (S.22).

- ⇒ Auch „aufsuchende Hilfen“ sollen wesentlicher Bestandteil einer neu zu gestaltenden KJH- Systematik sein. Dabei soll die KJH Grenzen und Zieldimensionen der Begleit- und Unterstützungsangebote unter Achtsamkeit gegenüber der Autonomie der Klientel definieren und eine Kontrollfunktion weitestgehend ausblenden (S.26/27).
- ⇒ Die KJH muss sich auch als Kooperationsmanager verstehen, indem sie für die einzelnen Disziplinen (Systeme) Begegnungsstätten schafft, die Interaktion unter einheitlichen Codes ermöglicht (S.28/29).
- ⇒ Dies gelingt nur, wenn auch die KJH nach dem Prinzip der Gleichrangigkeit aller Unterstützungssysteme agiert und sich auch in Sachwalterposition für Kinder und Jugendliche, die mit Behinderung leben oder von ihr bedroht sind, sieht, gegenüber dem weitgehend singularisierten und hoch spezialisierten Feld der Medizin und einem zu wenig entwickelten System ambulanter wohnortnaher Unterstützung. Entsprechende Angebote müssen als inklusionsfördernd ebenso eingefordert werden, wie die integrierte vorschulische und schulische Teilhabe am Bildungsgeschehen (S.30).

7 Anhang

7.1 Zum Fragebogen Stufe 2

7.1.1 Anschreiben zum Fragebogen

Dortmund, den 15. Juli 2008

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitwirkende,

im März dieses Jahres wurden Sie als Expertin bzw. Experte für das Leben von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung im Rahmen einer Delphistudie um Ihre Meinung gebeten. Mit dem Fokus auf „Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung“ sollten sie Hinweise für die Arbeit der Expertenkommission der Bundesregierung zum 13. Kinder- und Jugendbericht geben.

Bereits in der 1. Stufe der Befragung machten Sie deutlich, dass das gesunde Leben und Aufwachsen auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderung ein zentrales Element für ihre späteren Lebenschancen darstellt.

Die Sachverständigenkommission möchte für **alle Kinder und Jugendlichen gleich**, nach Lebensphasen unterschieden, die Faktoren erfassen, die für ein gesundes Aufwachsen wesentlich sind. Zugleich möchte sie unter dem Aspekt der **Verschiedenheit** (bzw. des besonderen Förderbedarfs) **bei Behinderung** die Expertise der Fachwelt (Expert/innen in eigener Sache bzw. Eltern; Selbstvertretung; Sozialleister/Verbände; Wissenschaft) möglichst multiperspektivisch erfassen und berücksichtigen.

Um die richtigen Hinweise an die Bundesregierung, und speziell an die Kinder- und Jugendhilfe, zu adressieren, in denen zukünftig ein Engagement (mehr) gefragt und notwendig sein wird, bitten wir Sie nun **erneut** um Ihre Meinung. **Die 1. Befragungsstufe hatte einen erfreulich hohen Rücklauf (über 75 %), leider aber in einem sehr langen Zeitraum. Damit die Kommission Ihre Antworten noch berücksichtigen kann, müssen wir Sie daher bitten, möglichst sofort zu reagieren.**

Die 2. Stufe des Delphi-Verfahrens setzt nun an den Zwischenergebnissen der 1. Befragungsrunde an. Bitte formulieren Sie ihre Meinung dazu in der **2. Stufe des Delphi-Verfahrens** soweit möglich im vorgegebenen Antwortraster.

Wie versprochen erhalten Sie abschließend die Endauswertung aller Expertenmeinungen als „kleines Dankeschön“. Gerne dürfen Sie Ihrem Rückmeldebogen auch weitere Informationsmaterialien beilegen. Herzlichen Dank für Ihre neuerliche Mitarbeit!

Prof. Dr. Elisabeth Elisabeth Wacker PD Dr. Rainer Wetzler Dipl. Rehapäd. Stefanie Frings

7.1.2 Delphistudie im Rahmen der Sachverständigenarbeit für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung – Zwischenauswertung Stufe 1

Vorwort

Sie erhalten hiermit aus der Zwischenauswertung der 1. Befragungsstufe abgeleitete Aussagen, zu denen wir Sie nun um Ihre Meinung bitten. Alle in die Studie eingeplanten Expertengruppen haben geantwortet, so dass der multiperspektivische Ansatz der Studie erhalten bleibt. Alle ausgewählten Experten bewerten aus ihren verschiedenen Handlungsfeldern heraus das Leitthema **Gesundheit** übereinstimmend als **zentrales Element** für spätere Lebenschancen.

Im Expertenkreis sind weiterhin:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbände/Vereine ▪ Wissenschaft ▪ Experten in eigener Sache 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungsanbieter ▪ Leistungsträger
---	--

Aufgrund der Zwischenergebnisse wurden einige Modifikationen vorgenommen: die zunächst von der Kommission vorgegebenen Altersgruppierungen wurden komprimiert, so dass sich die folgenden Kernhypothesen im Wesentlichen auf die Altersdifferenzierung

- Säuglinge und Kleinkinder/ Kindergarten- und Vorschulalter
- Schulkinder und junge Erwachsene

beziehen.

Fazit Zwischenergebnis Stufe 1

Das Zwischenergebnis macht deutlich, dass Experten im Kontext „Behinderung“ generell die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht auf eine rein kurativ-medizinische Behandlung reduzieren. Vielmehr rücken gesellschaftliche, sozialmedizinische bzw. sozial(pädagogische) Determinanten in den Blick. Inter- und transdisziplinäre sowie multiprofessionelle Interventionsmöglichkeiten, vor allem auf der strukturellen Ebene, gewinnen an Bedeutung. Hieraus lassen sich erste Hinweise und Aufgabenfelder für den zukünftigen Einsatz der Kinder- und Jugendhilfe ableiten.

7.1.3 Hinweise zum Fragebogen

Die nachfolgenden Fragen können mit Hilfe der vorgegebenen Raster beantwortet werden. Es gibt zwei Grund-Antwortraster.

⇒ Grund-Antwortraster A:

Stimme zu	<input type="checkbox"/>	<p>Hier werden Sie gebeten eine Antwortmöglichkeit anzukreuzen.</p> <p>Dies kann ggf. noch erläutert werden</p>
Stimme nicht zu	<input type="checkbox"/>	
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="checkbox"/>	

⇒ Grund-Antwortraster B:

Stimme zu, weil...	<input type="checkbox"/>	<p>Hier werden Sie gebeten eine Antwortmöglichkeit anzukreuzen.</p> <p>Diese kann bei allen drei Möglichkeiten ggf. noch erläutert werden</p>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="checkbox"/>	
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="checkbox"/>	

Am Ende jeder so genannten Fragebatterie werden die wesentlichen Aussagen durch Zwischenergebnisse in Textform ergänzt. Dort können Sie zudem die Textpassage „frei“ kommentieren.

7.1.4 Zum Untersuchungsdesign der Delphistudie im Rahmen der Sachverständigenarbeit für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung

- Stufe 2 -

Design

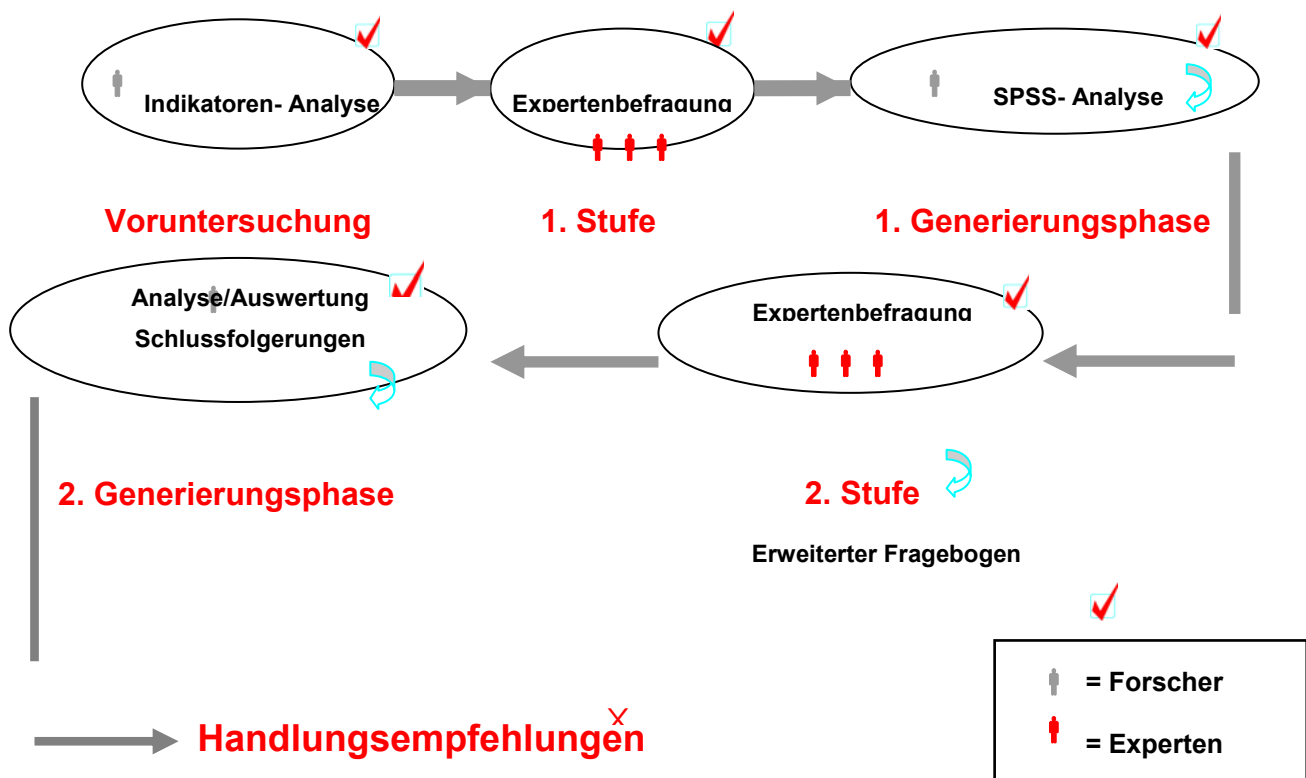
Vorgehensweise - Stufe 2

Sie erhalten ausgewählte Ergebnisse der ersten Befragungsstufe, die – in ausführlicherer Fassung - als Zwischenbericht der Kommission vorgelegt wurden. Aus den quantitativen Zwischenergebnissen wurden erste Hypothesen generiert, die Ihnen hiermit zur Kommentierung vorgelegt werden. So können weitere Kohärenzen bzw. Modifikationen deutlich werden.

Diese Aussagen sind erweitert um zusätzliche Items, die aus der 1. Befragungsstufe von den Experten selbst in Form von Kommentaren eingebracht wurden.

Insgesamt ergeben sich also folgende Forschungsschritte:

Forschungsschritte



7.2 Fragebogen

1. Die medizinische Versorgung (in Form von Prävention und Rehabilitation) bildet die grundlegende Voraussetzung für die Prävention von „Sekundärbehinderungen“.

Stimme zu	<input type="checkbox"/>
Stimme nicht zu	<input type="checkbox"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil ...	<input type="checkbox"/>

2. Die medizinische Versorgung (in Form von Prävention und Rehabilitation) ist Voraussetzung für die Verringerung von Exklusionsrisiken.

Stimme zu	<input type="checkbox"/>
Stimme nicht zu	<input type="checkbox"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="checkbox"/>

3. Medizinische Hilfesysteme sind vor allem im Säuglings- bis zum Vorschulalter von vorrangiger Bedeutung.

Stimme zu	<input type="checkbox"/>
Stimme nicht zu	<input type="checkbox"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil ...	<input type="checkbox"/>

4. Pränatale Interventionsmaßnahmen werden zu selten genutzt.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

5. Postnatale Interventionsmaßnahmen der Prävention von Behinderung werden zu selten wahrgenommen.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

6. Ressourcen der medizinischen Hilfesysteme werden nur unzureichend genutzt.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

7. Die Humangenetik als Bestandteil des Hilfesystems ist sinnvoll.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

8. Die alleinige Fokussierung auf medizinische Unterstützung bei Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist unzureichend.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

9. Die medizinische Betreuungslandschaft muss vereinfacht werden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

10. Das spezialisierte rein medizinische Interventionsfeld muss in ein interdisziplinäres und Barriere freies Netzwerk umgestaltet werden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar...	<input type="text"/>

10. Die Neustrukturierung des Netzwerkes ‚Prävention und Rehabilitation‘ muss vor allem nach dem Prinzip „aufsuchender Hilfen“ erfolgen.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

11. Das Prinzip „aufsuchender Hilfen“ gewährleistet mehr Transparenz über bestehende medizinische Interventionsfelder im direkten Umfeld des Kindes.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

12. „Aufsuchende Hilfen“ **und** obligatorische Screeningverfahren sind als elementare Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit zu sehen.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

13. „Aufsuchende Hilfen“ müssen erweitert werden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

14. Obligatorische Screenings müssen erweitert werden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

15. „Aufsuchende Hilfen“ sind für die Altersspanne von 0-6 Jahren besonders wichtig.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

16. Eltern müssen zu „Experten“ qualifiziert werden (Elternschulung).

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

17. Eltern müssen als „Erst-Experten“ beraten werden (Elternberatung).

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

18. Das soziale Umfeld der Kinder muss als wesentliches Präventions- und Rehabilitationsfeld wahrgenommen werden.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

19. Das medizinische Interventionsfeld benötigt „Co-Experten“ aus dem Umfeld des Kindes für eine optimierte Präventions- und Rehabilitationsgestaltung.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

20. Kindergärten/Tageseinrichtungen sollen in den Fokus der Neustrukturierung der Präventions- und Rehabilitationssystematik rücken.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

Die frühe und gezielte medizinische Förderung der Kinder soll mit der Unterstützung und Entlastung von Familien verknüpft werden. Eine Begleitung der Kinder durch ihre Eltern als „erste Experten“ ist unerlässlich. Angebote zur Elternqualifizierung sind in den medizinischen Zentren und durch die Ausweitung von „aufsuchenden Hilfen“ zukünftig zu realisieren.

Zusätzlich müssen diejenigen qualifiziert werden, die im direkten Umfeld des Kindes agieren (so z.B. ErzieherInnen u.ä.). Hierbei sollen vor allem die Krankenkassen stärker in die Verantwortung genommen werden, auch um eine tatsächliche Dichte des neuen Netzwerkes zu erreichen. Die dafür sinnvollen Zentren sind einzubetten in andere Aktionsprogramme von Kommunen, Land und Bund.

22. Faktoren der Gesundheit werden mit zunehmendem Alter mehr an soziale Kategorien gebunden.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

23. Im Schulkindalter bis hin zum jungen Erwachsenenalter sind es vor allem „Sekundärbehinderungen“ die Gesundheits- und Exklusionsrisiken beeinflussen.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

24. Mit dem schulpflichtigen Alter nimmt die Dominanz des medizinischen Interventionsrepertoires als Primärstrategie der Prävention und Rehabilitation ab

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar...	<input type="text"/>

25. Das soziale Categoriesystem richtet sich vornehmlich auf die Prävention und Rehabilitation von „Sekundärbehinderungen“, damit weitere Exklusions- und Gesundheitsrisiken reduziert werden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

26. Soziale Unterstützungssysteme sind in der Phase der Adoleszenz von vorrangiger Bedeutung.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

27. Der Grad der Autonomie nimmt Einfluss auf die Gesundheit.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

28. Autonomie manifestiert sich im Jugendalter durch Möglichkeiten der Mobilität.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

29. Autonomie manifestiert sich im Jugendalter im Bereich des Wohnens.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

30. Peergroups (gleichaltrige Freundeskreise) außerhalb der Familie sind ein wichtiger Bestandteil der Gesundheits- und Copingprozesse.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

31. Autonomie ist eng an Bildung gebunden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

32. Bildung muss bei der Konzeption und Realisierung von Teilhabeaktivitäten als Gesundheit erhaltender Faktor wahrgenommen werden.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

33. Je jünger die Kinder sind, desto intensiver muss sich die Bildungsebene auf das Referenzsystem (die direkte Umgebung) des Individuums konzentrieren.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

34. Je älter die Kinder werden, desto intensiver muss sich die Bildungsebene auf das Individuum selbst konzentrieren.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

35. Bildung umfasst Aufklärung in Bezug auf Suchtprävention.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

36. Bildung umfasst Aufklärung hinsichtlich einer Missbrauchsprävention.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

37. Bildung umfasst Aufklärung hinsichtlich der Mobbingprävention.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

38. Die Kinder- und Jugendhilfe muss sich von einer rein individuenzentrierten Betrachtung lösen und das individuelle Referenzsystem in ihre Aktivitäten einbeziehen.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

39. Die Kinder- und Jugendhilfe soll auf standardisierte Interpretationsmuster (Kategorisierungen, Diagnosen) verzichten.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

40. Die medizinische Sichtweise bleibt grundlegend bedeutend, muss aber durch die Einbettung in die Umwelt dem Prinzip der Ganzheitlichkeit gerecht werden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

41. Die Kinder- und Jugendhilfe muss sich zukünftig als Systemmanager begreifen.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

42. Soziale Hilfesysteme sind in der Phase der Adoleszenz von vorrangiger Bedeutung.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

43. Die Kinder- und Jugendhilfe darf sich insgesamt nicht als Monolith verstehen, sondern muss sich vernetzt ausrichten.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

44. Den interdisziplinären und multikausalen Einflussdeterminanten der Gesundheit muss durch den entsprechenden Einsatz heterogener Akteure Rechnung getragen werden.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

45. Bildung wird zum zentralen Element zukünftiger Problem- und Aufgabenfelder der Kinder- und Jugendhilfe.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

46. Eine adäquate Aus- und Fortbildung der ErzieherInnen/LehrerInnen führt zur Verbesserung der Prävention.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

47. Insbesondere die (Förder-)Diagnostik, Sprach- und Bewegungserziehung stehen im Mittelpunkt der Fortbildungsbedarfe.

Stimme zu	<input type="text"/>
Stimme nicht zu	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

48. Die Betreuungslandschaft muss vereinfacht (Stichwort: „Hilfe aus einer Hand“) strukturiert werden.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

49. Die materielle Basis zur Unterstützung sollen Geldleistungen (Persönliches Budget) statt Sachleistungen bilden.

Stimme zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme nicht zu, weil...	<input type="text"/>
Stimme z. T. zu und zwar weil...	<input type="text"/>

Mehrheit der Experten nicht gesehen. Wesentlich ist vielmehr allerorts, dass Hilfe nach Maß (individualisierte und gut vernetzte Leistung) erfolgt.

Ausblick

Falls wesentliche Elemente für die Gesundheit von Mädchen und Jungen mit Behinderung aus Ihrer Sicht in der Studie bisher nicht berücksichtigt wurden, bitte äußern Sie sich dazu frei.

7.3 Altersklassifizierungen

Säuglinge und Kleinkinder	AltStuf 1	0 bis 3 Jahre
Kindergarten- und Vorschulalter	AltStuf 2	3 bis 6 Jahre
Schulkinder	AltStuf 3	6 bis 12 Jahre
Jugendliche im Schulalter	AltStuf 4	12 bis 16 Jahre
Heranwachsende	AltStuf 5	16 bis 25 Jahre

7.4 Register zum Expertenkreis

Verbände/Vereine	⇒ V&V
Wissenschaft	⇒ W/Uni
Experten in eigener Sache	⇒ Exp.i.e.S.
Leistungsanbieter	⇒ L.A.
Leistungsträger	⇒ L.T.
Expertengruppenübergreifend	⇒ ExpGü

Prof. Dr. Elisabeth Wacker, PD Dr. Rainer Wetzler und Stefanie Frings
sind an der Technischen Universität Dortmund, Rehabilitationssoziologie