

Thesenpapier der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ im Rahmen der U 25-Konferenz:

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Herr Dr. Claus, Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Köln-Holweide
Herr Ellerbrock, Sozialraumkoordinator Chorweiler
Herr Geiß, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Chorweiler, „Kindernöte“ e. V.
Herr Dr. Leidel, Leiter Gesundheitsamt
Herr Nolden, niedergelassener Kinder- und Jugendtherapeut, „Kindernöte“ e. V.
Herr Dr. Schäfer, Kinder- und Jugendpsychologe am Gesundheitsamt
Frau Zscharnack, Geschäftsführung U 25 Konferenz

Vorbemerkung:

Die Arbeitsgruppe befasste sich auftragsgemäß mit den gesundheitlichen Gründen für die Schwierigkeiten junger Menschen unter 25 Jahren, Ausbildungs- bzw. Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden. Unter gesundheitlichen Gründen werden alle körperlichen, seelischen (Psyche und Persönlichkeitsmerkmale betreffenden) sowie geistigen (das intellektuelle Leistungsvermögen betreffenden) Eigenschaften bezeichnet, die mit den Anforderungen des Arbeitsmarktes kollidieren.

Untersuchungen des Kölner Gesundheitsamtes zu den gesundheitlichen Gründen länger bestehender Arbeitslosigkeit bestätigten die auch andernorts festgestellten Erkenntnisse, dass bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern körperliche Erkrankungen vor allem des Skelett- und Bewegungsapparates im Vordergrund stehen, während bei den unter 25-jährigen gravierende psychische Störungen überwiegen. Diese Störungen haben im Allgemeinen eine Vorgeschichte, sie sind Ergebnis einer Entwicklung, die meist bereits in der frühesten Kindheit beginnt.

Medizinischer Hintergrund – „neue Kinderkrankheiten“:

Seit etwa 30 Jahren wird in der Kinderheilkunde ein auffälliger Wandel im Krankheitsspektrum bei Kindern beobachtet. In einer 1975 erschienenen wissenschaftlichen Arbeit des amerikanischen Pädiaters Robert J. Haggerty und seiner Co-Autoren (Haggerty, 1975) wurde hierfür erstmals der Begriff „New Morbidity“ geprägt, der seitdem als „Neue Morbidität“ oder „neue Kinderkrankheiten“ auch in Deutschland - vor allem in der Fachwelt - akzeptiert und gebräuchlich ist. In Politik und Gesellschaft sind diese medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse allerdings noch zu wenig bekannt und werden deswegen noch zu selten zur Grundlage eines entsprechenden Handelns.

Tatsächlich sind Kinder heute im landläufigen Sinne „gesünder“. Sie leiden seltener an „klassischen“ Erkrankungen (wie z. B. Unterernährung, Mangelkrankheiten, Infektionen). Das Krankheitsspektrum hat sich verschoben

- von akuten zu chronischen Krankheiten und
- von körperlichen zu seelischen Störungen.

Die chronischen Krankheiten sind vielfach die Folge von allergischen Erkrankungen, falschen Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel.

Bei den eigentlichen „neuen Kinderkrankheiten“ handelt es sich jedoch um die vielfältigen Erscheinungen von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen: Störungen der emotionalen und psychischen Entwicklung, Störungen des Sozialverhaltens, Störungen im Bereich der motorischen sowie der kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Diesen Störungen liegen zum Teil organische, genetische oder andere körperliche Ursachen zu Grunde. Sehr oft sind sie aber „soziogen“, haben ihre Ursache also in den Interaktionen des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, mit dem Kind.

Soziogene Entwicklungsauffälligkeiten

Es kann als sicher angesehen werden, dass Kinder mit soziogenen Entwicklungsstörungen deutlich mehr Schulschwierigkeiten haben, deutlich häufiger die Schule abbrechen bzw. nur niederrangige Schulabschlüsse erwerben als Kinder ohne derartige Störungen. Sie stehen am Ende der Schullaufbahn fast ohne jede Chance auf einen Arbeitsplatz bzw. eine Ausbildungsstelle da, sie sind deutlich mehr drogengefährdet und deutlich häufiger delinquent (U. Fegeler, 2008). Aus dem Kreis dieser Kinder mit soziogenen Entwicklungsstörungen stammt also ein Großteil der Zielgruppe für die U 25-Konferenz.

Die wichtigsten Faktoren, die zu solchen soziogenen Störungen führen können, sind bekannt und grundsätzlich erkennbar. Vielfach sind die hierauf beruhenden Störungen behandelbar, wobei Interventionen umso erfolgreicher sind und einen um so geringeren Aufwand erfordern, je früher die Störungen erkannt werden und die Intervention einsetzt.

Die Faktoren betreffen z. T. die äußeren Lebensumstände wie z. B.

- Niedriger Sozialstatus, Armut
- Unvollständigkeit oder Instabilität der Familie
- Schlechte Wohnverhältnisse
- Minderheitenstatus und Ausgrenzung
- Eingeschränkte Bildungschancen

sowie soziale Interaktionen, insbesondere

- Unerwünschtheit des Kindes
- Wenig oder einseitige Anregung
- Psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Bezugsperson(en)
- Gewalterfahrungen der Eltern
- Überforderung der Eltern (bzw. des Kindes).

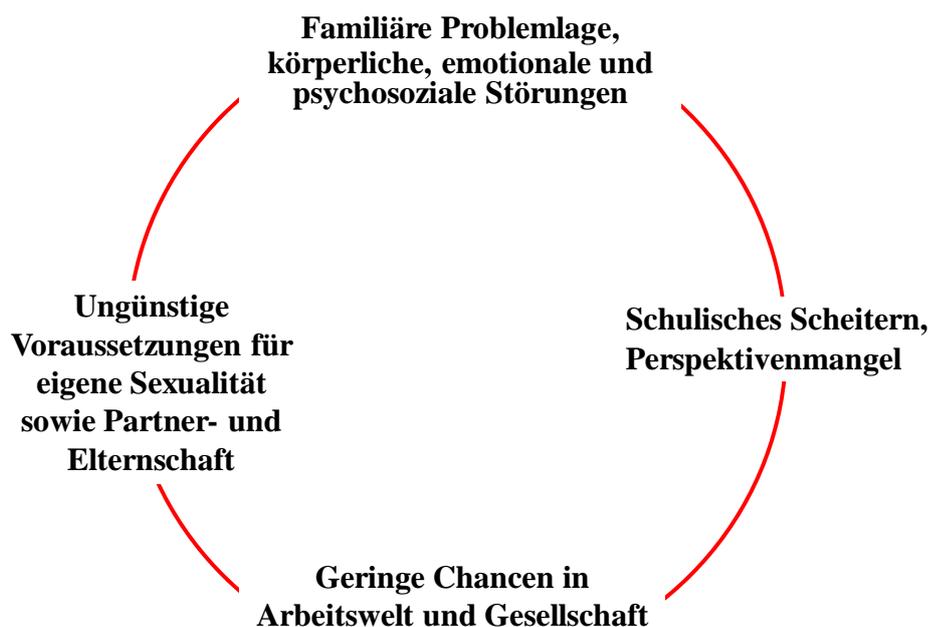
Mit der Zahl der vorhandenen Risikofaktoren steigt das Risiko des Kindes deutlich an. Es gilt also, das Vorliegen gravierender Risikokonstellationen und sich daraus ergebende Gefährdungen des Kindeswohls frühzeitig zu erkennen, um entsprechende Hilfen erbringen bzw. vermitteln zu können.

Ohne eine entsprechende Intervention besteht die Gefahr, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen, psychischen, kognitiven und motorischen Entwicklungsstörungen durch eine dauernde Fehlanpassung zu manifesten psychischen Störungen und Erkrankungen weiterentwickeln (s. u. „Bella-Studie“).

Ein in diesem Zusammenhang bislang noch zu wenig beachteter Aspekt ist die sich aus dem beschriebenen Sachverhalt ergebende Konsequenz, wenn die betroffenen Jugendlichen mit ihren negativen Erfahrungen und Einstellungen sowie ihren Verhaltensproblemen und Entwicklungsauffälligkeiten selbst wiederum sexuell aktiv werden, Partnerschaften eingehen und Eltern werden. Ohne entsprechende Information und Unterstützung kann sich dann leicht ein Teufelskreis schließen, der eine wesentliche Ursache dafür beschreibt, dass nachteilige Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen so oft familiär weitergegeben werden und dass die soziale Herkunft gerade in Deutschland im internationalen Vergleich so ausschlaggebend ist für die Zukunftschancen der nachwachsenden Generation.

Kreismodell ungünstiger Entwicklungen

Der geschilderte Sachverhalt ist im Folgenden als Kreismodell nochmals dargestellt:



In der vollen Ausprägung dieses Modells erfolgt eine Betrachtung der wirksamen Bedingungen von vorgeburtlicher Entwicklung und Geburt an, über die frühe Kindheit, die Vorschulzeit, die Schulausbildung, den Übergang in Berufsausbildung und -tätigkeit sowie die Phase der eigenen Familiengründung mit den jeweils möglichen Entwicklungsbedingungen für die nächste Generation.

Kinder bzw. Jugendliche können diesen „Teufelskreis“ durch Resilienzfaktoren (s.u.) oder durch geeignete Hilfen und Interventionen an vielen Stellen auch wieder verlassen, wodurch ihre eigenen Zukunftschancen und die ihrer Kinder erheblich verbessert werden.

Dabei gilt, dass die Erfolgsaussichten umso größer und der notwendige Aufwand umso geringer sind, je früher eine Unterstützungsmaßnahme einsetzt. Für manche frühe Entwicklungsprozesse (u. a. Bindungsfähigkeit, Fähigkeit zu stabilem Vertrauen) gibt es nur relativ kurz bemessene „Zeitfenster“. Wird diese knappe Zeit nicht genutzt, sinkt die Wahrscheinlichkeit, entsprechende Entwicklungsstörungen nachhaltig beheben zu können, rasch ab.

Kinder und Jugendliche mit anlagebedingter Minderbegabung

Über der Zunahme soziogener Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen darf ein anderer Aspekt nicht in Vergessenheit geraten: Eine quantitativ nicht eindeutig bestimmbare, jedoch sicher nicht zu vernachlässigende Zahl von Kindern und Jugendlichen zeigt ein breites Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen, die offenbar häufig mit chronischer Überforderung in verschiedenen Lebensbereichen korreliert sind, insbesondere mit schulischer Überforderung. Hiervon betroffen sind vor allem Kinder mit anlagebedingt reduzierten intellektuellen Leistungsvoraussetzungen („Begabung“). Es spricht viel dafür, dass diese Kinder anders als solche mit einer soziogenen Entwicklungsstörung oder sozialer Benachteiligung nicht von einer möglichst späten Differenzierung der Schullaufbahn profitieren. Im Idealfall sollte sich das Schulsystem den Leistungsvoraussetzungen der Kinder und Jugendlichen flexibel anpassen.

Hierfür könnten frühzeitige und fachlich angemessene Testuntersuchungen der individuellen Leistungsvoraussetzungen dienen, wodurch wahrscheinlich die Zahl der Schulverweigerer und der chronisch Überforderten vermindert werden würde. Fachlich angemessene Abklärung heißt u.a. die diagnostische Differenzierung zwischen tatsächlichen mentalen oder anderen Fähigkeitsdefiziten von Kindern und Jugendlichen und dem durch die Sekundärstörung bereits veränderten Leistungsverhalten. Das gilt insbesondere für langfristig ungünstige Verläufe.

Das Fehlen solcher Regelungen führt in Einzelfällen dazu, dass lernbehinderte oder gar geistig behinderte Kinder und Jugendliche insbesondere in höheren Klassen des Regelbereiches erhebliche Probleme haben. Das dort vorausgesetzte selbstständige Arbeiten ist mit chronischer Überforderung dieser Kinder und der ständigen Erfahrung von Versagen und persönlichen Defiziten verbunden. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung psychischer Störungen mit allen Konsequenzen wie z. B. eingeschränkten Zukunfts-, Ausbildungs- und Berufschancen.

Also: Während die Mehrzahl der normal begabten Kinder mit soziogenen Störungen bzw. sozialen Benachteiligungen von Förderung und eher spät erfolgender Differenzierung profitieren, erweist sich für anlagebedingt minder begabte Kinder, deren intellektuelle Leistungsfähigkeit in der weiteren Biographie kaum veränderbar ist, der Verbleib in einer Situation von Überforderung und Versagenerfahrung als schädlich.

Statistische und sozio-epidemiologische Daten, „Bella-Studie“

Nach der „Bella-Studie“, einer Teilstudie des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts leiden ca. 22% aller Kinder und Jugendlichen von 7 bis 17 Jahren an gravierenden psychischen Auffälligkeiten. Dabei stehen Angststörungen

(10 %), gravierende Störungen des Sozialverhaltens (7,6 %) und Depressionen (5,4 %) im Vordergrund, eine diagnostizierte ADHS-Störung hatten 2,2 % (Ravens-Sieberer, U. 2007).

Zusammenhang von Sozialstatus, gesundheitlicher Situation und Zukunftschancen

In der KIGGS-Studie sollten Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken der Kinder und Jugendlichen auch im Hinblick auf soziale Ungleichheiten analysiert werden. Hierzu wurde der soziale Status der Eltern anhand der Kriterien Schulbildung bzw. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung und Haushaltseinkommen ermittelt und drei Statusgruppen zugeordnet: „niedriger Sozialstatus“ (27,5 % aller Kinder und Jugendlichen), „mittlerer Sozialstatus“ (45,4 %) und „hoher Sozialstatus“ (27,1 %). Bei der Verteilung der psychischen Störungen zeigte sich eine deutliche Abhängigkeit vom Sozialstatus und eine Benachteiligung von Kindern mit niedrigem Sozialstatus (31,2 %) gegenüber denjenigen mit mittlerem (20,9 %) und hohem Sozialstatus (16,6 %).

In der „Bella-Studie“ wurde bei der Befragung der Eltern festgestellt, dass nur 48,5 % aller von einer psychischen Störung betroffenen Kinder in einer entsprechenden Behandlung sind. Dies hängt nicht nur mit einer gravierenden psychotherapeutischen Unterversorgung mit langen Wartezeiten für Kinder zusammen (Richter, 2007), sondern auch mit der Einstellung der Eltern zu solchen Maßnahmen: Nur ca. die Hälfte aller Eltern, die für ihr Kind eine psychische Störung bejahten, erklärten anschließend auch, sie würden die Notwendigkeit einer entsprechenden psychologischen, psychotherapeutischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sehen. Die mit einer solchen Erkrankung verbundene schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe der Kinder wird von einem hohen Anteil der Eltern offenbar erheblich unterschätzt. Auch in diesem Zusammenhang besteht ein sozialer Gradient. Kinder mit niedrigem Sozialstatus befinden sich signifikant häufiger nicht in einer angemessenen Behandlung als Kinder mit hohem Sozialstatus.

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Lebensbedingungen und dem Gesundheitszustand von Kindern wird auch in einem anderen Zusammenhang deutlich: Geringes Einkommen führt über schlechtere Wohnbedingungen und Freizeitangebote, geringeren Bildungsstand, weniger bewusstes Gesundheitsverhalten und geringere Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsangeboten (U-Untersuchungen, Impfungen) zu häufigeren und gravierenderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zu höheren Erkrankungsraten von Kindern, d.h. die soziale Lage ist in mehrfacher Hinsicht eine Determinante der Kindergesundheit. Bei einer Verschärfung sozio-ökonomischer Problemlagen und bei wachsender Kinderarmut wird dieser Zusammenhang mehr und mehr augenfällig und gewinnt an bedrückender Bedeutung.

Sozialraum Chorweiler

Es ist daher anzunehmen, dass in einem Sozialraum mit den Strukturmerkmalen wie Köln-Chorweiler das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen gerade im emotionalen und psychischen Bereich über dem Durchschnitt von 22 % liegt.

Dies kann z.Z. noch nicht mit repräsentativen Daten aus Chorweiler belegt werden. Aus einer Reihenuntersuchung aller in die Eingangsklasse einer Hauptschule in Chorweiler aufgenommenen Schüler durch den Schulpsychologischen Dienst der Stadt im November 2007 (N = 65) sind aber folgende Eckdaten bekannt:

| | |
|---|------|
| Sonderpädagogischer Förderbedarf (IQ <70): | 9 % |
| Lerntherapeutischer Förderbedarf: | 35 % |
| Verdacht auf ADHS: | 21 % |
| Unterdurchschnittliche Leseleistung: | 69 % |
| Unterdurchschnittliche Rechtschreibleistung: | 35 % |
| Lese-Rechtschreibstörung: | 9 % |
| Dyskalkulie: | 8 % |
| Manifeste Ängste, Prüfungs- und Zukunftsängste: | 55 % |
| Schulunlust: | 43 % |

Die doppelte Selektion durch die beiden Merkmale „Stadtteil Chorweiler“ und „Hauptschule“ führt offensichtlich zu deutlich erhöhten Merkmalsausprägungen z.B. bei Ängsten (55 %), während in der repräsentativen „Bella-Studie“ nur 10 % unter Angststörungen leiden (auch wenn die unterschiedlichen Erhebungsmethoden hier berücksichtigt werden müssen).

Aus dem **AK Sozialraum** sind folgende Zahlen und Informationen mitgeteilt worden, welche die Brisanz der Lage von Arbeitslosen unter 25 Jahren im Sozialraum Köln-Chorweiler weiter unterstreichen:

- 26 % der Arbeitslosen (U 25) haben keinen Schulabschluss,
- 33,1 % haben „erhöhten Stabilisierungsbedarf“,
- 44,3 % gelten als „integrationsfern“,
- 50 % der eingeladenen Schulabgänger haben die Info-Veranstaltung der Berufsschulkollegs nicht besucht.

Die Lage Jugendlicher am Arbeitsmarkt und im Übergangssystem

Nach Welters (2008) ist die Ausgangslage von Jugendlichen im Übergangssystem gekennzeichnet durch eine deutlich veränderte Sozial- und Bildungsstruktur bei Schulabgängern: Der Anteil von Jugendlichen aus sog. „bildungsfernen“ Familien steigt ebenso an wie der Anteil von Jugendlichen mit Migrationshintergrund (in Köln z.Z. ca. 42 %, bis 2015 auf ca. 60 % steigend). Die Lage von Migranten ist nicht per se sondern dadurch problematisch, dass viele Migranten aus bildungsfernem und sozioökonomisch benachteiligtem Umfeld stammen.

Die Marktsituation für Arbeitnehmer hat in den vergangenen Jahren zur Ausgrenzung ganzer Zielgruppen geführt, bei Jugendlichen vor allem der Hauptschulabgänger, der Förderschulabgänger und besonders der Jugendlichen aus Familien mit prägender Arbeitslosigkeit, d.h. Familien ohne Vorbilder arbeitender Bezugspersonen („Arbeitslosigkeit als Lebensentwurf“). 15 % aller Jugendlichen in Köln sind davon betroffen.

Die ausscheidenden älteren Arbeitnehmer sind durchschnittlich gebildeter als die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden nachfolgenden jungen Arbeitnehmer. Der Anteil Jugendlicher ohne formalen Schulabschluss steigt ständig (z.Z. ca. 10 %).

Die Vielfalt der Problemlagen von Jugendlichen im Übergangssystem macht entsprechend komplexe, frühzeitige und angepasste Hilfen und Angebote erforderlich, welche oft Lernprozesse der Kinder und Jugendlichen überhaupt erst ermöglichen. Die

Regelangebote sind hilfreich für etwa 80 % der Jugendlichen, an der Lebenswirklichkeit von ca. 20 % der Jugendlichen gehen diese Angebote jedoch vorbei, d.h. für diese Gruppe müssen präventive und individuelle Angebote entwickelt werden.

Eine Initiative der Bundesregierung, die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQUA) versucht mit dem Grundsatz „Wertschöpfung durch Wertschätzung“ Projekte im Übergangmanagement Schule/Beruf zu fördern. Projekte wie „Verbesserung des Übergangsmagements Schule/Beruf und der Arbeitsmarkschancen für junge Migrantinnen“ befassen sich mit der U 25-Klientel. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) bearbeitet die Katholische Fachhochschule NW das Projekt „Kulturelle Vielfalt als Impuls für Entwicklung und Wachstum.“ Modellregionen sind Köln und Dresden, wo zwei regionale Arbeitsgruppen tagen, die sich aus Schulen, Beratungsinstitutionen, Wirtschaft, Verbänden und Migrantenselbstorganisationen zusammensetzen. Hier soll Wertschätzung als Grundhaltung für die Entwicklung von Potentialen und Ressourcen erprobt werden.

Gesundheit als Voraussetzung für soziale Teilhabe, ICF

Gesundheit wird vielfach als „konditionales Gut“ bezeichnet, da Gesundheit auch eine Voraussetzung für Handlungsmöglichkeit und für soziale Teilhabe ist.

In dem hier angesprochenen Kontext wird dieser Zusammenhang besonders deutlich: soziogene gesundheitliche Einschränkungen führen zu wesentlich schlechteren Chancen auf einen guten Schulabschluss, auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz sowie auf eine entsprechende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Solche Zusammenhänge lassen sich prinzipiell international einheitlich und standardisiert mittels der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, **ICF**, 2005) beschreiben. Allerdings ist die Anwendung der ICF auf diese Thematik in der Praxis noch kaum etabliert.

Zur Erläuterung wird im Folgenden aus der deutschen Ausgabe der ICF, Stand von 2005, zitiert:

„Die ICF gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit. Die WHO-Familie der Internationalen Klassifikationen stellt einen Rahmen zur Kodierung eines breiten Spektrums von Informationen zur Gesundheit zur Verfügung (z.B. Diagnosen, Funktionsfähigkeit und Behinderung, Gründe für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung) und verwendet eine standardisierte allgemeine Sprache, welche die weltweite Kommunikation über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften ermöglicht.

Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) werden innerhalb der Internationalen Klassifikationen der WHO hauptsächlich in der ICD-10 (Kurzbezeichnung für die Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) klassifiziert,4 die einen ätiologischen Rahmen liefert.

Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, sind in der ICF klassifiziert. Deshalb ergänzen die ICD-10 und die ICF einander.“

Und weiter heißt es:

„Es wurde eine Vielfalt von Konzepten und Modellen zum Verständnis und zur Erklärung von Funktionsfähigkeit und Behinderung vorgeschlagen. Diese können in einer Dialektik von „medizinischem Modell“ und „sozialem Modell“ ausgedrückt werden. Das medizinische Modell betrachtet „Behinderung“ als ein Problem einer Person, welches unmittelbar von einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird, das der medizinischen Versorgung bedarf, etwa in Form individueller Behandlung durch Fachleute. Das Management von Behinderung zielt auf Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung des Menschen ab. Der zentrale Anknüpfungspunkt ist die medizinische Versorgung, und vom politischen Standpunkt aus gesehen geht es grundsätzlich darum, die Gesundheitspolitik zu ändern oder zu reformieren.

Das soziale Modell der Behinderung hingegen betrachtet Behinderung hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und im Wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft. Hierbei ist „Behinderung“ kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Daher erfordert die Handhabung dieses Problems soziales Handeln, und es gehört zu der gemeinschaftlichen Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation [Teilhabe] der Menschen mit Behinderung an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist. Das zentrale Thema ist daher ein einstellungsbezogenes oder weltanschauliches, welches soziale Veränderungen erfordert. Vom politischen Standpunkt aus gesehen wird dieses Thema zu einer Frage der Menschenrechte. Für dieses Modell ist Behinderung ein politisches Thema.

Das Konzept der ICF basiert auf einer Integration dieser beiden gegensätzlichen Modelle. Um die verschiedenen Perspektiven der Funktionsfähigkeit zu integrieren, wird ein „biopsychosozialer“ Ansatz verwendet. Die ICF versucht eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglicht.

Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Er ist damit umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX. Um Missverständnisse zu vermeiden, empfiehlt die ICF daher, im Sozialbereich in Deutschland nur den Behinderungsbegriff des SGB IX, der überwiegend dem „medizinischen Modell“ folgt, zu verwenden. Gleichwohl wird die Analogie zwischen „Behinderung“ im Sinne des SGB IX und dem sozialen Modell einer Hinderung an sozialer Teilhabe deutlich.

Resilienz

Kinder, die in Risikokonstellationen geboren werden und aufwachsen, entwickeln nicht zwangsläufig schwere soziogene Entwicklungsstörungen. Manche Kinder durchlaufen eine gesunde, positive Entwicklung trotz entsprechender Risikokonstellationen. Diese psychische Widerstandsfähigkeit oder Unverwundbarkeit wird als Resilienz bezeichnet (von engl. resilience: Unverwüstlichkeit).

Nach heutiger wissenschaftlicher Überzeugung ist Resilienz kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine Fähigkeit, die im Verlauf der Entwicklung im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion erworben wird (Rutter 2000). Resilienz bedeutet auch keine stabile Immunität, sondern kann über Zeit und Situationen hinweg variieren. Kinder können zu einem Zeitpunkt resilient erscheinen und dennoch bei anderer Gelegenheit (etwa bei Entwicklungsübergängen wie dem Übergang vom Kindergarten in die Grundschule oder auch in der Pubertät) sehr verwundbar sein.

An bedeutsamen Untersuchungen zur Resilienzforschung sollen hier insbesondere die .Mannheimer Risikokinderstudie. (Laucht, 2000) sowie die .Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Lösel 1999) angeführt werden.

Als sog. Pionierstudie der Resilienzforschung gilt die Längsschnittstudie unter Leitung von Emmy Werner und Ruth Smith (2001) auf der Hawaiianischen Insel Kauai. Bei dieser Studie hat man den kompletten Geburtsjahrgang von 1955 auf der Insel Kauai, d.h. 698 Kinder, über 40 Jahre hinweg begleitet. Die Daten wurden zu verschiedenen Zeitpunkten erfasst: im Geburtsalter sowie im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren. Bei ca. einem Drittel des Geburtsjahrganges konnte ein hohes Entwicklungsrisiko festgestellt werden: Sie waren vor ihrem zweiten Lebensjahr bereits vier und mehr Risikobedingungen, also multiplen Risikobelastungen, ausgesetzt (z.B. chronische Armut, Geburtskomplikationen, ein geringes Bildungsniveau der Eltern, elterliche Psychopathologie, chronische familiäre Disharmonie).

Zwei Drittel dieser Hochrisikokinder zeigten dann im weiteren Entwicklungsverlauf wie erwartet schwere Lern- und Verhaltensstörungen, wurden straffällig oder wiesen frühe Schwangerschaften auf. Das restliche Drittel (72 Kinder) entwickelte sich jedoch trotz dieser erheblichen Risikobelastung zu zuversichtlichen, selbstsicheren und leistungsfähigen Erwachsenen. Auf der Suche nach den Wurzeln für diese günstigen Entwicklungsverläufe konnten die Autoren dann erstmals sog. Resilienzfaktoren identifizieren (nach C. Wustmann, 2005).

Zu diesen Resilienz- oder Schutzfaktoren gehören

A: Persönlichkeitsmerkmale des Kindes:

- Optimismus,
- hohes Antriebsniveau, Ausgeglichenheit, Geselligkeit u.a.
- Mindestens durchschnittliche Intelligenz,
- Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserwartung,
- Glaube/Religiöse Überzeugung

B: Soziale Ressourcen (Familie und Umfeld):

- Positive Modelle für Bewältigungsverhalten,
- Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson,
- Stabiles soziales Milieu,
- Bindung an sichernde Erwachsene
- Wohlwollen und Unterstützung im Umfeld

C: Interaktionale Faktoren:

- Lernendes Bewältigen von Entwicklungsaufgaben,
- Kommunikationsfähigkeit,
- „Wendepunkte“ im Erwachsenenalter

Verschiedene Schutzfaktoren (z.B. Bindungsqualität, Bildung u.a.) sind z.T. veränderbar und bieten daher konkrete Ansatzpunkte für gezielte Interventionsstrategien.

Eine besondere Bedeutung kommt unter den Resilienzfaktoren der sog. Selbstwirksamkeitserwartung (SWE = Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen zu können) zu. Es handelt sich dabei um ein gut untersuchtes Persönlichkeitsmerkmal von Menschen, das mit der Verarbeitung von verschiedenen Belastungsformen korreliert: Personen mit hoher SWE sind davon überzeugt, auch in schwierigen Lebenssituationen selbstständig handeln zu können und damit etwas zu bewirken. Solche Individuen zeigen unter Belastung z.B. größere Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, sie sind weniger anfällig für die Entwicklung von Angststörungen oder von Depressionen. Sie sind weiter im Feld von Ausbildung und Beruf nachgewiesen erfolgreicher. Für das Thema U 25 ist dabei besonders interessant, dass wirksame Interventionsstrategien entwickelt wurden, um Selbstwirksamkeitserwartung zu verbessern (vgl. zusammenfassend Berth et. al. 2005).

Im Modellversuch Selbstwirksame Schulen (Schwarzer, 1999) wurde die Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern und Schülern wiederholt untersucht und die Effektivität von Trainingsprogrammen überprüft. Die zehn beteiligten Schulen entschlossen sich nach Abschluss des Projektes zur Gründung eines Vereins (Verbund Selbstwirksamer Schulen e. V.), um weiter zu kooperieren.

Interventionsmöglichkeiten

In dem vorliegenden Arbeitspapier wird hauptsächlich dargestellt, welche Ursachen und Entwicklungsprozesse dazu führen oder zumindest maßgeblich dazu beitragen, dass Jugendliche und junge Erwachsene (U 25) geringere Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz haben. Hierauf basierend wird versucht, Empfehlungen auszusprechen, die solchen Entwicklungen entgegenwirken. Dadurch wird der präventive Charakter vieler Interventionsmaßnahmen betont.

Die Arbeitsgruppe verkennt aber keineswegs, dass auch Maßnahmen erforderlich sind, die die Chancen der aktuell von dieser Problematik Betroffenen verbessern und die man in der Terminologie von Prävention und Therapie eher als „therapeutisch“ bezeichnen würde. Dabei gibt es einen fließenden Übergang zwischen vorrangig präventiven und bereits als „therapeutisch“ anzusehenden Maßnahmen gegen Ende der Schulzeit.

Schließlich besteht aber noch das Problem, dass es nicht wenige junge Menschen gibt, bei denen die Diskrepanz zwischen ihren persönlichen Voraussetzungen und den Anforderungen des Arbeitsmarktes so gravierend sind, dass sie kaum erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können. Hier werden – um im Bild zu bleiben – Maßnahmen der Rehabilitation und Eingliederung erforderlich. Dies wird allerdings nur zum geringeren Teil durch eine Verbesserung der persönlichen Voraussetzungen und Leistungsfähigkeit geschehen können. Wichtiger erscheint die Bereitstellung von auch für leistungsgeminderte Personen geeigneten Arbeitsplätzen. Dieser Aspekt ist deshalb so wichtig, weil auch die Teilgruppe der jungen Erwachsenen (U 25) mit sehr ungünstigen Lern- und Entwicklungsbedingungen nicht von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen werden soll. Zahlreiche quantitative (statistische) und qualitative Hinweise (Beobachtungen) sprechen aktuell jedoch dafür, dass die Ausgrenzung dieser Teilgruppe faktisch eher zunimmt. Es ist nach Überzeugung der Arbeitsgruppe eine gesellschaftliche und politische Herausforderung, auch diesen jungen Menschen eine Perspektive zu bieten und sie positiv in das gesellschaftliche Leben zu integrieren.

Der medizinisch-therapeutische Reflex und seine begrenzte Wirksamkeit

Wenn in diesem Zusammenhang von Prävention, Therapie und Rehabilitation die Rede ist, so muss einem Missverständnis vorgebeugt werden. Zwar ist die Feststellung und differentialdiagnostische Abklärung von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit mit Auswirkungen auf die Zukunftschancen der Kinder eine medizinische Aufgabe. Jedoch führt der medizinisch-therapeutische Reflex mit der ärztlichen Verordnung von Logotherapie, Ergotherapie und anderen entwicklungstherapeutischen Maßnahmen bei soziogenen Störungen zumeist in die Irre. Der folgende Abschnitt orientiert sich z. T. an einem Beitrag von Ulrich Fegeler in der Allgemeinen Frankfurter Sonntagszeitung vom 21. März 2004 mit dem ironischen Titel „Der Doktor wird's schon richten“ (Fegeler, 2004).

Eine Studie aus Bayern zeigt, dass jedes dritte bis vierte Kind in Bayern bis zum Alter von acht Jahren irgendwann einmal entwicklungstherapeutisch behandelt wurde. Ähnliche Zahlen liefern die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. In Salzgitter waren rund ein Drittel der Sechsjährigen im Bereich der sprachlichen Entwicklung zumindest auffällig bzw. therapiebedürftig, für mehr als ein Drittel traf das im Bereich der Motorik zu. Die Schuleingangsuntersuchung des Jahres 2003 in Berlin ergab, dass etwa die Hälfte der türkischstämmigen Kinder – selbst wenn sie in Deutschland geboren worden waren – so wenig Deutsch verstanden und sprachen, dass sie einem Grundschulunterricht nur mit größten Schwierigkeiten folgen konnten. Dies ist aber durch sprachtherapeutische Maßnahmen kaum zu beheben. „Wo die Sprache und das Sprechen in der Familie fehlen, können nachträgliche Therapien nicht helfen.“

Wie eingangs dargestellt betreffen die soziogenen Störungen ganz überwiegend Kinder aus bildungsfernen, ökonomisch benachteiligten Familien. Diese Kinder sind von ihren Anlagen her nicht weniger intelligent und nicht mehr bewegungsgestört als andere. Das eigentliche Defizit ihrer Entwicklung liegt deshalb auch nicht in ihnen selbst, sondern in ihrem sozialen Umfeld, besonders in ihren Familien. Offensichtlich nimmt die Zahl der Eltern zu, die ihren Kindern bis zum Schuleintritt nicht die erforderlichen Anregungen, die notwendige emotionale Bindung und Stabilität sowie eine ausreichende Orientierung zu geben vermögen. Der Neuropädiater Hans Schlack spricht in diesem Zusammenhang geradezu von einer „insufficiencia educatoria communis“, also einem allgemeinen erzieherischen Unvermögen.

„Notwendig für eine gesunde Entwicklung ist eine die gesamte Kindheit begleitende Anregung. Kein noch so gutes Spiel- und Entwicklungsprogramm kann bereits gestörte Kinder zu geistig lebhaften, kreativen, phantasievollen und wissbegierigen Kindern umbiegen. Wir müssen daher schon im vorschulischen Altersbereich wieder zurückfinden zur Pädagogik“ (Fegeler, 2004).

Wenn aber immer mehr Familien ihren Erziehungsaufgaben nicht mehr gerecht werden, so müssen sie hierbei stärker unterstützt werden. Außerdem müssen Wege gefunden werden, wie andere gesellschaftliche Institutionen die Defizite so weit wie möglich ausgleichen können. Tagesmütter, Kindergärten und Kindertagesstätten könnten dies z. T. leisten. Zurzeit sind jene Einrichtungen für diese wichtige Aufgabe jedoch nicht gerüstet. Es fehlt an einer spezifischen Ausbildung der Erzieherinnen und Erzieher, an Ressourcen und vor allem an einer gesellschaftlichen Würdigung dieser wichtigen Tätigkeit.

Der stattdessen derzeit oft erfolgende Transfer grundsätzlich gesellschaftlicher Aufgaben in das Medizinsystem ist bei soziogenen Störungen weder effektiv noch effizient.

Zu erwartende Teilgruppierungen der U 25 Klientel

Die U 25-Konferenz beschäftigt sich mit den unversorgten Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die noch nicht in Ausbildung oder Beruf vermittelt wurden. Aus der Perspektive des AK Gesundheit sind hinsichtlich ihrer Ausgangslage und Vermittelbarkeit folgende Teilgruppierungen zu erwarten:

- Vermittelbare junge Menschen
- Durch Nachqualifizierung vermittelbare junge Menschen
- Nicht oder nur schwer vermittelbare Betroffene:
 - Mental oder emotional (nach ICD 10) Behinderte/Erkrankte
 - Betroffene mit soziogenen Entwicklungsstörungen:
 - Mit reversiblen Entwicklungsstörungen
 - Mit irreversiblen Entwicklungsstörungen

Präventive (eher langfristig wirksame) Ansätze wären danach geeignet, die Gruppe der soziogen entwicklungsbeeinträchtigten Kinder und Jugendlichen zu verkleinern oder zu vermeiden.

Behinderte oder erkrankte Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen die Ursache für die Einschränkung der persönlichen Voraussetzungen eher als anlagebedingt einzuschätzen sind, sollten frühzeitig erkannt und durch ein flexibles und „durchlässiges“ System schulischer Bildung ihrem Leistungsvermögen entsprechend beschult werden. Hierdurch können chronische Überforderungserfahrungen mit nachfolgenden sekundären Störungen vermieden werden. Außerdem könnte so eine den persönlichen Möglichkeiten angepasste gezielte Förderung bzw. Ausbildung im Hinblick auf in Frage kommende Berufs- bzw. Tätigkeitsfelder erfolgen.

Präventive Ansätze

Hier können nicht alle Möglichkeiten zur Prävention von Entwicklungsstörungen und zur Sicherung einer gesunden Entwicklung aufgeführt werden. Es wird im Folgenden aber der Versuch gemacht, für die Entwicklungsphasen Säuglings- und Kleinkindalter, Kindergartenalter und Schulalter für besonders wichtig gehaltene Interventionen aufzuführen.

Im **AK Familie** wurden „Herausforderungen“ formuliert, die bei der Entwicklung von Interventionen zu berücksichtigen sind, wenn diese nicht an der Lebenswirklichkeit der belasteten Familien vorbei gehen sollen:

- Kontraproduktive Werte und Interessenlagen von Jugendlichen und Familien
- Resignation der Beteiligten
- Bildungsferne
- Sprachbarrieren
- Kulturelle Hinderungsgründe
- Arbeitslosigkeit der Eltern und somit fehlende Vorbildfunktion

D.h. die Hilfen für Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien sind an spezifische Ausgangslagen und Erwartungen anzupassen, die sich von Mittelschichtbedingungen vermutlich häufig gravierend unterscheiden. Daraus sollte eine realistische Sicht auf die Schwierigkeiten von Veränderungsprozessen resultieren, die auf z.T. jahrelange, ungünstige und „verkrustete“ Lernprozesse treffen.

Aus sozialpädagogischer Perspektive (Kutscher, 2008) sollte bei Beratungsangeboten und Interventionen der Orientierungs- und Wertehintergrund der Klientel nicht vernachlässigt werden, insbesondere wenn die etablierten Vermittlungsstrategien in Teilbereichen unbefriedigende Ergebnisse zeigen.

Sozialpolitisch darf die Absicherung von benachteiligten Personengruppen nicht aus dem Blick geraten, wenn z.B. das Ziel einer Teilhabegerechtigkeit durch ein eher ökonomisch orientiertes Ziel von Leistungsgerechtigkeit ersetzt wird. Familiäre „Risikogruppen“ mit bestimmten Merkmalen – z.B. reduzierter Fähigkeit zur rational orientierten Lebensplanung – liefern dann Gefahr, mit subjektiv wahrgenommenen Schuldzuweisungen konfrontiert zu werden und Beratungs- oder Interventionsangebote eher als Kontrolle oder Bedrohung zu erleben.

Eine „Eingliederungsvereinbarung“ (SGB II und SGB III) mit Jugendlichen aus einem so benachteiligten Hintergrund sollte z.B. nicht i.S. eines „Vertrages“ gehandhabt werden, weil Jugendliche sich in einer Entwicklungsphase von Experimentiergelegenheiten und wechselnder Orientierung befinden. Sie können Entscheidungen häufig (noch) nicht als rational und ökonomisch entscheidende Subjekte treffen, sondern verhalten sich aus Sanktionsfurcht in derartigen asymmetrischen Situationen eher taktisch und verschleiern oder verschweigen ihre besonderen Problem- und Lebenslagen (Enggruber, 2004). Fachkonzepte zur Steigerung der Eigeninitiative - insbesondere von benachteiligten Jugendlichen und jungen Erwachsenen - sollten daher im Rahmen der U 25-Konferenz entwicklungspsychologische Aspekte in besonderem Maße berücksichtigen.

Säuglings- und Kleinkindalter

In den ersten drei Jahren sollte der Schwerpunkt der Maßnahmen in der Unterstützung von Eltern liegen. Hier geht es um passgenaue Hilfen für psychisch kranke oder abhängigkeitskranke Eltern, um die Verbesserung der emotionalen Beziehung zum Kind und die Förderung frühkindlicher Bindungsvorgänge. Die derzeit in Köln erfolgende Weiterentwicklung früher Hilfen unter Einbeziehung freier Träger wird tendenziell über die Sicherung des Kindeswohls im Sinne des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII hinaus hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten können. Allerdings sollte dieser Aspekt bei der Durchführung und weiteren Entwicklung der Maßnahmen auch tatsächlich angemessen berücksichtigt werden. Hierbei kann auf umfangreiche Erfahrungen aus Sozialpädagogischen und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Projekten zur Familienhilfe zurückgegriffen werden.

Kindergartenalter

In dieser Zeit gilt es, die zahlreichen Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kindertagesstätte auf ihre Effektivität zu evaluieren und das Nebeneinander ganz unterschiedlicher Vorgehensweisen sowie einzelner Projekte von „Leuchtturmcharakter“ nach dem Motto „statt Leuchttürme für wenige evaluierte Basisversorgung für alle“ zu verändern.

Ein erfolgversprechender Ansatz ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe der sozialräumliche Ausbau von Familienzentren mit zusätzlich qualifiziertem Personal.

Eine ganz besondere Rolle kommt in diesem Zusammenhang neben einer motorischen und kognitiven Förderung der Verbesserung sprachlicher Fähigkeiten zu, also der frühzeitigen präventiven Verhinderung (bzw. nötigenfalls auch der Behandlung) entsprechender Störungen. Nicht verhinderte oder behandelte Sprachentwicklungsstörungen stellen einen zusätzlichen entwicklungsbezogenen Risikofaktor dar, der zu (im Rahmen zahlreicher Studien nachgewiesenen) Sekundärstörungen in verschiedenen Symptombereichen führen kann und damit erneute Entwicklungsrisiken beinhaltet. Es kommt in diesem Zusammenhang z.B. zu folgenden Störungen:

- Lese-Rechtschreibschwäche (nach der Einschulung)
- Verhaltensauffälligkeiten in unterschiedlichen Symptombereichen
- Emotionale Störungen (z.B. depressive Störungen)
- Konzentrationsstörungen
- Motorische Unruhe

Primärerkrankungen mit einer weit reichenden genetischen Komponente wie die Lese- und Rechtschreibstörung, die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens oder die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität treten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht unabhängig vom sozialen Umfeld auf. Diese Störungsbilder werden durch eine nicht ausreichende motorische, kognitive und auch sprachliche Förderung also nicht hervorgerufen, aber in den meisten Fällen deutlich verstärkt.

Die genannten Störungsformen sind jeweils mit weiteren Störungsrisiken (als komorbide Störungen) behaftet, die hier als tertiäre Störungen auftreten könnten. Es gibt z.B. Studien,

die einen direkt verursachenden Zusammenhang zwischen Lese-Rechtschreibstörungen und Störungen des Sozialverhaltens ergaben (z.B. Remschmidt 1992).

Auch hier sollte die Vielfalt unterschiedlicher Programme zu Gunsten einer größeren Einheitlichkeit verändert werden. Die Arbeitsgruppe hält nach Veröffentlichungen des auf diesem Gebiet sehr erfahrenen und engagierten Kinderarztes Dr. Ulrich Fegeler vor allem das in den über 70 „Berliner Modell-Kitas“ (und zahlreichen Kitas in anderen Städten) eingesetzte KonLab-Programm für besonders geeignet. Es ist beeindruckend, wie sehr durch diese sprachliche und rhythmische Förderung auch andere Teilaspekte gebessert werden.

Schule

Der Verein Kindernöte e. V. (Herr Nolden) weist angesichts der oben zitierten Befunde der Untersuchung aller Kinder, die in die Eingangsklasse einer Chorweiler Hauptschule eingeschult wurden, darauf hin, dass Übergangssituationen im Leben eines Kindes immer eine erhöhte Gefahr von sozialer Deprivation bzw. Traumatisierung darstellen. Übertragen auf den Wechsel eines Kindes von der Grundschule in die Hauptschule empfiehlt sich daher eine generelle Schuleingangsdiagnostik für alle Hauptschüler unmittelbar vor oder zeitnah nach der Einschulung in die 5. Klasse.

Geprüft werden sollten Leistungen und Werte im Bereich logisches Denken, Konzentration und Belastbarkeit, Rechtschreibkenntnisse, Lese- und Rechenfertigkeiten und Selbstwirksamkeitserwartung.

Ziel der Maßnahme ist es, Kinder, die in Bezug auf einen qualifizierten Schulabschluss als „Risikokinder“ angesehen werden müssen, also besonders Kinder mit Teilleistungsschwächen (Dyskalkulie, LRS), ADHS und/oder erhöhtem Angstpotential zu erkennen und entsprechende Förder- und/oder Stabilisierungsmaßnahmen zu veranlassen bzw. umfeldbezogene Schutzfaktoren aufzubauen oder zu intensivieren.

In einigen Fällen wird das Ergebnis der oben genannten generellen Diagnostik u. a. des logischen Denkens usw., mithin also von Bereichen der intellektuellen Begabung, darauf hinweisen, dass die getestete Schülerin/der getestete Schüler mit den Anforderungen einer Hauptschule auch bei optimalen Förderbedingungen überfordert sein wird. Daher sollten die Ergebnisse einer solchen generellen Diagnostik zu einem Zeitpunkt vorliegen, der es den Eltern und der Schule erlaubt, mit ausreichend Bedenk- und Beratungszeit die Entscheidung für die Empfehlung und Auswahl des richtigen Schultyps der weiterführenden Schule zu treffen. Dies gilt insbesondere, wenn sich die Empfehlung einer Schule mit besonderem Förderschwerpunkt abzeichnet.

Daher erscheint wegen dieses Zeitaufwandes für die Testdurchführung und -auswertung, sowie die nachfolgende Beratung und Umsetzung der getroffenen Entscheidungen ein Testzeitpunkt in der ersten Hälfte des vierten Schuljahres sinnvoll. Bei Schülerinnen und Schülern die schon in den ersten drei Grundschulklassen Zeichen der Überforderung erkennen lassen, sollte diese Testung so zeitnah wie möglich erfolgen.

Weiterhin hält die Arbeitsgruppe in dieser Phase neben vielen anderen Ansätzen vor allem Maßnahmen für erforderlich, die Schulunlust, Schulangst und Schulvermeidung entgegen wirken. Aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt der Schulverweigerung eine Schlüsselrolle für die im Zusammenhang mit der U 25-Thematik anzusprechenden

Probleme zu. Umso beunruhigender ist es, dass nach Aussage von Experten bereits im Grundschulalter viele Kinder Angst vor dem Schulbesuch haben und Strategien zur Schulvermeidung entwickeln. Dies soll wegen der besonderen Bedeutung dieses Aspekts durch einen Beitrag von Herrn Dr. Claus, Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Köln-Holweide erläutert werden:

„In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Köln-Holweide werden häufig Patientinnen und Patienten mit einer langen Vorgeschichte schulischer Fehlzeiten vorgestellt. Häufig dehnen sich diese Fehlzeiten über zahlreiche Monate, manchmal sogar Jahre aus. In einigen Fällen liegt der Grund für längere Fehlzeiten alleine in einer anstrengungsvermeidenden Unlust ohne unmittelbaren kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitswert. Insbesondere bei den über Monate dauernden schulischen Fehlzeiten liegen diesem Verweigerungsverhalten jedoch kinder- und jugendpsychiatrische Störungen wie Angststörungen, Depression, Somatisierungsstörungen, soziale Phobien oder Suchterkrankungen zugrunde. Wichtige Aspekte der Schulverweigerung sind aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht u. a. die nachstehenden:

- 1. Bereits aus dem pädagogischen Blickwinkel liegt auf der Hand, dass mit zunehmender Anzahl der schulischen Fehltage der „Berg“ der nachzuarbeitenden Unterrichtsinhalte größer wird. Schließlich erreicht dieser Berg aus Sicht des/der die Schule Verweigernden ein Ausmaß, das keinesfalls mehr bewältigbar erscheint.*
- 2. Der Verbleib zu Hause, verbunden mit der oft gegebenen Abwesenheit der berufstätigen Eltern, führt zu einem Verlust der geregelten Tagesstruktur mit langen Ausschlafzeiten am Morgen und anschließender, meist unstrukturierter, anstrengungsarmer Tagesaktivität mit langen Wachzeiten in den Abend- und Nachtstunden. Meist steigert sich der Konsum von Fernsehsendungen, Computerspielen und Internetaktivitäten, zum Teil exzessiv bis zu 18 bis 20 Stunden/Tag.*
- 3. Das Fernbleiben von der Schule erzeugt eine unangenehme Langeweile. Viele Schulverweigerer füllen den Tag mit ziellosen Aktivitäten mit anderen Schulverweigerern. Häufig führt dies zu einem Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. Auch das Delinquenzrisiko steigt.*
- 4. Schülerinnen und Schüler mit Defiziten in der sozialen Kompetenz und der Konfliktfähigkeit vermeiden durch die Schulverweigerung für sie angstbesetzte Situationen, z. B. des Schulwegs oder des sozialen Miteinanders im Klassenverband. Jeder schulische Fehltag verstärkt und chronifiziert diese Symptomatik.*
- 5. Bei den durch die Schulverweigerung fehlenden kognitiven Anforderungen sinkt sowohl das kognitive „Trainingsniveau“, um schulische Inhalte zu bearbeiten, als auch die dafür notwendige Anstrengungsbereitschaft.*
- 6. Setzen sich die schulischen Fehlzeiten fort, so erleben die Betroffenen aus ihrem Blickwinkel die dauernde Ohnmacht der erwachsenen Bezugspersonen. Dies verstärkt gegebenenfalls bestehende Angststörungen und Defizite in der sozialen Kompetenz einerseits, wie auch anstrengungsvermeidende Störungen des Sozialverhaltens andererseits.*
- 7. Die fortgesetzte Verweigerung des Schulbesuchs führt sehr häufig zu schweren Auseinandersetzungen innerhalb der Familie, und auch immer*

wieder zu Rechtfertigungsnoten der Sorgeberechtigten gegenüber den noch ihre Pflichten erfüllenden Geschwistern.

8. Für viele Kinder und Jugendliche ist die Schule das wichtigste, manchmal sogar einzige Kontaktfeld mit Gleichaltrigen und erwachsenen Bezugspersonen außerhalb der Familie. In der Schule und innerhalb der aus dem Klassenverband häufig erwachsenden außerschulischen sozialen Kontakte kann altersadäquates Verhalten ausprobiert und entwickelt werden. Lange schulische Fehlzeiten führen zu einem Verlust dieses Kontaktfeldes und damit zu einem erheblichen und ernst zu nehmenden sozialen Reifungsrückstand.
9. Häufig werden als Begründung für Krankschreibungen und eine Unmöglichkeit des Schulbesuchs somatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit sowie Bauchschmerzen u. a. angegeben. Sollten auch nach gründlicher und ausführlicher kinder- und jugendmedizinischer Diagnostik keine körperlichen Gründe für diese Symptomatik aufzufinden sein, so könnten die genannten Symptome körperliche Auswirkungen einer seelischen Belastung im Sinne z. B. einer sogenannten Somatisierungsstörung sein. Bleiben derartige Symptome also ohne fassbares organisches Gegenstück und führen sie trotz aller Behandlungsversuche fortgesetzt zu einer Unmöglichkeit des Schulbesuchs, so sollte dringlich die Möglichkeit einer solchen Somatisierungsstörung kinder- und jugendpsychiatrisch überprüft werden.
10. Immer wieder sind Kinder und Jugendliche nicht ihrer Begabung entsprechend beschult. Die chronische Überforderung mit beständigen Selbstwert mindernden Misserfolgerlebnissen ist dabei sehr viel häufiger als eine Unterforderung. Beide Faktoren, insbesondere aber die chronische Überforderung, führen unerkannt immer wieder zu Schulverweigerung, falls eine Begabungsdiagnostik mit entsprechender nachfolgender begabungsadäquater Beschulung ausbleibt.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht sind also zusammenfassend folgende Risiken mit fortgesetzten schulischen Fehlzeiten verbunden:

1. Anhäufung von tatsächlich oder vermeintlich nicht mehr aufzuholenden Wissenslücken.
2. Verlust der geregelten Tagesstruktur mit Steigerung von Bildschirmbeschäftigungen und Verlust eines adäquaten Tag-Nacht-Rhythmus.
3. Bekämpfung von Langeweile in der ebenfalls ausbildungsfernen, Alkohol und Drogen konsumierenden Gleichaltrigengruppe.
4. Vermeidung angstbesetzter Situationen und damit Verschärfung und Chronifizierung von Defiziten in der sozialen Kompetenz.
5. Schrittweiser Verlust der kognitiven „Geübtheit“ und der Anstrengungsbereitschaft.
6. Erlebnis der Ohnmacht der eigentlich entscheidungspflichtigen Erwachsenen.
7. Entstehung gravierender familiärer Auseinandersetzungen mit Eltern wie auch Geschwistern.

8. *Reifungsrückstände in der sozialen Kompetenz durch Verlust entscheidender sozialer Kontaktfelder, Entstehung oder Verstärkung einer Außenseiterposition.*
9. *Verschärfung und Chronifizierung von Somatisierungsstörungen.*
10. *Ausbleiben begabungsadäquater Beschulung mit chronischer seelischer Belastung durch intellektuelle Überforderung/Unterforderung.*

Alle oben genannten Folgen einer fortgesetzten Schulverweigerung setzen eine eventuell verbliebene Restbereitschaft zum Schulbesuch im Sinne einer selbstverstärkenden Negativspirale weiter herab.

Abwesende Schüler werden in den Schulen täglich registriert und mit vorliegenden Entschuldigungen von Eltern/Ärzten abgeglichen. Damit ist das Ausmaß schulischer Fehlzeiten bereits mit den vorhandenen Instrumenten jederzeit transparent erfasst. Jeder Tag unentschuldigtem Fehlens erhöht das Risiko weiterer Fehltage aufgrund der oben beschriebenen psychischen und pädagogischen Aspekte.

Folgerungen: Schulische Fehlzeiten, auch kürzerer Art, ohne einen fassbaren Erkrankungsgrund stellen ein erhebliches Risiko für die seelische Gesundheit, für das Erreichen des Klassenziels und letztlich auch für das Erreichen eines Schulabschlusses und die anschließende Berufsfindung dar. Als Alarmsignal müssen dabei bereits eigenmächtige Schultagsverkürzungen meist durch Schwänzen der ersten oder letzten Stunden gewertet werden. Bereits zu diesem Zeitpunkt ist eine spürbare Intervention beim Schüler und seinen Sorgeberechtigten nötig.

Aktuell verweigern zahlreiche Schülerinnen und Schüler über Wochen, Monate und manchmal Jahre die Beschulung, ohne für sie fassbare Konsequenzen zu erleben. Aufgrund der oben genannten Risiken müssen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht alle vorhandenen Mittel der Schüler- und Elternberatung bereits in der Frühphase einer Schulverweigerung ausgeschöpft werden. Das gleiche gilt für die ggf. anzuwendenden rechtlichen Mittel, welche entweder konsequent und nachdrücklich eingesetzt oder in entsprechend wirksamer Form neu geschaffen werden müssen. In vielen Fällen ist auch eine zügige kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung zur Klärung der Gründe der Schulverweigerung unabdingbar.“

„Therapeutische“ Ansätze

Unter diesem Oberbegriff sollen hier alle unmittelbar und aktuell einsetzbaren und wirksamen Maßnahmen verstanden werden, die unversorgte Jugendliche und junge Erwachsene in Arbeit, Ausbildung oder bessere Voraussetzungen hierzu bringen können. Dazu zählen also Vermittlung, Nachqualifizierung, Erfassung des Fähigkeits- und Interessenprofils von Jugendlichen sowie die Beseitigung von Hemmnissen im Rahmen dieser Vorgänge oder Tätigkeiten.

Der Grundansatz der U 25-Konferenz geht von einer Effektivitätsverbesserung bereits laufender Maßnahmen durch Abstimmung der Vernetzung im Sozialraum Köln-Chorweiler aus.

Aus gesundheitlicher Sicht steht vor einer „therapeutischen“ Intervention zunächst die Abklärung des Ist-Zustandes und die Festlegung eines Zieles, also eine Diagnose mit Klärung der individuellen Voraussetzungen, die Abklärung des sozialen und beruflichen Umfeldes sowie – darauf fußend – die Erstellung eines Behandlungsplans.

Die Gruppe der Unversorgten zeichnet sich vermutlich durch große Heterogenität aus (s.o.). Bei der Mehrzahl sollten die genannten Maßnahmen unmittelbar einsetzbar sein, bei einem geringeren Anteil können aber gesundheitliche, entwicklungsabhängige und motivationale Einschränkungen dazu führen, dass die angebotenen und vorgeschlagenen Vermittlungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen an der Lebenswirklichkeit der Jugendlichen vorbei gehen. Dies kann an eingeschränkten Lern- und Leistungsvoraussetzungen ebenso liegen wie an erlernten Einstellungen und Erwartungen des Jugendlichen, die den im (beruflichen) Umfeld bestehenden Handlungserwartungen nicht entsprechen.

Bei einem Unterstützungsangebot für diese Gruppe kommt es daher auch darauf an, Informationen über z.T. „interne“, individuelle Merkmale des Jugendlichen zu erheben, weil sonst zentrale, handlungsleitende Aspekte übersehen würden. Dabei geht es nicht nur um rationale Entscheidungen, sondern auch um Motive, Emotionen etc., die nicht nur bestimmtes Handeln, sondern z.B. auch das Unterlassen von Handlungen erklären.

Als Beispiel dafür sollen hier bestimmte Kalkulationsprozesse genannt werden, die bei einer Entscheidung ablaufen, eine Ausbildung oder eine Nachqualifizierung zu besuchen oder auch nicht zu besuchen:

Im Hinblick auf Kompetenzen (Fähigkeiten) und Valenzen (Interessen) Jugendlicher werden von diesen drei Ebenen in die Überlegungen einbezogen: Die Person selbst, die soziale Umwelt und die jeweilige Aufgabe, d.h. kalkuliert werden im Hinblick auf Fähigkeiten: Welche Fertigkeiten habe ich (Fähigkeitskonzept), welche Möglichkeiten bestehen in meiner Umwelt (Möglichkeitkonzept) und welche Aufgaben stellen sich mir (Lösbarkeitskonzept). Hinsichtlich der Valenzen werden kalkuliert: Welche Interessen verfolge ich (Interessenkonzept), was bietet sich mir in der Umwelt (Anregungskonzept) und wie interessant sind die gestellten Aufgaben (Attraktivitätskonzept).

Dies sind kognitiv ablaufende Kalkulationsprozesse, die ergänzt werden durch emotionale (erfahrungsabhängige) und physiologische Basisregulationsprozesse (z.B. Stressregulation). Auch diese können sich auf Entscheidungen und Handlungen richtungsweisend auswirken (z.B. Angstvermeidung, Konzentrationsregulation).

Wenn die Anzahl scheiternder Vermittlungen oder Beratungsangebote niedrig gehalten werden soll, ist die Erfassung solcher Variablen sinnvoll. Dies wird jedoch nur in einer von Vertrauen und Wertschätzung gekennzeichneten Kontaktaufnahme möglich sein. Auch ein Zugang über z.B. vertraute „Vermittlungspersonen“ vergrößert die Chance, solche zentralen Informationen zu erhalten. Die Einhaltung von Datenschutzvorgaben ist dabei selbstverständliche Voraussetzung.

Wenn in diesem Kontext Angaben über psychische Belastungen, Störungen o.ä. gemacht werden, sind Wege in das Gesundheitssystem zu planen und zu organisieren, um die Voraussetzungen für eine Arbeitsvermittlung oder Qualifizierung überhaupt zu schaffen (z.B. medizinische oder psychotherapeutische Behandlung).

Die aufgeführten Schwierigkeiten bei der Vermittlungstätigkeit sollten im „Lokalen Büro“ als professionelles Arbeitsfeld fest mit eingeplant werden. Die Mitarbeiter sollten aufgrund ihres fachlichen und persönlichen Fähigkeitsprofils dazu in der Lage sein, solche Aspekte zu berücksichtigen. Sie müssen weitere Ansprechpartner im Hintergrund haben, die sie zu Rate ziehen können.

Ausblick

Kommunale Sozialpolitik muss aus gesundheitlicher Perspektive die Integration der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit reduzierten Lernvoraussetzungen – gemessen an den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes – verbessern.

Es ist aber nicht mehr davon auszugehen, dass verbesserte und intensiviertere Ausbildungsangebote und Vermittlungsstrategien alleine die Anpassung gewährleisten können. Wie groß der Anteil der Zielgruppe (U 25) ist, der aus dem 1. Arbeitsmarkt langfristig herausfallen wird, ist unklar. D.h. sozialpolitisch sind Überlegungen und Planungen zu „abgefederten“ Beschäftigungsmöglichkeiten der o.a. Zielgruppe wichtig. Dies ist nicht nur hinsichtlich der Betroffenen sinnvoll, sondern verhindert auch hohe Risiken und Kosten, die in der aktuellen Entwicklung bereits erkennbar sind.

Aus der Sicht des AK Gesundheit wird die U 25-Konferenz bei dem Teil der Zielgruppe, der unversorgt ist und nicht mehr von präventiven Verbesserungen profitieren kann, zu prüfen haben, wie groß der Anteil nicht mehr im 1. Arbeitsmarkt unterzubringender Jugendlicher sein wird und welche gesellschaftlichen kompensatorischen Angebote für diese Gruppe realistisch geplant werden können (und müssen).

Für vorausschauende Planungen erscheint es daher sinnvoll, die kennzeichnenden und selegierenden Merkmale dieser Untergruppe von nicht vermittelbaren Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu analysieren, um die Risiken nachfolgender Jahrgänge noch genauer beurteilen und mit präventiven methodischen Ansätzen Risiken möglichst frühzeitig verringern zu können.

Relevant dürften dabei nicht nur individuelle Merkmale (Persönlichkeitsmerkmale) der Jugendlichen sein, sondern auch Merkmale der Familie, des sonstigen sozialen Umfeldes (Peer-Group, Nachbarschaft, Sozialraum) und des allgemeinen Lebensumfeldes (Wohnung, ökonomische Lage, Bildungschancen etc.)

Zusammenfassung

Die Arbeitsgruppe befasste sich auftragsgemäß mit den gesundheitlichen Gründen für die Schwierigkeiten junger Menschen unter 25 Jahren, Ausbildungs- bzw. Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden. Unter gesundheitlichen Gründen werden alle körperlichen, seelischen (Psyche und Persönlichkeitsmerkmale betreffenden) sowie

geistigen (das intellektuelle Leistungsvermögen betreffenden) Eigenschaften bezeichnet, die mit den Anforderungen des Arbeitsmarktes kollidieren.

Der auffällige Wandel im Krankheitsspektrum bei Kindern wird unter den Begriffen „neue Kinderkrankheiten“ bzw. „New Morbidity“ gefasst und kann als Entwicklung wie folgt beschrieben werden:

- von akuten zu chronischen Krankheiten und
- von körperlichen zu seelischen Störungen.

Die eigentlichen neuen Kinderkrankheiten i.e.S. sind die vielfältigen Erscheinungen von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen: Störungen der emotionalen und psychischen Entwicklung, Störungen des Sozialverhaltens, Störungen im Bereich der motorischen sowie der kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Ein wesentlicher Anteil dieser Störungen und Erkrankungen muss auf „soziogene“ Ursachen zurückgeführt werden.

Die Chancen dieser Gruppe von Heranwachsenden, qualifizierte Ausbildungsabschlüsse und berufliche Tätigkeiten am ersten Arbeitsmarkt zu erreichen, sind entscheidend geringer als im Altersquerschnitt.

Ein Teil dieser Gruppe, der durch anlagebedingte Minderbegabung von Fördermaßnahmen nicht ausreichend profitieren kann, läuft Gefahr in eine Spirale von Überforderung und Versagenerfahrung zu geraten und benötigt daher spezifische, kompensatorisch wirksame Maßnahmen.

Ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen leidet unter psychischen Störungen, in einem Sozialraum wie Chorweiler ist jedoch von deutlich und gravierend erhöhten Zahlen auszugehen.

Gesellschaftliche Veränderungen haben zu einer insgesamt verschlechterten Ausgangslage von Jugendlichen im Übergangssystem geführt. Das ist vor allem auf eine veränderte Sozial- und Bildungsstruktur zurückzuführen, die in bestimmten Stadtteilen wie Chorweiler in zugespitzter Form wirksam wird.

Innerhalb der U 25-Klientel wird die Inhomogenität der Jugendlichen im Übergangssystem wahrscheinlich zu verschiedenen Teilgruppierungen führen, die sich durch den Grad ihrer Vermittelbarkeit deutlich unterscheiden werden.

Interventionen lassen sich zunächst nach zwei gegensätzlichen Modellen von Gesundheitsproblemen und Behinderung unterscheiden: Das medizinische Modell geht von personbezogener Förderung oder Therapie aus, während das soziale Modell an Veränderungen innerhalb des komplexen gesellschaftlichen Bedingungsgeflechtes ansetzt, um besser abgestimmte Teilhabe der Individuen zu ermöglichen. Das WHO-Konzept der ICF versucht, diese beiden Ansätze in einem ganzheitlichen Modell zu integrieren.

Nach dem Konzept der Resilienz unterscheiden sich Kinder in ihrer Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen und sozialen Risikobelastungen durch sog. „Schutzfaktoren“. Ca. ein Drittel hoch risikobelasteter Kinder entwickelt sich trotz dieser Belastungen unauffällig. Bekannte Schutzfaktoren können in Interventionsansätzen gezielt gefördert werden, z.B. mit Hilfe des Konzeptes der „Selbstwirksamkeitserwartung.“

Solche Konzepte wirken vor allem präventiv, also langfristig und führen im Idealfall zur Vermeidung negativer, evtl. irreversibler Entwicklungen.

Aktuelle Interventionen, die sich auf Jugendliche im heutigen Übergangssystem beziehen sollen, müssen die Vermittlungsmöglichkeiten realistisch bewerten. Bei dem nicht vermittelbaren Anteil der Jugendlichen, dessen Größenordnung noch nicht bekannt ist, müssen rehabilitative Maßnahmen geplant und bereit gehalten werden, die individuell zugeschnitten und vermittelt werden können. Dabei ist als wichtige „Weiche“ bei den psychischen Störungen und Erkrankungen von Jugendlichen die Vermittlung in das Gesundheitssystem professionell einzuplanen, einmal, um dem einzelnen Betroffenen in angemessener Weise Hilfen zukommen zu lassen, zum anderen, um die Zahl erfolgloser Vermittlungsversuche möglichst gering zu halten.

Dazu sollten die Mitarbeiter des „lokalen Büros“ fachlich-professionell und persönlich in der Lage sein.

Der AK Gesundheit schlägt konkrete, wirksame Maßnahmen hinsichtlich bestimmter Kernprobleme im Verlauf der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen vor, z.B. die gezielte und frühzeitig einsetzende sprachliche Förderung von Vorschulkindern und Maßnahmen zur Vermeidung von „Schulmüdigkeit“ und „Schulverweigerung“ nach der Einschulung.

Literatur:

Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y.: Arbeitslosigkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Beschwerdeerleben, Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 4/2005.

Enggruber, R.: Kritische Notizen zum „Neuen Fachkonzept für Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen“ der Bundesagentur für Arbeit. Jugend Beruf Gesellschaft 4/2004.

Fegeler, U.: „Der Doktor wird's schon richten“ Allgemeine Frankfurter Sonntagszeitung vom 21. März 2004

Fegeler, U., Jäger-Roman, Elke: Sprachförderung in Berliner KiTas – ermutigende Ergebnisse einer Breitenförderung in sozialen Brennpunkten; Kinder- und Jugendarzt 39 (2008) Nr. 1

Haggerty, R., J, Roghmann K., J, Pless I.,B.: Child Health and the Community. New York, NY: John Wiley and Sons; 1975

Kutscher, N.: Prävention unter Druck. Sozial Extra 1 / 2 2008.

Laucht, M., Schmidt, M.H., Esser, G. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Frühförderung interdisziplinär, 19 (3), 97.108.

Lösel, F., Bender, D. (1999): Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In: G. Opp, M. Fingerle, A. Freytag (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt, 37.58.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Bundesgesundhbl. 50 (2007), 871-878

Remschmidt, H.: Dissozialität, Delinquenz und Verwahrlosung. In: Remschmidt, H.: Psychiatrie der Adoleszenz, S. 418-427. Stuttgart 1992.

Richter, R.: Psychisch auffällige Jugendliche: Risiken und frühe Hilfen. Initiativkongress des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit, Berlin 9. Oktober 2007.

Rutter, M. (2000): Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: J.P. Shonkoff, J. Meisels (Hrsg.): Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press, 651.682.

Schwarzer, R., Jerusalem, M.: Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen, Berlin 1999.

Welters, P.: Die Agentur für Arbeit als Akteur im Übergangssystem. Vortrag beim Arbeitskongress „Kommunales Übergangssystem in Köln“ am 4. Juni 2008 im Kölner Rathaus.

Werner, E.E. / Smith, R.S. (2001): Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Ithaca: Cornell University Press.

Wustmann, C. Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln; in Irina Bohn (Hrsg.): .Resilienz . Was Kinder aus armen Familien stark macht; Dokumentation der Fachtagung am 13. September 2005 in Frankfurt a. Main