

Federf. Stadtamt: Amt für Jugend und Familie

Vorlage für den	Berichterstatter	Sitzung am	Punkt
Jugendhilfeausschuss	Erster Beigeordneter R. Weichelt	22.06.2010	

öffentliche Sitzung

Betrifft:

13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung

Begründung:

(ggf. zusätzlich)

Anlass:

In einem gemeinsamen Antrag nach § 7 der Geschäftsordnung vom 12.4.2010 beantragen die SPD-Ratsfraktion sowie die Ratsfraktion Bündnis 90 „Die Grünen“ das Thema „13. Kinder- und Jugendbericht“ auf die Tagesordnung des Jugendhilfeausschusses zu setzen. Zielsetzung ist, dass Thema „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ in Gladbeck weiter zu befördern.

Vorbemerkungen:

Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern von Geburt an ist eine Herausforderungen im 21. Jahrhundert. Erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung beginnt bereits im frühesten Kindesalter. Ziel ist die Stärkung der elterlichen Kompetenz, auch in der pränatalen Phase. Eine enge Vernetzung des Gesundheitsbereiches mit der Jugendhilfe ist von zentraler Bedeutung.

In der Kindheit und während der Jugendzeit werden gesundheitsgefährdende aber auch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entscheidend geprägt. Nachhaltig ausgerichtete Angebote der Kinder und Jugendhilfe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung können einen wichtigen und erfolversprechenden Beitrag zur Verringerung der individuellen Leiden der Kinder und Jugendlichen sowie mittel- und langfristig zur Entlastung der Sozialversicherungssysteme leisten.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht weist wiederholt darauf hin, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Er plädiert für ein Verständnis gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, die auf eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. dem

Mitzeichnungen					
Bürgermeister:	Erster Beigeordneter:	Stadtkämmerer:	Beigeordneter	Stadtbaurat:	Rechtsamt:
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Zahl der erforderlichen Protokollauszüge: _____

gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen zielen.

Zurecht betont der Kinder- und Jugendbericht daher, dass dafür die bisher weitgehend auf den Erwerb von sozialen Lernen und die Vermittlung von kulturellen und personalen Kompetenzen sowie auf die Befähigung zu praktischem Handeln ausgerichtete pädagogische außerschulische Praxis in einem ganzheitlichen Sinne weiter zu entwickeln ist:

Stärker als bisher müssen Körper bzw. Leiblichkeit sowie Gesundheit und Wohlbefinden Inhalte fachlicher Praxis der Kinder- und Jugendhilfe werden. Die Befähigung zur selbstverantwortlichen Lebensführung lässt sich nur angemessen lenken, wenn dabei Gesundheit und Wohlbefinden und damit auch die Achtsamkeit gegenüber dem Körper, dem eigenen wie dem anderen einbezogen sind.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht betont, dass der eigene (gesunde) Körper nicht nur eine Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse darstellt, sondern dass der eigene Körper selbst ein Medium für Bildungsprozesse darstellt.

Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen:

Bewegungsarmut, Fettleibigkeit, Magersucht und problematisches Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen, exzessiver Alkoholkonsum und Gewalttätigkeit sind Phänomene, die in der Öffentlichkeit und der Politik diskutiert werden. Mit großer Sorge beobachtet werden auch Fälle von massiver Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und der Anstieg psychosozialer Auffälligkeiten im Jugendalter.

Neben diesem sorgenvollen Blick auf die aktuellen gesundheitlichen Probleme von Heranwachsenden, gewinnt das Thema Gesundheitsförderung noch aus einem zweiten Grund zunehmend an Bedeutung: denn – vergleichbar mit dem Bereich Bildung - setzt sich auch im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren die Einsicht durch, dass wichtige Weichen vergleichsweise früh in der Biografie gestellt werden. Entsprechend wächst das Interesse daran, möglichst früh alle Mädchen und Jungen zu einer sich selbst - wie auch Anderen gegenüber - achtsamen Lebensweise zu befähigen.

Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden hängen in hohem Maße mit ihren gesellschaftlichen Chancen zusammen. Ungleiche Lebensbedingungen beeinflussen die körperliche psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Alle verfügbaren Daten zeigen auf, dass soziale Benachteiligung und Armut, besonders wenn sie heranwachsende mit Migrationshintergrund betreffen, in hohem Maße mit gesundheitlichen Belastungen verbunden sind.

Der 13. Kinder und Jugendbericht knüpft unmittelbar an diese Entwicklungen und Debatten an. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gem. § 84 SGB VIII stehen im Mittelpunkt dieses Berichts die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in den Bereichen gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung.

Dieser Themenzuschnitt des 13. Kinder- und Jugendberichts spiegelt in sofern eine Veränderung wieder, als dass Gesundheit und Wohlbefinden von Heranwachsenden nicht mehr vorrangig oder gar allein in der Zuständigkeit des Gesundheitssystems gesehen

werden. Gerade wenn es um die Förderung von gesundem Aufwachsen geht, reicht die vorherrschende Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Verhütung und Behandlung von Krankheiten nicht aus. Zunehmende Bedeutung erlangen deshalb andere öffentliche Angebote, die das Aufwachsen begleiten. Die Kinder- und Jugendhilfe steht nun vor der Frage, was sie zur Verhinderung gesundheitlicher Belastungen und zur Förderung von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter mit ihren Mitteln beitragen kann.

Laut Gesetz ist es der Anspruch der Jugendhilfe, alle Heranwachsenden in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, Benachteiligung zu vermeiden, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen und dazu beizutragen positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu erhalten bzw. zu schaffen (§1 SGB VIII). Kinder- und Jugendhilfe hat also schon immer im Rahmen ihrer fachlichen Möglichkeit mit der Förderung von Gesundheit zu tun und in vielen Fällen auch mit gesundheitlichen Belastungen unterschiedlicher Abwicklung. Dies gilt vor allem für die Bereiche „Hilfen zur Erziehung“, den „Tageseinrichtungen für Kinder“ sowie für die verschiedenen Schnittstellen zur „Behindertenhilfe und Rehabilitation“.

Als eine ernsthafte Herausforderung erwies sich die Beantwortung der Fragen, die mit den beiden Begriffen „Gesundheitsförderung“ und „gesundheitliche Prävention“ in der Kinder- und Jugendhilfe unweigerlich verknüpft sind:

- Was bedeutet diese Aufgabe in Bezug auf Angebote der Kinder- und Jugendhilfe?
- Was genau vermag die Kinder- und Jugendhilfe zu leisten?
- Wie sind ihre Aufgaben im Verhältnis zum Gesundheitssystem, zur Eingliederungshilfe und zur Rehabilitation sowie zu den anderen für Kinder und Jugendliche zuständigen Institutionen vor allem der Schule zu sehen?

Aus folgenden Gründen ergibt sich aus diesen Fragen eine besondere Herausforderung:

- Die Antwort angesichts der Vielfalt der Praxisfelder in der Kinder- und Jugendhilfe muss jeweils anders ausfallen. Gesundheitsförderung in den Einrichtungen der Kindertagsbetreuung bedeutet etwas anderes als z. B. im Bereich Jugendsozialarbeit oder in der Heimerziehung. Es kann also nicht die eine Antwort geben, sondern nur praxisfeldbezogene unterschiedliche Antworten.
- Es zeigt sich, dass in der Kinder- und Jugendhilfe gesundheitsbezogene Phänomene zwar an vielen Stellen mittlerweile auf der Tagesordnung steht, aber es gibt deutlichen Erklärungsbedarf. Von einem erkennbaren Konsens und einem weithin anerkannten Selbstverständnis, was gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bedeuten, ist die Fachdiskussion noch ein gutes Stück entfernt. Überraschend ist das nicht, da auch außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe seit langem intensive Diskussionen geführt werden, was jeweils unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist.
- Das Verhältnis des Gesundheitssystems zu den anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, also auch der Kinder- und Jugendhilfe, ist in den letzten Jahren in Bewegung gekommen. Abgeschlossen ist diese Entwicklung noch nicht. Die Fragen nach den Ausgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung enthält auch einen auf Zukunft bezogenen Aspekt. Es geht auch um die bislang offene Frage: Wie können gesundheitsbezogene

Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem künftig aussehen.

Wie begegnet die Stadt Gladbeck diesen Herausforderungen?

Bereits Ende der 90er Jahre verstärkten Kommunen und freie Träger vor Ort die Bemühungen, der Prävention zunehmend mehr Gewicht zu geben. Der Kooperation mit dem Gesundheitswesen wurde von Beginn an ein hoher Stellenwert beigemessen.

Mit Gründung des Gladbecker Bündnis für Familie - Erziehung, Bildung, Zukunft im Jahre 2005 sind basierend auf dem Gladbecker Familienbericht 2007 u. a. folgende Schwerpunkte gesetzt worden:

- Familienförderung als gemeinsames Ziel

Hiermit soll erreicht werden, dass die Möglichkeiten der Familienförderung im kommunalen Handeln systematisch und kontinuierlich ausgeschöpft werden und die Berücksichtigung der Familienbelange nicht vom Zufall oder Engagement einzelner abhängt.

- Verbesserung der Bildungschancen
- Stärkung von Familienkompetenzen
- Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche

Mit der Einrichtung des frühen Kinderbesuchsdienstes „Kinder im Blick“ und der Bildung der „Präventionsstelle Jugend- und Gesundheitshilfe“ sind wesentliche Schritte hinsichtlich einer Verbesserung der Kooperation beider Systeme im pränatalen und im Bereich der 0 – 3 jährigen Kinder beschritten. Aber auch in anderen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe hat die Gesundheitsförderung und eine damit verbundene enge Vernetzung mit dem Gesundheitswesen teilweise traditionell einen hohen Stellenwert, z. B. in Kindertagesstätten und Familienzentren.

Der verbindliche Rahmen, der durch den Kommunalen Kinder- und Jugendförderplan 2010 – 2014 der Stadt Gladbeck gegeben wird, setzt künftig mit dem präventiven Gesundheitsansatz in der Mädchen- und Jungenarbeit einen ergänzenden Schwerpunkt.

In seiner Sitzung vom 11.12.2008 beauftragte der Rat der Stadt Gladbeck die Verwaltung sich am Verfahren „Audit - familiengerechte Kommune“ zu beteiligen. Dieser Schritt ist eine konsequente Weiterentwicklung des mit der Gründung des Bündnis für Familie – Erziehung, Bildung, Zukunft sowie der Familienberichterstattung erarbeiteten Zielsetzungen.

Ziel der Auditierung ist:

- Die bisherigen Aktivitäten der Stadt Gladbeck z. B. im Gladbecker Bündnis für Familie – Erziehung, Bildung, Zukunft zu einer Gesamtstrategie zu bündeln und weiter zu entwickeln.
- Eckpunkte zur Umsetzung der künftigen familienpolitischen Ausrichtung der Stadt Gladbeck zu erarbeiten z. B. die Kooperation des Gesundheitsbereiches mit der Jugendhilfe.

- Die formalen, nonformalen und informellen Bereiche der kommunalen Bildungslandschaft zu einem kommunalen Bildungsnetzwerk im Sinne einer nachhaltigen Stärkung der Mädchen, Jungen und ihrer Familien zusammen zu führen und weiter zu entwickeln.

Für die Stadt Gladbeck ist das „Audit familiengerechte Kommune“ ein Komplementärprozess im Zusammenwirken des Bündnis für Familie – Erziehung, Bildung und Zukunft und der Gladbecker Familienberichterstattung mit der Zielsetzung, die Situation der Gladbecker Familien kontinuierlich zu verbessern.

Anlagen

Die im 13. Kinder- und Jugendbericht dargestellten Auswertungen sind zu den folgenden Bereichen auf die Situation der Mädchen und Jungen in Gladbeck heruntergerechnet worden.

In den Anlagen verwendete Daten haben als Quelle den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung sowie den Datensatz der GKD des Kreises Recklinghausen. Die im 13. Kinder- und Jugendbericht vorhandenen Daten sind auf die demografischen Daten der Stadt Gladbeck heruntergebrochen.

Tabelle 6.2

**Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu
psychischen und Verhaltensauffälligkeiten
bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben;
Prävalenzen in Prozent)**

	Befunde	Kinder in Gladbeck
Gesamt	psychisch unauffällig: 86,7 %	2283
	grenzwertig auffällig: 8,0 %	211
	auffällig: 5,3 %	140
Geschlecht	Jungen: 15,8 %	217
	Mädchen: 10,6 %	133
Migrationshintergrund	mit MH: 22,7 % ohne MH: 11,5 %	
Sozialstatus	niedriger ST: 24,1 % mittlerer ST: 10,8 % hoher ST: 6,7 %	

Fast 90 % aller Kinder in der Altersgruppe von 3 bis 6 Jahren zeigen nach Angaben der Eltern keine Symptome von Verhaltensauffälligkeiten.

Symptome grenzwertigen bis auffälligen Verhaltens zeigen 13,3 % der Kinder – und zwar mehr Jungen als Mädchen. Bei Kindern mit Migrationshintergrund konnten Verhaltensauffälligkeiten im grenzwertigen bis auffälligen Bereich sogar doppelt so häufig festgestellt werden als bei Kindern ohne Migrationshintergrund.

Am deutlichsten treten die Unterschiede jedoch bei der Gruppe der sozial benachteiligten Kinder zutage, für die ihre Eltern bereits bei den 3- bis 6-Jährigen fast viermal so häufig Verhaltensauffälligkeiten im grenzwertigen bis auffälligen Bereich angaben, wie Eltern mit hohem sozialen Status.

Tabelle 6.3

**Psychische und Verhaltensauffälligkeiten
bei 3- bis 6-Jährigen (Elternangaben;
Prävalenzen in Prozent)**

Befunde	
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Verstimmung)	insgesamt: 30,0 % Jungen: 13,0 % Mädchen: 12,9 % niedriger St.: 18,0 % mittlerer St.: 11,9 % hoher St.: 9,7 % Kinder mit MH: 16,1 % Kinder ohne MH: 12,4 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	insgesamt: 35,0 % Jungen: 39,2 % Mädchen: 30,6 % niedriger St.: 43,8 % mittlerer St.: 33,8 % hoher St.: 28,5 % Kinder mit MH: 39,7 % Kinder ohne MH: 34,0 %
Hyperaktivitätsprobleme	insgesamt: 14,6 % Jungen: 17,1 % Mädchen: 12,1 % niedriger St.: 24,6 % hoher St.: 6,5 % Kinder mit MH: 20 % Kinder ohne MH: 13,6 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	insgesamt: 20,5 % Jungen: 23,4 % Mädchen: 17,4 % niedriger St.: 31,8 % hoher St.: 14,6 % Kinder mit MH: 37,7 % Kinder ohne MH: 17 %
Grenzwertiges bis auffälliges prosoziales Verhalten	insgesamt: 10,7 % Jungen: 14,3 % Mädchen: 6,8 % niedriger St.: 12,2 % mittlerer St.: 9,7 % hoher St.: 9,9 % Kinder mit MH: 14,5 % Kinder ohne MH: 9,9 %

Tabelle 7.6

**Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu
psychischen und Verhaltensauffälligkeiten
bei 7- bis 10-Jährigen (Elternangaben;
Prävalenzen in Prozent)**

	Befunde	Kinder in Gladbeck
Gesamt	psychisch unauffällig: 82,6 %	2481
	grenzwertig auffällig: 8,4 %	252
	auffällig 9,0 %	270
Geschlecht	Jungen: 21,6 %	332
	Mädchen: 13,0 %	191
Migrationshintergrund	mit MH: 23,6 %	
	ohne MH: 16,4 %	
Sozialstatus	niedriger ST: 28,5 %	
	mittlerer ST: 15,4 %	
	hoher ST: 10,0 %	

Die Ergebnisse weisen erneut darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder in der Altersgruppe 6 bis 12 Jahren keine Symptome von Verhaltensauffälligkeiten zeigt. Dennoch werden Verhaltensauffälligkeiten für die Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen von den Eltern deutlich häufiger angegeben, als für Kinder im Vorschulalter und für 14- bis 17-Jährige.

Besonders auffällig ist die hohe Rate der Kinder mit Migrationshintergrund und mit niedrigem Sozialstatus, deren Eltern über Symptome von Verhaltensauffälligkeiten berichten. Insgesamt sind Jungen in diesem wie in jedem anderen Alter stärker von Verhaltensauffälligkeiten betroffen als Mädchen.

Tabelle 7.7

**Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie
prosoziales Verhalten bei 7- bis 10-Jährigen
(Elternangaben; Prävalenzen in Prozent)**

Befunde	
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Ver- stimmung)	insgesamt: 18,3 % Jungen: 18,6 % Mädchen: 18,0 % mit MH: 20,1 % ohne MH: 18,0 % niedriger St.: 26,0 % mittlerer St.: 16,9 % hoher St.: 13,1 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	insgesamt: 29,9 % Jungen: 35,2 % Mädchen: 24,4 % mit MH: 35,4 % ohne MH: 28,9 % niedriger St.: 41,4 % mittlerer St.: 27,2 % hoher St.: 22,7 %
Hyperaktivitätsprobleme	insgesamt: 17,9 % Jungen: 23,2 % Mädchen: 12,2 % mit MH: 20,7 % ohne MH: 17,3 % niedriger St.: 25,4 % mittlerer St.: 17,7 % hoher St.: 10,7 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	insgesamt: 21,2 % Jungen: 24,2 % Mädchen: 17,9 % mit MH: 36,3% ohne MH: 18,4 % niedriger St.: 32,4 % mittlerer St.: 18,4 % hoher St.: 14,2 %
Grenzwertiges bis auffälli- ges prosoziales Verhalten	insgesamt: 8,6 % Jungen: 11,0 % Mädchen: 6,1 % mit MH: 10,0 % ohne MH: 8,3 % niedriger St.: 10,2 % mittlerer St.: 8,7 % hoher St.: 6,9 %

Tabelle 7.8

**Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
bei 7- bis 10-Jährigen**

	Befunde	Kinder in Gladbeck
Kinder mit manifester Diagnose	insgesamt: 5,3 % Jungen: 8,7 % Mädchen: 1,9 % niedriger St.: 7,3 % hoher St.: 3,4 % mit MH: 2,9 % ohne MH: 5,7 %	159 134 281
Verdachtsfälle aufgrund ausgewählter Symptome	Jungen: 8,0 % Mädchen: 4,8 % niedriger St.: 10,7 % hoher St.: 4,1 % mit MH: 8,1 % ohne MH: 6,2 %	123 71

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS-ADS) sind chronisch verlaufende psychische Störungen und durch ein durchgängiges Muster der Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet.

Kinder mit früh im Entwicklungsverlauf auftretenden ADHS-ADS-Symptomen haben ein beträchtliches Risiko für fortgesetzte Verhaltensprobleme, schlechte Schulleistungen, delinquente Verhaltensformen und eine eingeschränkte allgemeine Lebensqualität.

Von daher sind eine Frühidentifikation mehrfach problembelasteter Kinder - und vor allem Frühhilfen - von gesellschaftlichem Interesse.

Tabelle 7.9

**Auftretenshäufigkeit von Angststörungen
bei 7- bis 10-jährigen Kindern
(Auskunft der Eltern, Angaben in Prozent)**

	Befunde	Kinder in Gladbeck
gesamt	9,3 %	302
Geschlecht	Mädchen: 10,0 % Jungen: 10,1 %	155 147
sozialer Status	niedriger St.: 12,9 % mittlerer St.: 10,1 % hoher St.: 8,0 %	

Die Mehrzahl der Mädchen und Jungen erlebt im Verlauf ihrer Entwicklung ein bestimmtes Ausmaß an Angst. Meistens sind diese Ängste relativ gering auf eine Altersphase bezogen und stehen in einer engen Beziehung zur geistigen Entwicklung der Kinder. Von daher werden Ängste erst dann als klinisch bedeutsam eingeordnet, wenn diese ausgeprägte und dauerhafte Beeinträchtigungen für den Heranwachsenden beinhalten, unabsehbar eine altersentsprechende Entwicklung hemmen oder Probleme im sozialen Nahraum bewirken.

Angststörungen sind für Kinder eine folgenreiche Belastung, führen jedoch nicht selten zu drastischen Beeinträchtigungen in der Schule (zum Beispiel Vermeidung des Schulbesuchs) und im Kontakt mit Gleichaltrigen.

Tabelle 7.10

**Körperlich-sportliche Aktivität
bei 7- bis 10-Jährigen**

	Befunde	Kinder in Gladbeck
7 – 10 Jahre (Elternangaben)	sportliche Betätigung an >drei Tagen/Woche Mäd- chen: 41,7 %	613
	Jungen: 52,9 %	812
	sportliche Betätigung an <zwei Tagen/Woche Mädchen: 58,2 %	855
	Jungen: 47,2 %	725
	davon keine sportliche Betätigung Mädchen: 10,6 %	158
	Jungen: 6,9 %	106
8 – 11 Jahre (Angaben von Kindern)	sportliche Betätigung an >drei Tagen/Woche niedri- ger St.: 50 % hoher St.: 78 %	
	sportliche Betätigung an <zwei Tagen/Woche niedriger St.: 50 % hoher St.: 22 %	

Tabelle 8.2

**Mediennutzung und Gesundheitsbeeinträchtigungen
bei 11- bis 17-Jährigen
(Selbstausskunft der Befragten)**

	Befunde	Kinder in Gladbeck
zeitliche Dauer der Mediennutzung und körperlich-sportliche Inaktivität		
bis 60 Minuten	Jungen: 6,1 % Mädchen: 16,6 %	187 469
bis 240 Minuten	Jungen: 8,7 % Mädchen: 27,1 %	267 765
360 Minuten und mehr	Jungen: 15,6 % Mädchen: 34,1 %	479 963
zeitliche Dauer der Mediennutzung und Adipositas		
bis 60 Minuten	Jungen: 4,9 % Mädchen: 4,2 %	150 119
bis 240 Minuten	Jungen: 7,3 % Mädchen: 10,0 %	124 282
360 Minuten und mehr	Jungen: 10,9 % Mädchen: 16,5 %	135 466

Nicht nur der Umfang des Medienkonsums, sondern auch dessen Inhalte können (negativen) Einfluss auf Entwicklung und Gesundheit nehmen, wenn Kinder und Jugendliche trotz der gesetzlichen Kinder- und Jugendschutzbestimmungen immer wieder Medieninhalte konsumieren, die für ihr Alter als schädlich eingestuft wurden.

Zudem hat sich gezeigt, dass die Schulleistungen von Heranwachsenden umso schlechter sind, je mehr Zeit sie mit dem Medienkonsum verbringen und wie brutaler dessen Inhalte sind (Zweifer u. a. 2007). Wobei auch offen bleibt, was Ursache und Wirkung ist. In der Medienforschung (Treumann u. a. 2007, Mikos/Wegener 2005) herrscht Einigkeit darüber, dass extreme Formen des Mediengebrauchs oft ein Symptom für verborgene Probleme der Kinder und Jugendlichen sind. Von daher kann zum Beispiel eine alleinige Fixierung auf die Inhalte von Computerspielen und deren mögliches Verbot den notwendigen Blick auf die unterschiedlichen Motive und Rezeptionsweisen von Heranwachsenden verstellen.

Tabelle 8.4

Alkoholkonsum bei Jugendlichen

	Befunde	Kinder/Jgdl. in Gladbeck
Jugendliche mit Konsumerfahrung (BzgA 2007c)	< 14 Jahre: 90 % 17 Jahre: 95 %	1483 840
überwiegend konsumierte alkoholische Getränke (Mehrfachnennungen; Kraus u. a. 2008)	Mädchen: Wein/Sekt (56 %) Alkopops (48 %) Jungen: Bier (77 %) Spirituosen (59 %)	
regelmäßiger Alkoholkonsum (mind. 1 x wöchentlich) (BzgA 2008)	Mädchen: 12,8 % Jungen: 21,8 %	
Migrationshintergrund (Lampert/Thamm 2007)	Mädchen: mit MH 16,0 % ohne MH: 27,5 % Jungen: mit MH 37,4 % ohne MH: 48,4 %	

In Umfragen geben fast alle älteren Jugendlichen an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben, wobei mit steigendem Alter zunehmend mehr Jugendliche über Konsumerfahrungen berichten.

Bevölkerungsspezifische Unterschiede im Konsummuster von Alkohol nach ausgewählten Variablen (Sozialstatus, besuchter Schultyp, Wohnregion) sind marginal. Lediglich für die Gruppe der Heranwachsenden mit Migrationshintergrund lässt sich ein deutlich geringerer Alkoholkonsum nachweisen als für Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Ein geringes Einstiegsalter erhöht das Risiko für eine substanzbezogene Störungen (Stolle u. a. 2007).

Tabelle 8.5

Konsum von Cannabisprodukten bei Jugendlichen

	Befunde	Kinder/Jgdl. in Gladbeck
Konsumhäufigkeit (Kraus u. a. 2008)	15 bis 25 %	
Alter bei Erstkonsum (BZgA 2007d)	12- bis 13-Jährige 0,4 % 14- bis 17-Jährige 12,8 % 18- bis 19-Jährige 32,8 %	
regelmäßiger praktizierter Konsum bei 12- bis 18- Jährigen (Lamper/Thamm 2007)	Insgesamt: 2,3 % Mädchen: 1,0 % Jungen: 3,6 %	140 28 114
Anteil der Schüler mit Kon- sumerfahrung nach Schul- form (Kraus u. a. 2008)	Gymnasium: 26 % Haupt- bzw. Realschule 28 % Gesamtschule: 32 %	

Bei der Mehrheit der Jugendlichen ist der problematische Substanzkonsum zeitlich auf die Jugendphase begrenzt. Bei einer kleinen Gruppe von Jugendlichen bleibt dieses Verhalten jedoch bis ins Erwachsenenalter bestehen bzw. wird verstärkt. Jugendliche, deren problematisches Konsumverhalten bis ins Erwachsenenalter reicht, weisen häufig auch weitere Verhaltensauffälligkeiten (zum Beispiel ADHS, Angsterkrankungen und depressive Störungen bis hin zu drogeninduzierten Psychosen auf) (Esser/Ihle 2008, Blomeier u. a. 2007).

Zusammenfassend ergibt sich ein widersprüchliches Bild; ein rückläufiger bzw. stagnierender Konsum von Alkohol und Drogen auf der einen, und auf der anderen Seite riskante, exzessive Gebrauchsmuster in bestimmten Gruppen. Dabei ist der Alkohol- und Drogenmissbrauch nicht in erster Linie ein Jugendproblem, sondern ebenso eines der Erwachsenen.

Tabelle 8.7

**Auswertung des SDQ-Gesamtproblemwertes zu
psychischen und Verhaltensauffälligkeiten
bei 11- bis 13- und 14- bis 17- Jährigen
(Elternangaben)**

Kinder/Jgdl. in Gladbeck	11 bis 13 Jahre	14 bis 17 Jahre
Insgesamt	16,6 % 408	12,4 % 426
Geschlecht	Mädchen: 12,2 % 146 Jungen: 20,7 % 261	Mädchen: 10,5 % 171 Jungen: 14,2 % 257
Migrationshintergrund	mit MH: 25,2 % ohne MH: 14,8 %	mit MH: 14,9 % ohne MH: 12,0 %
sozialer Status	hoher ST: 8,3 % mittlerer ST: 16,3 % niedriger ST: 23,4 %	hoher ST: 7,4 % mittlerer ST: 11,8 % niedriger ST: 17,8 %

Mädchen werden deutlich seltener als auffällig eingeschätzt als Jungen und unterscheiden sich auch in der Art ihrer Probleme. Jeder vierte bis sechste Jugendliche mit Migrationshintergrund wurde nach Einschätzung der Eltern als grenzwertig bis psychisch auffällig eingestuft, bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind dies deutlich weniger (Hölling u. a. 2007).

In Bezug auf den sozio-ökonomischen Status der Jugendlichen ergibt sich ein deutlicher sozialer Gradient für das Vorliegen psychischer Auffälligkeiten (Hölling u. a. 2007): Mädchen und Jungen mit hohem und mittlerem Status sind deutlich seltener betroffen als diejenigen mit geringem Status.

Tabelle 8.8

**Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie
prosoziales Verhalten bei 11- bis 13-Jährigen
(SDQ-Subskalen)**

Befunde	
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Ver- stimmung)	insgesamt: 18,8 % Jungen: 18,8 % Mädchen: 19,0 % mit MH: 22,4 % ohne MH: 18,2 % niedriger St.: 23,2 % mittlerer St.: 18,8 % hoher St.: 13,4 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	insgesamt: 31,9 % Jungen: 36,5 % Mädchen: 27,1 % mit MH: 39,6 % ohne MH: 30,2 % niedriger St.: 42,2 % mittlerer St.: 30,7 % hoher St.: 22,2 %
Hyperaktivitätsprobleme	insgesamt: 14,8 % Jungen: 21,2 % Mädchen: 8,1 % mit MH: 18,7 % ohne MH: 14,1 % niedriger St.: 20,3 % mittlerer St.: 14,8 % hoher St.: 8,5 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	insgesamt: 24,1 % Jungen: 26,6 % Mädchen: 21,6 % mit MH: 36,2 % ohne MH: 21,7 % niedriger St.: 32,0 % mittlerer St.: 22,6 % hoher St.: 16,9 %
Grenzwertiges bis auffälli- ges prosoziales Verhalten	insgesamt: 10,7 % Jungen: 13,0 % Mädchen: 8,3 % mit MH: 11,6 % ohne MH: 10,5 % niedriger St.: 13,2 % mittlerer St.: 10,0 % hoher St.: 8,4 %

Tabelle 8.9

**Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie
prosoziales Verhalten bei 14- bis 17-Jährigen
(SDQ-Subskalen)**

Befunde	
Emotionale Probleme (Ängste, depressive Ver- stimmung)	insgesamt: 15,6 % Jungen: 12,5 % Mädchen: 18,8 % mit MH: 18,0 % ohne MH: 15,2 % niedriger St.: 18,5 % mittlerer St.: 15,3 % hoher St.: 12,5 %
Verhaltensauffälligkeiten (aggressiv-dissoziales Verhalten)	insgesamt: 27,5 % Jungen: 30,9 % Mädchen: 24,1 % mit MH: 27,0 % ohne MH: 27,0 % niedriger St.: 36,6 % mittlerer St.: 26,7 % hoher St.: 19,7 %
Hyperaktivitätsprobleme	insgesamt: 9,2 % Jungen: 12,7 % Mädchen: 5,5 % mit MH: 10,2 % ohne MH: 9,1 % niedriger St.: 11,0 % mittlerer St.: 9,3 % hoher St.: 7,3 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	insgesamt: 22,4 % Jungen: 23,9 % Mädchen: 20,9 % mit MH: 32,8 % ohne MH: 20,6 % niedriger St.: 28,1 % mittlerer St.: 21,1 % hoher St.: 18,1 %
Grenzwertiges bis auffälli- ges prosoziales Verhalten	insgesamt: 12,5 % Jungen: 16,0 % Mädchen: 8,9 % mit MH: 12,4 % ohne MH: 12,4 % niedriger St.: 13,7 % mittlerer St.: 11,7 % hoher St.: 12,6 %

Finanzielle Auswirkungen:

keine

folgende

Ergebnisrechnung

Ertrag	€
einmalig	
jährlich	

Aufwand	€
einmalig	
jährlich	
<i>darin enthalten:</i>	
Personalaufwand	
Sach- und Dienstleistungen	
Transferaufwand	

investiver Finanzplan

Einzahlung	€
einmalig	
jährlich	
<i>darin enthalten:</i>	
Zuschüsse	
Beiträge Dritter	

Auszahlung	€
einmalig	
jährlich	

Haushaltsmittel stehen:

zur Verfügung

nicht zur Verfügung

Beschlussentwurf:

Der Jugendhilfeausschuss nimmt den Bericht der Verwaltung zur Kenntnis.

Der Bürgermeister
I.V.

-Rainer Weichelt-
Erster Beigeordneter

In der Sitzung des

☒ _____-Ausschusses

☒ Rates

☒ Haupt- und Finanzausschusses

am _____ (nicht - öffentlicher Teil) wurde wie folgt beschlossen: