

In: Franjiska Hansenberger - Aibi, Mrs Schäfer (Hrsg.)  
Eltern sein plus! Begleitung von Kindern mit Unter-  
stützungsbedarf. Zürich: Seismo, S. 35-63.

## Stärkung von Lebenskompetenzen in der frühen Kindheit – ein Weg zur Reduktion sozialer Ungleichheit

Martin Hafen

### Einleitung

Frühe Förderung ist hoch im Kurs. Seit Beginn der 2000er-Jahre empfiehlt eine steigende Zahl von internationalen Grossorganisationen wie die OECD (2011) oder die WHO (2004) ihren Mitgliedstaaten, mehr in die Förderung kleiner Kinder zu investieren. Dabei geht es nicht darum, Kinder möglichst früh Englisch oder Chinesisch lernen zu lassen, um sie auf den Wettbewerb in der Erwerbsgesellschaft vorzubereiten. Primär von Bedeutung ist die wachsende Erkenntnis, wie wichtig eine anregende, durch emotionale Zuwendung geprägte und möglichst stressfreie Umwelt ist, damit ein Kind gesund aufwachsen kann. In einem solchen Umfeld kann es die Lebenskompetenzen erwerben, die es für die Bewältigung künftiger Herausforderungen in der Schule und im späteren Leben braucht. In welchem Mass ein Kind von einer solchen Umwelt profitieren kann, hängt weitgehend von seinem familiären Umfeld ab. Sozial benachteiligte Familien sind bei der Erfüllung ihrer verantwortungsvollen Aufgabe, ihren Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, besonders auf Unterstützung angewiesen. Andererseits bewirken die sich verändernden Familienstrukturen und die Erfordernisse auf dem Arbeitsmarkt auch bei Familien aus ökonomisch gesicherten Verhältnissen einen zunehmenden Unterstützungsbedarf. So haben immer mehr Frauen das Bedürfnis, ihre berufliche Karriere auch als Mütter fortzusetzen. Diese Entwicklung kommt der Wirtschaft zugute; sie bedingt aber auch ein ausreichendes Angebot an qualitativ hochstehenden Angeboten der familienergänzenden Kinderbetreuung.

*Frühe Förderung* wird hier sehr allgemein definiert als Gesamtheit aller professionell erbrachten Massnahmen (etwa im Rahmen der medizinischen Betreuung oder der pädagogischen Unterstützung) und staatlich verfügbarer Leistungen (wie Kindergeld, Elternschaftsurlaub oder familienfreundliche Arbeitszeitmodelle), von denen die Kinder und ihre Familien in den ersten fünf Lebensjahren profitieren (Hafen, 2014a, 88). Der Begriff der Frühen Förderung

ist somit breiter gefasst als das Konzept der Frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung (FBBE), das sich ausschliesslich auf die pädagogischen Aspekte bezieht (Simoni und Wustmann, 2012). Ebenfalls integriert in den Begriff der Frühen Förderung ist das Konzept der Frühen Hilfen, das in Deutschland und Österreich im Vordergrund steht (Meier-Gräwe und Wagenknecht, 2011; Knaller, 2013; Haas und Weigl, 2014). Dieses hat seinen Fokus auf der Begleitung sozial benachteiligter Familien und der Vernetzung der Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind. Schliesslich ist die Frühe Förderung in der hier genutzten umfassenden Bedeutung auch zu unterscheiden von der Heilpädagogischen Frühförderung oder Früherziehung: Mit diesem Begriff wird in der Regel die Behandlung von Kindern mit Entwicklungsdefiziten in der Zeit vor dem Schuleintritt bezeichnet.

Das Ziel dieses Textes ist, mit Bezug auf bereits bestehende Übersichtsarbeiten (Hafen, 2014a; 2015a) die wichtigsten präventionstheoretischen Argumente für die Bedeutung der Frühen Förderung als gesundheits- und sozialpolitische Investition zusammenzutragen. Im Fokus stehen dabei die Konzepte der *Resilienz*, der *Gesundheitskompetenz* und der *Lebenskompetenzen*. Da sie im Fachdiskurs nicht einheitlich genutzt werden, erfolgt zuerst die theoretische Einführung dieser drei Konzepte. Danach geht es darum, aus einer multidisziplinären Perspektive konkrete Lebens- respektive Gesundheitskompetenzen und ihre Bedeutung für die körperliche und psychosoziale Entwicklung eines Menschen zu beschreiben. In der Folge wird ein Blick auf die Situation der Frühen Förderung in der Schweiz geworfen. Schliesslich werden die wichtigsten Erkenntnisse aus der Forschung zur Wirkung und Kosteneffizienz von Massnahmen der Frühen Förderung dargestellt und die Implikationen für eine künftige Politik der Frühen Förderung in der Schweiz diskutiert.

## Frühe Förderung als Prävention

Der Zusammenhang von Prävention und Früher Förderung ist einfach herzustellen: Wirkungsvolle Prävention beugt dem Entstehen von körperlichen, psychischen und sozialen Problemen einerseits dadurch vor, dass sie mit ihren Massnahmen die Belastungsfaktoren verringert, welche zur Problemsteigerung beitragen. Ein bedeutender Belastungsfaktor in der ersten Lebensphase ist zum Beispiel das Gift, dem ein Fötus ausgesetzt ist, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol, Zigaretten oder andere Suchtmittel konsumiert. Andererseits reduzieren Massnahmen der Frühen Förderung nicht nur wichtige Belastungsfaktoren; sie stärken auch die Schutzfaktoren im sozialen Umfeld des Kindes sowie beim Kind selbst. Dabei zeigt sich, dass ein nicht vorhandener Schutzfaktor (wie eine gute Bindung zur Mutter nach der Geburt)

für sich zu einem Belastungsfaktor werden kann, der das Auftreten von psychischen und sozialen Problemen im späteren Leben wahrscheinlicher macht. Dieses Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren sowie das Zusammenspiel von sozialen und personalen (individuellen) Einflussfaktoren sind typisch für die Prävention (Hafen, 2013a). Das Ziel des Textes ist, zu zeigen, dass Massnahmen im Kontext der Frühen Förderung dieses Zusammenspiel von entwicklungs- und gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren günstig beeinflussen und so zu einer altersgerechten und gesunden Entwicklung des Kindes beitragen. Das macht die Frühe Förderung zu einem wichtigen, wenn nicht zum wichtigsten Interventionsfeld der Prävention überhaupt und damit zu einer sozial-, gesundheits-, integrations- und wirtschaftspolitischen Strategie, deren Bedeutung nicht zu unterschätzen ist (Hafen, 2015b).

## Das Konzept der Resilienz

Einen theoretischen Ansatzpunkt für die Darstellung der präventiven Bedeutung von Lebenskompetenzen bietet das Konzept der Resilienz (Hafen, 2014c). Der Begriff Resilienz stammt aus der Physik, wo er die Widerstandsfähigkeit von Material beschreibt. Das Konzept wurde in Folge vor allem durch die Forschungen der US-amerikanischen Ethnologin Emmy Werner (Werner und Smith, 1992) populär. Werner untersuchte mit ihrem Team die lebensgeschichtliche Entwicklung eines ganzen Jahrgangs von Kindern der hawaiianischen Insel Kauai. Dabei stellte sie (wenig überraschend) fest, dass Kinder aus schwierigen Verhältnissen als junge Erwachsene überdurchschnittlich oft problematische Lebensverläufe aufwiesen. Andererseits zeigte sich, dass sich ein Drittel dieser Kinder später weitgehend problemlos entwickelte. Werner ging nun der Frage nach, was diese Kinder unter solch ungünstigen Ausgangsbedingungen davor bewahrt hatte, kriminell zu werden, Drogen zu konsumieren oder Gewalt auszuüben. Entsprechend identifizierte sie eine Reihe von Schutzfaktoren, mit denen sich die Resilienz dieser Kinder erklären liess. Der wohl bedeutendste Schutzfaktor war sozialer Natur. Viele dieser Kinder hatten im Verlauf ihrer Kindheit und Jugend eine Person (eine Lehrerin, einen Pfarrer, eine Jugendarbeiterin et cetera) getroffen, die an sie glaubte und sie unterstützte. So bekamen sie dennoch etwas von der Bindung, der Zuneigung und dem Support, den ihnen ihre Eltern nicht oder nur beschränkt bieten konnten.

Aus der Perspektive der systemischen Präventionstheorie (Hafen, 2005; 2013a) und Gesundheitstheorie (Hafen, 2014c) entspricht der Begriff Resilienz einer punktuellen Beschreibung des Gesundheitszustandes und/oder der altersbezogenen Entwicklung eines Individuums bei gleichzeitiger Identifikation von Belastungsfaktoren, die das Auftreten von Gesundheits- oder Ent-

wicklungsstörungen (statistisch gesehen) wahrscheinlicher machen. Beim diagnostizierten Ausbleiben solcher Störungen und ihrer spezifischen Symptome wird das Individuum als resilient bezeichnet. Die Bezeichnung von Resilienz ist aus dieser Perspektive entsprechend ein *diagnostischer* Befund, der implizit auf vermutete personale oder soziale Schutzfaktoren verweist, die den Einfluss der Belastungsfaktoren offenbar eliminiert oder so stark abgeschwächt haben, dass sich die zu erwartende Störung nicht manifestieren konnte. Resilienz ist aus dieser Perspektive weder eine Kompetenz noch eine Kapazität eines Individuums (Bengel et al., 2009, 21; Wustmann, 2009, 28), da der Begriff Kapazität neben seiner ursprünglichen (hier nicht sonderlich hilfreichen) Bedeutung als Fassungsvermögen auch auf Fähigkeit und Tauglichkeit verweist (Duden, 2001, 388). Fähigkeit ist jedoch immer Fähigkeit von jemandem, also eine Persönlichkeits Eigenschaft. Eine solche Zuschreibung ist beim Resilienzkonzept alleine schon wegen der Bedeutung der sozialen Schutzfaktoren (wie soziale Unterstützung) wenig sinnvoll. Daher ist auch die von praktisch allen Autorinnen und Autoren vollzogene Gleichsetzung von Resilienz und Widerstandsfähigkeit problematisch.

Zusammengefasst lässt sich mit Blick auf die rezipierte Literatur zur Resilienzforschung sagen, dass sich einige der begrifflichen Unklarheiten rund um Resilienz aus einer unsachgemässen Vermischung von Diagnostik und Ursachenzuschreibung ergeben. Auf der einen Seite ist innerhalb des Forschungsfeldes die Auffassung weit verbreitet, dass Resilienz als «gute Ergebnisse von Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen» zu verstehen sei (Bengel et al., 2009, 19, mit Verweis auf andere Autoren). Neben dieser diagnostischen Definition, die dem hier ausgeführten Verständnis entspricht, wird Resilienz von allen Autorinnen und Autoren gleichzeitig auch als *Erklärung* für einen solchen Befund beschrieben: als Kapazität, Fähigkeit, als Schutzfaktorenbündel et cetera. Das *Symptom* (die positive Entwicklung, Gesundheit, Abwesenheit von Krankheit oder Entwicklungsstörung) wird damit mit der *Ursache* für das Symptom gleichgesetzt, was aus theoretischer Perspektive wenig sinnvoll erscheint.

## **Bedeutung und Förderung von Kompetenzen**

Ähnlich gelagerte Inkohärenzen gibt es auch beim Konzept der Lebenskompetenzen und wichtigen Unterkompetenzen wie den Selbst- und Sozialkompetenzen (Hafen, 2015d) oder der Gesundheitskompetenz (Hafen, 2014d). So schreibt Kaufhold (2006, 21, mit Verweis auf unterschiedliche Autoren) von einem «inflationären Kompetenzbegriff», für den kein einheitliches Verständnis erhofft werden könne. Vielmehr sei der Begriff *theorielerativ*, was bedeute,

dass Kompetenz jeweils «nur innerhalb der spezifischen Konstruktion einer Theorie von Kompetenz eine definierte Bedeutung» habe. In der Folge führt Kaufhold (2006, 22) Grundmerkmale von *Kompetenz* auf, die in der wissenschaftlichen Diskussion mehrheitlich akzeptiert würden:

- › Kompetenz sei subjektgebunden und äussere sich in der Bewältigung von Handlungssituationen.
- › Sie sei demnach als singuläres Merkmal auf individueller Ebene zu verstehen, das eine Voraussetzung zum Handeln darstelle.
- › Nicht alle Aspekte der Kompetenz liessen sich objektiv prüfen. Elemente kompetenten Handelns in einer bestimmten Situation seien das Wissen, die Fähigkeiten/Fertigkeiten, die Motive und die emotionale Disposition der Handelnden.
- › Das Handeln sei kontextgebunden und bestimme die handlungsrelevanten Kompetenzaspekte, während andere Aspekte in einer spezifischen Handlungssituation zwangsläufig verborgen blieben. Die Situation wiederum sei als subjektive Konstruktionsleistung zu verstehen.
- › Kompetenz sei entwicklungsfähig und könne sowohl durch Kompetenzträger als auch durch Dritte beeinflusst werden.

Kompetenzen sind demnach als Merkmale nicht so einfach beobachtbar; vielmehr manifestieren sie sich anhand der Bewältigung von Handlungssituationen, wobei die Situation selbst auch einen Einfluss auf das Handeln hat. Die Situation wiederum ist ebenfalls nicht objektiv gegeben. Vielmehr ist es das Individuum, das eine Handlungssituation konstruiert und auf der Basis dieser Konstruktionsleistung handelt. Das wiederum erschwert es, genau zu bestimmen, in welchem Ausmass nun die Kompetenz oder die Situation das Handeln einer Person beeinflusst hat. Diese Schwierigkeit der Beobachtung oder gar Bewertung von Kompetenz trägt dazu bei, dass die zunehmende Kompetenzorientierung im Bildungswesen (zum Beispiel im Lehrplan 21 in der Regelschule oder in den Kompetenzkonzepten der Fachhochschulen) zunehmend kritisch beurteilt wird (Strnad, 2013; Liessmann, 2014; Hafen, 2015d).

Nachfolgend wird angestrebt, sich den Lebenskompetenzen am Beispiel der Gesundheitskompetenz (Hafen, 2014d) anzunähern. Diese Annäherung erfolgt aus der Perspektive der Systemtheorie (Luhmann, 1994; 2000) und der davon abgeleiteten systemischen Präventionstheorie (Hafen, 2005; 2013a). Neben einer Klärung der Konzepte der Gesundheits- und der Lebenskompetenzen soll eine Antwort auf die Frage gefunden werden, wie sich diese Kompetenzen ausbilden und wie sie von aussen gefördert werden können. Die leitende These dabei ist, dass die Gesundheitskompetenz und weitere Lebenskompetenzen gar nicht gelehrt werden können, sondern sich aus zahllosen Erfahrungen

ergeben, die ein Mensch im Rahmen seiner Auseinandersetzung mit seiner Umwelt macht. Anschliessend wird anhand von unterschiedlichen Beispielen die Annahme zu belegen versucht, dass die Basis der meisten Lebenskompetenzen (und damit auch der Gesundheitskompetenz) in der frühen Kindheit gelegt wird und dass die Frühe Förderung in diesem Prozess eine wichtige Rolle spielt.

## Gesundheitskompetenz

Nach Soellner et al. (2010, 104) lassen sich zwei grundsätzliche Verständnisse von Gesundheitskompetenz unterscheiden: Das klinische und das Public-Health-Verständnis. Während das klinische Verständnis den Fokus auf die Fähigkeit beschränkt, medizinische Informationen wie Beipackzettel bei Medikamenten lesen und verstehen zu können, ist das Public-Health-Verständnis breiter gefasst. Als Beispiel dafür lässt sich die viel zitierte Definition von Kickbusch (2006, 70) anführen:

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene.

Nutbeam (2000) wiederum unterscheidet drei Stufen der Gesundheitskompetenz:

- › die Stufe der funktionalen Kompetenzen wie Lesen und Schreiben;
- › die Stufe der kommunikativen Gesundheitskompetenz, die ein aktives Teilnehmen an und Interpretieren von gesundheitsrelevanten Diskursen ermöglicht;
- › die Stufe der kritischen Gesundheitskompetenz, die eine ausgedehnte Kontrolle über die individuellen Lebenssituationen ermöglicht.

Soellner et al. (2010, 105) verweisen darauf, dass nur die erste Stufe von Nutbeams Modell empirisch hinreichend erforscht sei und dem Modell auch vorzuziehen werde, nicht wirklich etwas Neues zur Diskussion beizutragen. Soellner et al. (2010, 110) schlagen in der Folge ein eigenes Modell vor, das sie von einer umfangreichen Befragung von Gesundheitsexpertinnen und -experten herleiten. Sie unterscheiden dabei drei zentrale Dimensionen von Gesundheitskompetenz:

- › grundlegende Fertigkeiten (literacy/numeracy),
- › Wissen (zur Gesundheit und zum Gesundheitssystem),
- › Motivation mit der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme.

Diese drei Dimensionen resultieren in der Hauptdimension der *Handlungskompetenz*, die folgende Teilkompetenzen umfasst:

- › Navigieren und Handeln im Gesundheitswesen,
- › Kommunikation und Kooperation,
- › Informationsbeschaffung und -verarbeitung,
- › Selbstwahrnehmung und -regulation.

Dieses partizipativ erarbeitete Modell integriert nach Einschätzung von Soellner et al. (2010, 111f.) die bestehenden Modelle zu einem ganzheitlicheren Ansatz, bringe jedoch die Schwierigkeit der empirischen Überprüfung mit sich. Dieser könne dadurch begegnet werden, dass für die einzelnen Teilbereiche, ausgehend vom Gesamtmodell, Untermodelle erarbeitet würden, die dann empirisch überprüfbar seien.

Alle hier vorgestellten Modelle betrachten Gesundheitskompetenz als «wissensbasierte Kompetenz [...], die primär durch Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt wird» (Soellner et al. 2010, 105). Wissen wird dabei in allen Definitionen als bewusstes Wissen und Gesundheitskompetenz als kognitive Kompetenz verstanden. Besonders deutlich wird diese kognitive Ausrichtung in Kickbuschs Definition von Gesundheitskompetenz als «Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken» (Kickbusch 2006, 70). Nach Luhmann (2000, 233) ist eine Entscheidung eine bewusste Wahl für (oder gegen) etwas und zwar – und das ist besonders wichtig – vor dem Hintergrund anderer Wahlmöglichkeiten.

Nun gibt es jedoch viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die wohl mit dem Konzept der (Gesundheits-)Kompetenz umschrieben werden können, aber nicht auf bewusste Entscheidungen zurückzuführen sind. Entsprechend ist – um die berühmte Unterscheidung von Polanyi (1967) aufzugreifen – für das Gesundheitsverhalten nicht nur das *explizite* (oder deklarative), sondern auch das *implizite* (oder prozedurale) Wissen (*tacit knowledge*) von Bedeutung. Dieses Wissen ist zum Beispiel immer dann relevant, wenn man sich gesundheitsförderlich verhält, ohne dass dieses Verhalten bewusst ist oder gar mit Blick auf seine günstigste Wirkung auf die Gesundheit erfolgt. Wenn Abel und Bruhin (2003, 129) Gesundheitskompetenz als «wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung» bezeichnen, dann macht es aus der hier verfolgten Optik Sinn, das Konzept der Gesundheitskompetenz nicht nur auf das explizite Wissen und damit auf die bewussten Entscheidungs-

gen zur *gesunden Wahl* (*healthy choice*) zu beschränken, sondern auch unbewusste Aspekte einer gesundheitsförderlichen Lebensführung einzubeziehen, die auf implizitem Wissen gründen.

Die neurobiologische Forschung hilft dabei, diesen Einbezug des impliziten (und damit prozeduralen) Wissens in das Konzept der Gesundheitskompetenz weiter zu begründen. So führt Roth (2012, 84) aus, dass nur die Prozesse im assoziativen Kortex (einem Bereich der Grosshirnrinde), in dem die bewussten Entscheidungen getroffen werden, bewusst wahrgenommen werden. Viele Prozesse des Gehirns erfolgen jedoch unbewusst. Dabei ist vor allem das limbische System im Inneren des Gehirns von Bedeutung, weil hier die emotionale Prägung menschlichen Erlebens erfolgt, die (auch) für das Gesundheitshandeln von elementarer Wichtigkeit ist.

Wir gehen also in leichter Abwandlung der oben ausgeführten Definition von Kickbusch davon aus, dass der Begriff *Gesundheitskompetenz* die Fähigkeit eines Menschen umschreibt, sich im Alltag gesundheitsförderlich zu verhalten, ungeachtet ob die Verhaltensweisen auf bewusste Entscheidungen (auf die *gesunde Wahl*) zurückgeführt werden können oder unbewusst erfolgen. Die aktuelle Gesundheitskompetenz eines Menschen kann dabei als das Ergebnis aller diesbezüglichen Erfahrungen bezeichnet werden, die dieser Mensch im Laufe seines Lebens gemacht hat. Sie entspricht in diesem Sinn einem immensen komplexen Bündel von neuronalen und psychischen Strukturen, das sich im Verlauf seiner Entwicklung gebildet hat. Strukturen werden in der Systemtheorie als *Möglichkeitsspielräume* bezeichnet (Luhmann, 1994, 384), die gleichzeitig das Resultat und die Grundlage unbewusster und bewusster Informationsverarbeitung darstellen, oder in den Worten von Hüther und Krens (2008, 79) aus der Perspektive der Neurobiologie ausgedrückt:

Man kann mit Hilfe seines Gehirns gar nichts Neues lernen, sondern immer nur etwas Neues hinzulernen. Das hat einen sehr einfachen Grund: Neues kann im Gehirn nur verankert werden, indem es mit etwas verbunden wird, das bereits vorhanden ist, das also bereits vorher erlernt worden ist. Das gilt für Erwachsene ebenso wie für Kinder.

Die verfügbaren neuronalen und die psychischen Strukturen bilden demnach zu jedem Zeitpunkt die Basis für die Bildung von neuen Strukturen. Der Prozess dieser Neubildung kann ganz allgemein formuliert als (bewusstes oder unbewusstes) *Lernen* bezeichnet werden (Hafen, 2013a, 23). Je komplexer der Strukturreichtum in einem System ist, desto schwieriger ist es, mittels isolierter Interventionsversuche substanziale Struktur Anpassungen (Lernprozesse) in diesem System zu bewirken. Darum ist es im Erwachsenenalter so schwierig, sich und andere zu ändern (Roth, 2012).

Die Bedeutung der unbewussten Aspekte von Kompetenzen und der eingeschränkten Veränderbarkeit von strukturreichen Systemen gilt nicht nur für die Gesundheitskompetenz, sondern für alle Lebenskompetenzen, also auch für alle Sozial- und Selbstkompetenzen (Hafen, 2015d). Die WHO definiert Lebenskompetenzen in ihrem Glossar für Gesundheitsförderung (1998, 15) folgendermassen (Übersetzung durch den Autor):

Lebenskompetenzen sind Fähigkeiten für ein anpassungsfähiges und konstruktives Verhalten, das den Individuen ermöglicht, angemessen mit den Anforderungen und Herausforderungen des Alltags umzugehen.

Als Beispiele werden genannt: Entscheidungen fällen, Probleme lösen, kreatives Denken, kritisches Denken, Selbsterkenntnis, Empathie, kommunikative Kompetenzen, Kompetenzen für interpersonale Beziehung, emotionale Kompetenz oder die Fähigkeit, Stress zu regulieren. Diese Beispiele zeigen, dass das Konzept der Lebenskompetenzen alle Fähigkeiten umfasst, die für ein gelingendes Leben von Bedeutung sind. In diesem Sinn bestätigt sich, dass das Konzept der Lebenskompetenzen das Konzept der Gesundheitskompetenz umfasst, da die Gesundheit ein wichtiger Aspekt des Lebens ist. Selbstverständlich stellt sich dann noch die Frage, wie man Gesundheit definiert. Sieht man sie primär als Abwesenheit von Krankheit, dann entsprechen die Gesundheitskompetenzen den oben beschriebenen bewussten und unbewussten Fähigkeiten, welche den Menschen vor Krankheiten schützen (Hafen, 2014b). Definiert man Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern auch als vollständiges psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden wie die WHO (1998), dann erweitert sich die Zahl der Kompetenzen, welche die Gesundheit ermöglichen. Insgesamt lässt sich sagen, dass es sich sowohl bei den Lebens- als auch bei den Gesundheitskompetenzen um individuelle Schutzfaktoren handelt, wobei fehlende Kompetenzen wie erwähnt zu Belastungsfaktoren für die allgemeine oder gesundheitliche Entwicklung werden können.

## Die Bedeutung der frühen Kindheit

Gehen wir davon aus, dass neue Strukturen immer auf Basis bestehender Strukturen gebildet werden, liegt der Schluss nahe, dass die zuerst gebildeten Strukturen im Leben eines Menschen von besonderer Bedeutung sind. Diese Erkenntnis ist nicht neu, und sie findet nicht nur in der Neurobiologie, sondern auch in der Entwicklungspsychologie, der Tiefenpsychologie, der Stressforschung und in vielen anderen wissenschaftlichen Disziplinen umfassende Bestätigung. Damit rückt die frühe Kindheit in den Fokus von Prävention und

Gesundheitsförderung (Häfen, 2014a–c; 2015a–b). Die entsprechende These ist, dass viele der wichtigsten Schutzfaktoren ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben und entsprechend die Gesundheitskompetenz mitbegründen und dass Belastungsfaktoren in dieser Lebensphase eine besonders starke Wirkung entfalten, da die nötigen Schutzfaktoren noch nicht vollständig ausgebildet sind. Einfacher formuliert: Kleine Kinder sind in vielen Hinsichten schutzlos. Entsprechend ist es eine wirkungsvolle Strategie, im ersten Lebensabschnitt (das heisst von der Schwangerschaft bis zum Alter von vier bis fünf Jahren) die Familien dabei zu unterstützen, ihren Kindern möglichst günstige Entwicklungsbedingungen zur Verfügung zu stellen. Solche Bedingungen zeichnen sich wie erwähnt dadurch aus, dass sie beim Kind möglichst wenig Stress erzeugen, dass sie ihm den Aufbau einer guten Bindung zu den wichtigsten Bezugspersonen ermöglichen und dass die Umgebung so anregungsreich gestaltet ist, dass das Kind die körperlichen, psychischen und sozialen Kompetenzen aufbauen kann, die es im weiteren Leben braucht. Einige dieser Kompetenzen sollen nun mit Blick auf die Fachliteratur näher angeschaut und in Bezug zu Massnahmen der Frühen Förderung gestellt werden.

### Die Stressverarbeitungs-fähigkeit

Stress ist nicht nur im Erwachsenenalter ein Schlüsselmechanismus für die psychische und die körperliche Gesundheit (Servan-Schreiber, 2006) sowie das Sozialverhalten (Bauer, 2011), sondern auch in der frühen Kindheit. So zeigen etwa Shonkoff und Garner (2012) oder Danese und McEwen (2012) in ihren Literaturübersichten, dass übermässiger Stress das Gehirn von kleinen Kindern schädigt und dass diese Schädigung negative Folgen für das ganze spätere Leben hat. Diese Folgen manifestieren sich nicht nur in Form von psychosozialen Störungen wie Depression und Aggressivität, sondern auch in Form diverser körperlicher Krankheiten. Shonkoff (2011) folgert daraus, dass sich die Frühe Förderung nicht darauf beschränken darf, Kindern eine anregende Umgebung zu bieten. Vielmehr müsse sie auch darauf ausgerichtet sein, stressauslösende Faktoren wie häusliche Gewalt oder emotionale Vernachlässigung möglichst weitgehend auszuschliessen. Im Hinblick auf die Stressverarbeitungs-fähigkeit formuliert er dies, dass ganz kleine Kinder Belastungen in ihrer Umwelt noch weitgehend schutzlos ausgeliefert sind, weil sich die Stressverarbeitungs-fähigkeit zuerst noch ausbilden muss. Wie dies auf der körperlichen Ebene geschieht, zeigen die Forschungsergebnisse aus Epigenetik und Neurobiologie.

Die Epigenetik (Bauer, 2006; Kegel, 2009; Rutter, 2006) ist die Lehre der Genaktivierung. Diese Disziplin geht davon aus, dass die Gene, die wir von

unseren Eltern erben und die in jedem Zellkern vorhanden sind, sehr selektiv aktiviert sind. So sind zum Beispiel die Gene, die unsere Verdauung regeln, in den Hautzellen nicht aktiviert. Die These der Epigenetik ist nun, dass die Aktivierung einzelner gesundheitsrelevanter Gene durch Prozesse in der Umwelt beeinflusst wird. So legt Bauer (2006, 162f.) mit Blick auf die Stressforschung dar, dass jeder Mensch über ein Stressgen verfügt, das von Geburt an aktiviert ist. Das ist eine evolutionäre Notwendigkeit, denn wenn ein Lebewesen mangels Stressentwicklungsfähigkeit nicht auf Gefahren in seiner Umwelt reagieren kann, ist es diesen relativ schutzlos ausgeliefert. Gemäss Bauer besitzen Menschen und viele Tierarten zusätzlich ein Anti-Stressgen. Dieses wird aktiviert, wenn der Mensch in den ersten Lebensmonaten die Erfahrung gemacht hat, dass bei stressauslösenden Reizen wie Hunger oder Einsamkeit jemand da ist, der für Nahrung und emotionale Zuwendung sorgt. Bleibt diese Zuwendung in der ersten Lebensphase immer wieder aus, so bleibt das Anti-Stressgen deaktiviert. Das bedeutet, dass vernachlässigte Kinder Zeit ihres Lebens unter einer erhöhten Stressanfälligkeit leiden, was sich ungünstig auf ihre psychische und körperliche Gesundheit wie auch auf ihr Sozialverhalten auswirkt.

Rutter (2007) betont, dass das interdisziplinäre Forschungsgebiet der Epigenetik noch sehr jung ist und noch kaum abgeschätzt werden kann, welche sozialen Aspekte sich über die Anpassung der Gene auf das Leben einzelner Menschen und ihrer Nachkommen auswirken. Er fasst drei wichtige Schlussfolgerungen zusammen, die sich nach dem aktuellen Stand der Forschung ergeben:

- > Das Auftreten von psychischen Störungen korreliert zu einem bedeutenden Anteil mit epigenetischen Effekten, die sich durch schützende oder gefährdende Umweltbedingungen von Kindern ergeben.
- > Ein Teil des Risikos, das mit einer gefährdenden Umwelt verbunden ist, beruht daher stärker auf epigenetischen, als auf rein sozialisationsbedingten psychischen Effekten.
- > Im Vordergrund der Erforschung dieser Zusammenhänge sollte nicht die Identifikation weiterer beteiligter Gene stehen, sondern die Erforschung konkreter Verhaltensweisen, welche die Umwelt eines Kindes über den Stressmechanismus förderlich oder riskant machen.

Gemäss Rutter zeigt sich immer deutlicher, dass nicht nur die soziale Umwelt die Gene, sondern auch die Gene die soziale Umwelt beeinflussen. Die Forschung tue daher gut daran, die Einflüsse nicht eindimensional, sondern in ihrer Wechselwirkung zu untersuchen.

Die neurobiologische Forschung belegt, dass übermässige Stressbelastung in der frühen Kindheit auch auf der Ebene der neuronalen Netzwerke zur

Bildung ungünstiger Strukturen führt. So zeigt Bauer (2011), wie emotionale Vernachlässigung in der frühen Kindheit zu einer Reduktion der Aggressionsregulierung führt. Aggression ist eine notwendige Reaktion auf Schmerz, ungeachtet, ob dieser Schmerz durch Verletzung des Körpers oder durch soziale Prozesse, wie beispielsweise Ausgrenzung, bewirkt wird. Während ein emotional angemessen betreutes Kind im präfrontalen Kortex (unserem *Denkzentrum*) im frühen Kindesalter ein neuronales Netzwerk zur Aggressionsregulation entwickelt, fehlt dieses Netzwerk bei vernachlässigten Kindern ganz oder teilweise. Das führt mit erhöhter Wahrscheinlichkeit dazu, dass diese Menschen im späteren Leben ihre Aggressivität nur schlecht bewältigen können, und aufbrausend oder gefühlkalt-sadistisch werden. Diese sozial bedingten neuronalen Defizite lassen sich nach Bauer bei verurteilten Gewalttätern mit grosser Regelmässigkeit nachweisen.

Die Erkenntnisse aus Epigenetik und Neurobiologie liefern zweifellos wichtige Erkenntnisse für die Frühe Förderung. So gibt es eine fast nicht mehr überblickbare Menge an pädagogischer Fachliteratur, die sich mehr oder weniger explizit auf die neurobiologische Forschung bezieht (vgl. etwa Hüther und Krens, 2008; Hüther und Nitsch, 2009; Bauer, 2007). Es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass diese Erkenntnisse nicht grundsätzlich neu sind. Das an Freuds Phasenmodell orientierte Stufenmodell der Entwicklung von Erikson (1957), die Bindungstheorie (unter anderem Bowlby, 1951), Theorien des sozialen Lernens (etwa Bandura, 1979), der ökologische Ansatz von Bronfenbrenner (1981), die Resilienzforschung (Werner, 1992) und weitere entwicklungsorientierte Ansätze weisen seit langem auf die Bedeutung der ersten Lebensjahre für die psychosoziale Entwicklung eines Kindes hin. Und auch die herkömmliche Stressforschung (Selye, 1991; Lazarus, 1999) kommt zu ganz ähnlichen Erkenntnissen wie die Neurobiologie mit ihren bildgebenden Verfahren.

### **Die Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstregulation und Selbstkontrolle**

Neben der Stressverarbeitungsfähigkeit gibt es eine Reihe von weiteren Schutzfaktoren oder Lebenskompetenzen, welche die Resilienz eines Menschen im späteren Leben begünstigen. Ein Beispiel ist die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1997), die in Präventionfeldern wie der Suchtprävention als Schutzfaktor angeführt wird (vgl. etwa Gilles et al., 2006). Wenn ein kleines Kind über Jahre hinweg immer wieder die Erfahrung macht, dass es die Herausforderungen überwinden kann, die der Alltag stellt, und dass es beim Erfolg seiner Anstrengungen von relevanten Bezugspersonen gelobt beziehungsweise

beim Misserfolg getröstet und zu einem neuen Versuch ermuntert wird, dann entwickelt sich so etwas wie eine Grundhaltung: «Ich kann etwas und mir wird von meinem Umfeld etwas zutraut». Der Versuch, eine solche Grundhaltung später im Rahmen eines Präventionskurses zu entwickeln, wird im Vergleich nur wenig Wirkung erzeugen. Zu viel ist schon passiert, als dass sich ein so grundlegendes Strukturbündel wie die Selbstwirksamkeitserwartung mit wenigen Interventionsversuchen nachhaltig verändern liesse. Da braucht es schon sich über einen längeren Zeitraum wiederholende Erfahrungen, die sich zum Beispiel ergeben können, wenn Jugendliche in einer Sportart oder einem Hobby überdurchschnittlich erfolgreich sind. Umgekehrt ist es auch möglich, dass eine in der frühen Kindheit ausgebildete Selbstwirksamkeitserwartung später untergraben wird, etwa dann, wenn bestimmte Beeinträchtigungen wie eine Legasthenie im Schulsystem zu wiederholten Erfahrungen des Misserfolgs führen.

Es ist leicht plausibel zu machen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung auch im Erwachsenenalter in engem Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz oder einer erfolgreichen Lebensbewältigung steht. Wenn sich eine Patientin im Kontext einer Behandlung im Medizinsystem selbstbewusst einbringen und Einfluss auf die medizinischen Entscheidungen nehmen soll, dann reicht das explizite Wissen um die Bedeutung dieses Einflusses nicht aus. Es genügt auch nicht, dass sie über die Wege Bescheid weiss, auf denen sie ihren Einfluss geltend machen kann. Was die Patientin zusätzlich braucht, ist ein gutes Selbstbewusstsein für den Austausch mit dem medizinischen Fachpersonal und eben die Erwartung, dass sie mit ihren Meinungen und Bedürfnissen ernst genommen wird. Diese Aspekte der Gesundheitskompetenz können nicht im Rahmen von Gesundheitsförderungsaktivitäten gelehrt werden; sie entwickeln sich im Laufe des Lebens, wobei den Erfahrungen in der frühen Kindheit wie gezeigt eine besondere Bedeutung zukommt.

Als weiteren Schutzfaktor und damit Aspekt der Gesundheitskompetenz lässt sich die Selbstregulation oder Selbstkontrolle nennen. Auch sie wird in der frühen Kindheit vorgeprägt und ist von Bedeutung für die Steuerung des emotionalen und sozialen Verhaltens. Zudem ist sie ein wichtiger Prädiktor für den Schulerfolg, das Lebenseinkommen, gesetzwidriges Verhalten, den Konsum von Suchtmitteln und den allgemeinen Gesundheitszustand im späteren Leben (Moffitt et al., 2011). Diese Erkenntnisse beziehen sich auf Langzeituntersuchungen von Menschen, die als kleine Kinder an Untersuchungen zur Entwicklung von Selbstkontrollstrategien teilgenommen hatten (Mischel und Mischel, 1983). Diesen Kindern wurde ein *marshmallow* auf einem Teller hingestellt. Dann teilte ihnen die Untersuchungsleiterin mit, dass sie den Raum kurz verlassen müsse. Dabei gab sie ihnen das Versprechen, dass sie noch eine zweite dieser Süssigkeiten bekämen, falls sie die erste erst dann ässen, wenn

die Untersuchtungsleiterin wieder zurückkomme. In diesen Untersuchungen zeigte sich, dass die einzelnen Kinder bis zum Alter von sechs Jahren in ganz unterschiedlichem Ausmass Strategien zur Bedürfnisaufschiebung entwickelt hatten, und dass sich anhand dieser Strategien voraussagen liess, welche der Kinder im späteren Leben eher Verhaltens- und Gesundheitsprobleme entwickeln würden. Wie wichtig die Kompetenz zur Bedürfnisaufschiebung im späteren Leben sein kann, zeigt sich ja nicht nur in der Suchtprävention, sondern auch in andern Präventionsfeldern wie der Schuldenprävention.

## Risikokompetenz

Wie bereits mit Bezug auf Luhmann (2000, 233) hergeleitet, ist eine Entscheidung eine bewusste Wahl für (oder gegen) etwas, und zwar – und das ist besonders wichtig – vor dem Hintergrund anderer Wahlmöglichkeiten. Das Gegenstück der *gesunden Entscheidung*, der *healthy choice* ist in diesem Sinn nicht selten eine ungesunde und damit auch riskante Wahl. Risikokompetenz kann entsprechend als Schutzfaktor angesehen werden, der sowohl für die Gesundheit als auch für ein gelingendes Leben im Allgemeinen von Bedeutung ist. Sie entspricht der Fähigkeit, Risiken angemessen einzuschätzen und das Verhalten dieser Einschätzung anzupassen, ohne den Risiken grundsätzlich auszuweichen. Auch diese Kompetenz kann bereits in der frühen Kindheit gefördert werden (Ruhe, 2013), und wie anderes gesundheitsrelevantes Verhalten erfolgt die Entscheidung in einem konkreten Moment nicht ausschliesslich bewusst, sondern ist auch von unbewusster Motivation abhängig. Die Forschung (etwa Gigerenzer, 2013) zeigt denn auch, dass Risikokompetenz weniger auf der Fähigkeit rationalen Abwägens beruht als auf Intuition. Diese Intuition kann nicht gelehrt werden; sie ergibt sich aufgrund von Erfahrungen im Umgang mit riskanten Situationen. Gerade in pädagogischen Kontexten schränkt das wachsende Sicherheitsbedürfnis diese Erfahrungsmöglichkeiten für die Kinder der zunehmend dadurch ein, dass immer mehr Tätigkeiten von Kindern (auf Bäume klettern, mit dem Fahrrad zur Schule fahren et cetera) unterbunden werden. Dadurch wird nicht nur der Erwerb einer angemessenen Risikokompetenz für das spätere Leben erschwert; es wird auch nicht oder zumindest nicht ausreichend beachtet, dass die Einschränkungen selbst (meist längerfristige) Risiken mit sich bringen, weil Kinder gewisse Erfahrungen nicht machen können.

Präventionstheoretisch lässt sich das wachsende Sicherheitsbedürfnis durch einen Mechanismus erklären, der in der Prävention allgegenwärtig ist, nämlich das «Risiko-Ignoranz-Risiko» (Fuchs, 2008, 371). Dadurch, dass die Prävention zukünftige Gefahren in Bezug zu gegenwärtigen Entscheidungen

setzt, transformiert sie diese Gefahren zu Risiken, denen man vorbeugen kann. Entscheidet man sich gegen die Vorbeugung und ignoriert damit das Risiko oder nimmt es in Kauf, sieht man sich beim Eintreten des Problems (zum Beispiel eines Unfalls) rasch mit dem Vorwurf konfrontiert, dass man sich oder andere hätte schützen können/sollen. Dieser Mechanismus setzt Individuen und Organisationen unter Entscheidungs- und Rechtfertigungsdruck, der pädagogischen Bestrebungen bisweilen zuwiderläuft. Dieser Druck hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass Unfälle (zum Beispiel in einem Pfadfinderlager) in zunehmendem Ausmass rechtliche Konsequenzen haben, während für die negativen Folgen, die das übersteigerte Sicherheitsempfinden mit sich bringt, niemand belangt werden kann.

## Lebensstilbezogene und Sozialkompetenzen

Wie wichtig die frühe Kindheit für das spätere Leben ist, lässt sich auch an Beispielen zeigen, die mit dem Lebensstil zu tun haben. Faktoren des Lebensstils rücken in den industrialisierten Ländern ja bekanntlich immer in den Fokus der Gesundheitsförderung und der Public-Health. So ist hinlänglich bekannt, dass wir zu viele Suchtmittel (insbesondere Alkohol und Tabak) konsumieren, uns zu wenig bewegen, uns nicht ausgewogen genug ernähren, und dass diese Aspekte des Lebensstils für zahlreiche Krankheiten mitverantwortlich sind. Die vielfältigen Versuche, den Lebensstil durch Sensibilisierung in Form von Kampagnen oder Broschüren zu verändern, erweisen sich als nicht sehr wirkungsvoll. Erfolgversprechender sind da schon Massnahmen, die auf der Verhaltens- und Kaufebene ansetzen, also Verkaufsbeschränkungen, durch Steuern bewirkte Preiserhöhungen oder Deklarationspflichten bei Lebensmitteln. Solche Massnahmen wiederum widersprechen den hoch gehaltenen Prinzipien der Eigenverantwortung und des *freien Marktes*.

Wie bei den anderen gesundheits- und lebensrelevanten Schutzfaktoren lässt sich vermuten, dass sich aus dem Lebensstil und den damit zusammenhängenden Verhaltensweisen ein lebenslang gewachsenes Geflecht von Strukturen ergibt, die ihre Wirkung meist unbewusst entfalten. So ist zum Beispiel der Einfluss der Familie auf das Suchtverhalten von Jugendlichen umfassend belegt (vgl. etwa Jackson et al., 1997), und es gibt Hinweise darauf, dass dies auch bei anderen Aspekten des Lebensstils nicht anders ist.

Nehmen wir als Beispiel das Bewegungsverhalten, das zusammen mit dem Ernährungsverhalten der wichtigste Einflussfaktor auf das (seit vielen Jahren zunehmende) Durchschnittsgewicht der Bevölkerung und die damit verbundenen Folgeprobleme (Herz-/Kreislaufprobleme et cetera) ist. So untersuchte Hüttenmoser (1995) zwei Gruppen von fünfjährigen Kindern. Die Kinder



der ersten Gruppe (A-Kinder) konnten sich ohne Begleitung Erwachsener in der Wohnumgebung vor dem Haus aufhalten und dort spielen, während die Kinder der anderen Gruppe (B-Kinder) die Wohnung aus Sicherheitsgründen (Verkehr) nur in Begleitung Erwachsener verlassen konnten. Die A-Kinder zeigten signifikant bessere Werte bei den motorischen Fähigkeiten, dem Sozialverhalten und der Selbstständigkeit, weil sie sich deutlich häufiger bewegten, mehr Sozialkontakte hatten und weniger Überbetreuung ausgesetzt waren als die Kinder aus der B-Gruppe. Bewegungsverhalten, motorische Fähigkeiten, Sozialkompetenz, Selbstständigkeit – all dies sind Faktoren, die nicht nur für den Eintritt in den Kindergarten, sondern für das ganze spätere Leben von Bedeutung sind. Das Beispiel zeigt, dass wirkungsvolle Prävention in Hinblick auf das Bewegungsverhalten weniger auf Sensibilisierung als auf die Gestaltung einer bewegungs- und kontaktförderlichen Umwelt ausgerichtet und entsprechend bei der Ausgestaltung der Siedlungs- und Verkehrspolitik berücksichtigt sein sollte.

Als weiteres Beispiel für die frühkindliche Prägung lebensstilbezogener Gesundheitskompetenzen kann das Einkaufsverhalten herangezogen werden. So wurden in den Studien von Dalton et al. (2005) und Sutherland et al. (2008) Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren dazu eingeladen, in einem Spiel-Einkaufsladen mit realitätsnah gestalteten Produkten für eine Woche einzukaufen. Gleichzeitig bat man die Eltern (mehrheitlich die Mütter) einen virtuellen Einkaufszettel für eine Woche auszufüllen. Die Ergebnisse zeigten, dass 28,3% der Kinder Tabakwaren und 61,9% alkoholische Getränke (Dalton et al., 2005) kauften, während nur 10% der Kinder mehrheitlich gesunde Produkte in ihren Einkaufswagen legten (Sutherland et al., 2008). Beeindruckend bei beiden Studien war, dass das Einkaufsverhalten der Kinder weitestgehend mit dem Einkaufsverhalten der Eltern übereinstimmte.

Auch in Hinblick auf die Bildung der Sozialkompetenz lässt sich die Bedeutung der ersten Lebensphase einfach belegen. Eine wichtige Voraussetzung für sozialkompetentes Verhalten ist die Bindungsfähigkeit eines kleinen Kindes, die sich in einem Zusammenspiel aus genetischen Voraussetzungen und sozialen Erfahrungen entwickelt. Nach Rösler und Röder (2014, 63 f.) lassen sich am Ende des ersten respektive Mitte des zweiten Lebensjahres bereits Unterschiede in der Bindungsqualität erkennen und vier Bindungsmuster unterscheiden: Sichere, unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente und desorganisierte Bindung. Diese Muster sind für die weitere Entwicklung der Sozialkompetenz prägend, was sich im Sozialverhalten der Kinder niederschlägt. So zeigen Simoni et al. (2008) in ihrer Studie zur Entwicklung von Sozialkompetenz in den ersten beiden Lebensjahren, dass sich wichtige Formen prosozialen Verhaltens – das Anbieten von Objekten, Zuneigung zeigen, Assistieren, Trösten, Wiedergutmachung sowie prosoziales Verhalten gegenüber Objekten – bei den

untersuchten Spielgruppen-Kindern schon ab dem Alter von acht bis 16 Monaten in unterschiedlicher Ausprägung beobachten lassen, ohne dass die Kinder zu diesem Verhalten aufgefordert wurden. In Hinblick auf die Ursachen von Konflikten zwischen den Kindern zeigte sich, dass Besitz und Hierarchie erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres an Bedeutung gewinnen. Davor entstehen Konflikte eher dadurch, dass ein Kind seine Neugier befriedigen will, was man mit dem Objekt machen kann, mit dem ein anderes Kind gerade spielt.

## Sprachkompetenz und Intelligenz

Gerade für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind die Erkenntnisse zum Spracherwerb von entscheidender Bedeutung. Gemäss Rösler und Röder (2014, 39) ist der Erwerb einer Zweitsprache mit muttersprachlicher Kompetenz für die allermeisten Kinder (95%) nur bis zum Ende des sechsten Altersjahres möglich. Das bedeutet, dass Kinder aus fremdsprachigen Familien so früh als möglich regelmässigen Kontakt zu Kindern und Erwachsenen haben sollten, welche die Sprache des Landes sprechen, in dem das Kind später die Schule besucht. Der regelmässige Besuch einer landessprachlichen Spielgruppe (mindestens zwei halbe Tage pro Woche) reichen dafür vollkommen aus, da in diesem Alter der gleichzeitige Erwerb von zwei und mehr Sprachen von einem Kind problemlos bewältigt werden kann. Verfügt ein Kind beim Schuleintritt lediglich über Kenntnisse der eigenen Muttersprache, ist es im Hinblick auf eine erfolgreiche Schulkarriere benachteiligt und wird mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit besondere Förderung benötigen.

Wenden wir uns zum Abschluss unserer Beschreibung den Entstehungsbedingungen elementarer Lebenskompetenzen in Anlehnung an Rösler und Röder (2014, 47 ff.) der Entwicklung der allgemeinen Intelligenz respektive der kognitiven Grundfähigkeiten zu. Die allgemeine Intelligenz (gemessen mit dem IQ-Test) beim Schuleintritt korreliert mit dem Schulerfolg, dem Berufserfolg, dem Lebenseinkommen, der Wahrscheinlichkeit, gesundheitliche Risiken einzugehen und der sozialen Mobilität. Im Vergleich zu allen anderen psychologischen Variablen, die auch einen Vorhersagewert für solche Indikatoren haben, erklärt die allgemeine Intelligenz den grössten Anteil individueller Unterschiede in einer Population.

Das Verhältnis von genetischen Voraussetzungen und vorgeburtlichen Einflüssen (*nature*) und den Umweltbedingungen in den ersten Lebensjahren (*nurture*) ist gemäss Roth (2012, 157) in etwa ausgeglichen. Das bedeutet, dass Lebensbedingungen nach der Geburt auch im Hinblick auf die Entwicklung der Intelligenz eine entscheidende Bedeutung zukommt. Wie gross dieser Einfluss gerade bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien sein kann,

zeigt sich im viel zitierten Perry-Programm zur Förderung sozial benachteiligter Kinder (Schweinhart et al., 2005; Heckman und Masterov, 2007): 67 % der Kinder, die im Alter von drei und vier Jahren in einer Kindertagesstätte betreut wurden, wiesen im Alter von fünf Jahren einen IQ von über 90 Punkten auf, während es bei der nicht geförderten Kontrollgruppe nur 28 % waren. Der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegt bei 100 Punkten; bei 75 Punkten wird die Grenze zur Schulbildungsfähigkeit angesetzt.

In Hinblick auf die Förderung von kognitiver Leistungsfähigkeit ist an dieser Stelle zu betonen, dass es explizit nicht um eine Verschulung der frühen Kindheit geht, sondern um das Bereitstellen einer anregenden Umgebung, die zum freien Spiel (möglichst mit anderen Kindern) einlädt, und um erwachsene Bezugspersonen, die dem Kind Aufmerksamkeit und positive soziale Resonanz schenken (Stamm, 2014). Diese Bedingungen ermöglichen nicht nur den Erwerb sozialer, emotionaler und motorischer Kompetenzen; sie bilden auch die perfekte Basis für die Entwicklung der kognitiven Kompetenz.

### Die Förderung von Lebenskompetenzen in der frühen Kindheit

Die oben dargelegten theoretischen Überlegungen zur Bedeutung früh gebildeter Strukturen und die reichlich vorhandene, hier nur sehr exemplarisch vorgestellte empirische Evidenz deuten darauf hin, dass die Grundlagen der meisten Lebens- oder Gesundheitskompetenzen in der frühen Kindheit gelegt werden. Qualitativ hochstehende Massnahmen zur Förderung von kleinen Kindern und ihren Familien im Rahmen von Kindertagesstätten, sozialpädagogischer Familienbegleitung, Sozialhilfe et cetera erweisen sich in dieser Hinsicht als höchst wirkungsvoll und insbesondere auch kosteneffizient. Das gilt ganz speziell, wenn sie sich an Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien richten (Heckman und Masterov, 2007; Barnett, 2011; Hafen, 2014a; 2015a). Dabei ist zu beachten, dass nicht nur die Kompetenzen der Kinder gefördert werden, sondern auch darauf geachtet wird, dass stressauslösende Belastungsfaktoren wie emotionale Vernachlässigung oder Gewalt in der Familie so weit wie möglich reduziert werden, denn ebenso wie viele Schutzfaktoren hat auch eine hohe Stressbelastung in der frühen Kindheit Auswirkungen auf das ganze Leben (Shonkoff und Garner, 2012; Danese und McEwen, 2012).

Es bietet sich also an, bei der Konzeption von Massnahmen nicht nur Schutz-, sondern auch Belastungsfaktorenansätze zu berücksichtigen. Dabei wird gerade am Beispiel der Frühen Förderung deutlich, dass die Prävention nicht nur durch personenorientierte, sondern vor allem auch durch umfeldorientierte Massnahmen Wirkung erzeugt. Letztlich werden die Lebens- und Gesundheitskompetenzen von kleinen Kindern nicht primär bei diesen direkt

gefördert, sondern dadurch, dass seine relevante Umwelt möglichst stressfrei und anregungsreich gestaltet ist und mit tragenden Beziehungen bereichert wird. Die Förderung der Kinder erfolgt in diesem Sinn durch – wie einleitend erwähnt – strukturelle Massnahmen (Kinderzulagen, Elternschaftsurlaub, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle) und professionelle Unterstützung der Familien (medizinische Betreuung, sozialpädagogische Familienbegleitung, Sozialhilfe et cetera), aber auch durch ein Angebot an qualitativ hochstehender familienergänzender Kinderbetreuung, die den Familien und den Kindern zugutekommt (Hafen, 2014a; 2015a). Dadurch verändert sich die relevante Umwelt der Kinder, was zu verbesserten kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen führt, die wiederum Schulkarriere und Berufseinstieg begünstigen und die Wahrscheinlichkeit von unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Problemen sowie von Suchterkrankungen reduzieren (vgl. zu letzterem in Bezug auf das Rauchen etwa Anderson et al., 2010).

### Politik der Frühen Förderung

Die US-amerikanischen Langzeitstudien, in denen die langfristige Wirkung von Fördermassnahmen in der frühen Kindheit umfassend belegt wurde, geben auch Hinweise auf die hohe Kosteneffizienz dieser Massnahmen. So liegt der *return on investment* (ROI) für Programme, die sich an Kinder aus sozial benachteiligten Familien richten, gemäss Heckman und Masterov (2007) zwischen 1:8 und 1:16,5 – je nachdem, ob das Lebenseinkommen einberechnet wird oder nicht. Ausformuliert bedeutet dies, dass die finanziellen Aufwendungen für diese kostspieligen Programme durch Einsparungen im Bildungsreich, im Bereich der Arbeitsintegration, der Sozialhilfe, des Strafvollzugs und des Gesundheitsbereichs sowie durch Mehreinnahmen in Form von Steuern um ein Mehrfaches aufgehoben wurden. Wenn sich die Massnahmen an Kinder aus allen Schichten richten, sinkt der ROI zwar, beträgt aber immer noch zwischen 1:2 und 1:3. Frühe Förderung ist demnach ein rentables Geschäft, und aus ökonomischer Perspektive kann es sich ein Staat eigentlich gar nicht leisten, *nicht* in die Frühe Förderung zu investieren. Dies als Gegenargument zu dem im politischen Diskurs immer wieder vorgebrachten Verweis auf die (zu) hohen Kosten, die ein substanzialer Ausbau der Frühen Förderung mit sich bringen würde.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht nur aus ethischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen kaum nachzuvollziehen, warum die Schweiz so wenig in die Frühe Förderung investiert. Gemäss dem neuesten OECD-Bildungsbericht (OECD, 2015, 430) wendet die Schweiz 0,2 % ihres Bruttoinlandsproduktes (BIP) für den Frühbereich auf (zum Beispiel durch die Vergünstigung

von Angeboten der familienergänzenden Kinderbetreuung), während dieser Wert im Durchschnitt der untersuchten OECD-Staaten bei 0,8 % liegt, also das Vierfache beträgt. Schweden wiederum investiert 1,8 % des BIP in die Frühe Förderung, also neunmal so viel wie die Schweiz. Die Auswirkungen dieser geringen Bereitschaft, in die frühe Kindheit zu investieren, zeigen sich besonders deutlich an den Angeboten für familienergänzende Betreuungsangebote für ganz kleine Kinder. So nutzen lediglich drei Prozent der unter dreijährigen Kinder in der Schweiz ein Angebot der familienergänzenden Kinderbetreuung, während dieser Wert im OECD-Durchschnitt bei 72 % und in Schweden bei 93 % liegt (OECD, 2015, 428). Im Alter von vier Jahren liegt der Schweizer Schnitt bei 41 % (OECD-Durchschnitt: 88 %) und im Alter von fünf Jahren bei 97 % und damit über dem OECD-Durchschnitt von 95 %. Die Schweiz investiert also durchaus in vorschulische Bildung, aber ihre Förderung setzt zu spät ein, was sich vor allem für Kinder aus sozial benachteiligten Familien ungünstig auswirkt.

Die mangelnde Bereitschaft der schweizerischen Politik, in die Förderung kleiner Kinder zu investieren, hat sich bereits an den umfassenden Analysen von Stamm (2009) und Schulte-Haller (2009) gezeigt, die einerseits die mangelnde Investitionsbereitschaft der Politik kritisieren und andererseits die Quantität und Qualität der Angebote der familienergänzenden Bildung, Betreuung und Erziehung bemängeln. Seither hat sich einiges gebessert; vieles liegt aber noch immer im Argen (vgl. dazu auch Hafen, 2015a, 27). Die verfügbaren Angebote im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung sind nach wie vor zu teuer, und zwar nicht nur für sozial benachteiligte Familien, sondern auch für Mittelstandsfamilien, die häufig auf ein Zweiteinkommen angewiesen sind und dann einen grossen Teil dieses Zusatzverdienstes für die familienergänzende Kinderbetreuung aufwenden müssen. So zeigt ein Vergleich der Betreuungseinrichtungen in den Kantonen Zürich und Waadt mit der Situation in Deutschland, Österreich und Frankreich markante Unterschiede auf (Simoni und Wustmann, 2015): So tragen die Eltern im Kanton Zürich 66 % der Kosten für familienergänzende Kinderbetreuung, während im Kanton Waadt 38 % übernommen werden müssen und in allen untersuchten Regionen von Deutschland, Österreich und Frankreich der gleiche Wert immer unter 25 % liegt.

Deutliches Verbesserungspotenzial besteht auch in Hinblick auf die Qualität der Betreuungseinrichtungen. Das hängt zum einen mit den strukturellen Rahmenbedingungen zusammen (zum Beispiel einer zu hohen Zahl zu betreuender Kinder pro ausgebildeter Fachkraft), zum anderen mit dem Ausbildungsstandard der Betreuungspersonen und ihrer geringen Bezahlung, die zu vielen Wechseln führt, was für den Aufbau von tragenden Beziehungen ungünstig ist.

Natürlich kann es nicht das Ziel des Staates sein, von allen in den Bereichen der in der Bildung, Betreuung und Erziehung von kleinen Kindern tätigen Personen Aus- und Fortbildungen einzufordern. Grosseltern, Nachbarn und andere Bezugspersonen leisten eine unverzichtbare Unterstützung. Wenn Bildung, Betreuung und Erziehung jedoch institutionalisiert und gegen (wenn auch geringe) Bezahlung erfolgt (Kinderhütten, Nannies, Tagesfamilien, Spielgruppen et cetera), dann ist eine gewisse Qualitätssicherung unverzichtbar. Diese kann durch Angebote der Fortbildung erfolgen, aber vor allem auch durch einen regelmässigen Austausch mit ausgebildeten Fachleuten. Für die medizinische Betreuung ist eine solide und formalisierte Grundausbildung unbestritten. Kleinen Kindern eine entwicklungsfördernde Umwelt zu bieten, ist in mancher Hinsicht nicht so einfach und selbstverständlich, wie dies im öffentlichen Diskurs dargestellt wird. Aus diesem Grund sind gewisse Qualitätsstandards für Berufe und Professionen unverzichtbar, die im Bereich der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung und in anderen Bereichen der Frühen Förderung, wie der Sozialhilfe oder Elternberatung, tätig sind.

Schliesslich ist in der Schweiz die Vernetzung zwischen den Institutionen aus den Bereichen Bildung/Betreuung/Erziehung, Sozialhilfe, Gesundheitsversorgung, Kinderschutz nur in einzelnen Städten und Gemeinden bereits so weit ausgebaut, wie es fachlich angezeigt wäre. Defizite gibt es auch in der Evaluation von Angeboten der Frühen Förderung. Dabei mangelt es insbesondere an qualitativ hochwertigen Langzeitstudien mit Kontrollgruppen wie beim Projekt *Zeppelin* zur Förderung des Bindungsaufbaus sozial benachteiligter Mütter zu ihren Säuglingen (Lanfranchi und Neuhauser, 2013) – Studien, die auch langfristige Wirkungen der Massnahmen belegen können. Und schliesslich – und das ist der wohl bedeutendste Aspekt – fehlt es nach wie vor an einer nationalen Strategie der Frühen Förderung, die auf eine angemessene Grundversorgung und Forschung im Bereich der Frühen Förderung hinzielt. Der politische Wille hierzu scheint trotz aller wissenschaftlichen Evidenz für die Wirksamkeit der Frühen Förderung einfach noch nicht vorhanden.

## Schlussbemerkungen

Selbstverständlich soll sich die Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen nicht nur auf die frühe Kindheit beschränken. Die Fähigkeit zu lernen hört mit dem Erreichen des fünften Altersjahres nicht einfach auf. Kinder stehen wie Erwachsene unablässig in Kontakt mit ihrer Umwelt und gewinnen dieser Umwelt Informationen ab, die zu erwünschten oder weniger erwünschten Lernprozessen führen (Hafen, 2013). Gerade in Pubertät und Adoleszenz gibt es immer wieder sensitive Phasen, in denen die Jugendlichen besonders

gut auf pädagogische Interventionen ansprechen (Blakemore, 2012). Dabei spielt die Schule als Lernwelt eine entscheidende Rolle. Der neue Lehrplan 21 zeigt, dass der Förderung von Lebenskompetenzen wie Selbstwahrnehmung, Gefühlsbewältigung, Empathie, kritisches Denken, kreatives Denken, Fähigkeit zur Stressbewältigung, Kommunikationsfähigkeit, Fertigkeit, Entscheidungen zu treffen, Problemlösefähigkeit und Beziehungsfähigkeit in Zukunft mehr Gewicht zugemessen werden soll als bis anhin (Departemente «Bildung, Kultur und Sport» [BKS] und «Gesundheit und Soziales» [DGS] des Kantons Aargau, 2012).

Die Frage ist, ob die Förderung dieser Kompetenzen, die zu einem grossen Teil auch Gesundheitskompetenzen darstellen, in den bestehenden Schulstrukturen wirklich nachhaltig möglich ist. Der frühe Selektionsdruck, die auf Fehlervermeidung ausgerichteten Prüfungen, die hohe Bedeutung des Auswendiglernens im Hinblick auf diese Prüfungen, der isolierte Fächerunterricht, die Trennung der Schüler und Schülerinnen in unterschiedliche Leistungsniveaus, das Fehlen von Ganztageschulen, die unzureichende pädagogische Qualifikation der Lehrkräfte, die zu grossen Schulklassen – all dies sind Faktoren, welche die Förderung der genannten Lebenskompetenzen erschweren. Nicht zuletzt die neurobiologische Forschung (etwa Bauer, 2007 oder Hüther und Hauser, 2012) zeigt seit vielen Jahren, dass die Strukturen der Staatsschulen (nicht nur, aber auch) im deutschsprachigen Europa weit hinter den Erkenntnissen aus der Lernforschung herhinken: Sie erzeugen Leistungsdruck, obwohl hinlänglich bekannt ist, dass Leistungsdruck Stress auslöst und Stress alles andere als lern- (und gesundheits-)förderlich wirkt. Dazu kommt, dass die frühe Selektion den unterschiedlichen Entwicklungstempis der Kinder keine Rechnung trägt. Weiter unterwandert die Schule durch ihre Fokussierung auf wenige *Hauptfächer* die Kreativität und die Talente, die jedem Kind angeboren sind. Bewegung und die Schulung musischer und gestalterischer Fähigkeiten kommen viel zu kurz, obwohl bekannt ist, dass sich diese auch positiv auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken. Der Fächerunterricht mit klar definierten Lernzielen dominiert die Lerninhalte, obwohl man weiss, dass selbstbestimmtes, interessengeleitetes Lernen die viel besseren Lernerfolge generiert als fremdbestimmtes.

Weiter erschweren die auf nur wenige Hauptfächer (Landessprache, Fremdsprache, Mathematik) fokussierten PISA-bestimmten Leistungsziele und die grossen Klassen einen Beziehungsaufbau zwischen den Lehrkräften und den einzelnen Schülerinnen und Schülern. Dies geschieht, obwohl bekannt ist, dass eine tragende Beziehung nicht nur für die Prävention und Früherkennung von psychischen und anderen Problemen, sondern auch für die kognitive Leistungsfähigkeit von hoher Bedeutung sind. Die in vielen Kantonen sehr hohe Zahl an Ritalinverschreibungen (Rüesch et al., 2014) sowie die hohen Burnout-Quoten bei Lehrkräften (Bauer, 2009) deuten darauf hin, dass

es mit der Aufnahme von Lebens- und Gesundheitskompetenzen in den Lehrplan alleine nicht getan sein kann. Was es braucht – um es mit den Worten des Bildungsforschers Ken Robinson (2015) zu formulieren – ist nicht eine Reformation des Schulwesens, sondern eine eigentliche Revolution. Erst mit einer solchen, so die daraus resultierende These, wäre eine wirkliche Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen im Kontext der Schule zu erreichen.

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass es aus der Perspektive unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen sinnvoll ist, in die Förderung kleiner Kinder und ihrer Familien zu investieren. Förderung bedeutet dabei nicht, die Kinder durch *Verschulung* ihrer Lebenswelt möglichst effizient auf Schule und Berufsleben vorzubereiten. Im Vordergrund steht vielmehr das Bestreben, den Kindern eine möglichst stressfreie, anregende und durch positive Bindungen geprägte Umgebung zu ermöglichen. Eine solche Umgebung ermöglicht die Bildung von wichtigen Kompetenzen, welche die Entwicklung der Kinder bis ins hohe Erwachsenenalter positiv beeinflussen. Diese Lebenskompetenzen begünstigen die Resilienz, indem sie als Schutzfaktoren die Anfälligkeit gegenüber äusseren Belastungen reduzieren.

Da heute die meisten Familien mit kleinen Kindern auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, ist ein angemessenes Grundangebot an medizinischer Betreuung und pädagogischer Unterstützung bereit zu stellen. Besonders auf Unterstützung angewiesen sind sozial benachteiligte Familien, da sie es oft trotz grosser Anstrengungen und viel guten Willens nicht schaffen, ihren Kindern gute Startbedingungen mit auf den Lebensweg zu geben. Die Einrichtung eines umfassenden Angebots von Unterstützungsleistungen im Bereich der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung, der Medizin und der Sozialen Arbeit entspricht in diesem Sinn einer Ausweitung bildungs-, gesundheits-, sozial- und integrationspolitischer Strategien von Intervention auf Prävention (Hafen, 2015b). Die damit verbundenen Investitionen sind nicht nur volkswirtschaftlich sinnvoll, sondern auch aus einer menschenrechtlichen Perspektive, führt der Ausbau der Frühen Förderung doch zu einer erhöhten Chancengleichheit für jene Kinder, die in schwierige Lebensverhältnisse hineingeboren wurden. Dies ist auch aus ethischer Perspektive wünschenswert, da diese Kinder genauso die Zukunft unserer Gesellschaft darstellen wie alle anderen auch.

## Literatur

Abel, Thomas und Kathrin Sommerhalder (2007). *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

- Anderson, Kathryn H., James Foster und David E. Frisvold (2010). Investing in health: the long-term impact of head start on smoking. *Economic Inquiry*, 48(3): 587–602.
- Bandura, Albert (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, Albert (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barnett, W. Steven (2011). Effectiveness of Early Educational Intervention. *Science*, 333(6045): 975–978.
- Bauer, Joachim (2011). *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. München: Blessing.
- Bauer, Joachim (2009). Burnout bei schulischen Lehrkräften. *Psychotherapie im Dialog*, 10(3): 251–255.
- Bauer, Joachim (2007). *Lob der Schule. Sieben Perspektiven für Schüler, Lehrer und Eltern*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauer, Joachim (2006). *Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bengel, Jürgen, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu den psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Blakemore, Sarah-Jayne (2012). Imaging brain development. *Neuroimage*, 61(2): 397–406.
- Bowlby, John (1951). *Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programmes for the welfare of homeless children*. Geneva: World Health Organization.
- Bronfenbrenner, Urie (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dalton, Madeline A., Amy M. Bernhardt, Jennifer J. Gibson, James D. M. Sargent, Michael L. Beach, Anna M. Adachi-Mejia, Linda Titus-Ernstoff und Todd F. Heatherton (2005). Use of Cigarettes and Alcohol by Preschoolers While Role-Playing as Adults. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(9): 854–859.
- Danese, A. und B. S. McEwen (2012). Adverse childhood experiences, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1): 29–39.
- Departemente «Bildung, Kultur und Sport» (BKS) und «Gesundheit und Soziales» (DGS) des Kantons Aargau (Hrsg.) (2012). *Schwerpunktprogramm «gesund und zwäg i de Schuel»*. Aarau: BKS/DGS.
- Duden (Hrsg.) (2001). *Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache* (3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.
- Erikson, Erik H. (1957). *Kindheit und Gesellschaft*. Zürich: Klett-Cotta.
- Fuchs, Peter (2008). Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuverlässigkeit. In: Saake, Irmhild und Werner Vogd (Hrsg.). *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 363–378.
- Gigerenzer, Gerd (2013). *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: Bertelsmann.
- Gilles, Donna M., Cynthia L. Turk und David M. Fresco (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive Behaviors*, 31(3): 388–398.
- Haas, Sabine und Marion Weigl (2014). *Frühe Hilfen – Eckpunkte eines «Idealmodells» für Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; Bundesministerium für Gesundheit.
- Hafen, Martin (2015a). *Zur Bedeutung professioneller Arbeit im Kleinkinderbereich – ein Argumentarium mit Blick auf theoretische Überlegungen, empirische Evidenz und erfolgreiche Praxis*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2015b). Frühe Förderung als gesundheits-, sozial-, wirtschafts- und integrationspolitische Strategie. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21(5–6): 6–12.
- Hafen, Martin (2015c). Gesundheitskompetenz durch Frühe Förderung. *Journale Gesundheitsförderung*, 3(1): 14–19.
- Hafen, Martin (2015d). Selbst- und Sozialkompetenz in Ausbildungsgängen der Sozialen Arbeit. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 18: 7–23.
- Hafen, Martin (2014a). «Better Together» – Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. 2., überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2014b). Prävention durch Frühe Förderung. *Pädiatrie & Pädagogie*, 49(5): 19–24.
- Hafen, Martin (2014c). Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. *Prävention*, 37(1): 2–7.
- Hafen, Martin (2014d). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese* (3., unveränderte Auflage). Heidelberg: Carl Auer.

Liessmann, Konrad P. (2014). Das Verschwinden des Wissens. *Neue Zürcher Zeitung*, 15.9.: 21.

Luhmann, Niklas (2000). *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Luhmann, Niklas (1994). *Soziale Systeme. Grundrisse einer allgemeinen Theorie* (5. Auflage). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Meier-Gräwe, Uta und Inga Wagenknecht (2011). Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt «Guter Start ins Kinderleben». Expertise. *Materialien zu Frühen Hilfen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Mischel, W. und Harriet N. Mischel (1983). The development of children's knowledge of self-control strategies. *Child Development*, 54: 603-619.

Moffitt, Terrie E., Louise Arseneault, Daniel Belsky und Avshalom Caspi (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. Proceedings of the National Academy of Sciences, 108(7): 2693-2698.

Nutbeam, Dan (2000). Health Literacy as a public goal. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267.

OECD (Hrsg.) (2015). *Bildung auf einen Blick 2015. OECD-Indikatoren*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2011). *Doing Better for Families*. Paris: OECD.

Polanyi, Michael (1967). *The Tacit Dimension*. New York: Anchor Books.

Robinson, Ken und Lou Aronica (2015). *Creative Schools: The Grassroots Revolution That's Transforming Education*. New York: Viking.

Rösler, Frank und Brigitte Röder (2014). *Frühkindliche Sozialisation. Biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven*. Halle/München/Mainz: Nationale Akademie der Wissenschaften

Leopoldina, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften.

Roth, Gerhard (2012). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern* (7. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rüesch, Peter, Szilvia Altwicker-Hamori, Sibylle Juvalta und Dominik Robin (2014). *Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich*. Forschungsbericht. Zürich: Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Ruhe, Inke (2013). Mehr Sicherheit für die Kleinsten. Gefahrenbewusstsein und Risikokompetenz fördern in der Krippen. *klein&groß, Zeitschrift für Frühpädagogik*, 7-8: 28-31.

Hafen, Martin (2013a). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Heidelberg: Carl Auer.

Hafen, Martin (2013b). Interdisziplinarität in der Frühen Förderung. Notwendigkeit, Herausforderung und Chance. *Frühförderung interdisziplinär*, 32(2): 98-107.

Hafen, Martin (2005). *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen*. Heidelberg: Carl Auer.

Heckman, James J. und Dimitriy Masterov (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 29(3): 446-493.

Hüther, Gerald und Uli Hauser (2012). *Jedes Kind ist hochbegabt. Die angebotenen Talente unserer Kinder und was wir aus ihnen machen* (3. Auflage). München: Albrecht Knaus.

Hüther, Gerald und Inge Krens (2008). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen*. Weinheim und Basel: Beltz.

Hüther, Gerald und Cornelia Nitsch (2009). *Wie aus Kindern glückliche Erwachsene werden* (2. Auflage). München: Gräfe und Unzer.

Hüttenmoser, Marco (1995). Children and Their Living Surroundings: Empirical Investigations into the Significance of Living Surroundings for the Everyday Life and Development of Children. *Children's Environments*, 12(4): 403-413.

Jackson, Christine, Lisa Henriksen und Douglas W. Levine (1997). Early Use of Alcohol and Tobacco: Its Relation to Children's Competence and Parents' Behavior. *American Journal of Public Health*, 87(3): 359-364.

Kaufhold, Marisa (2006). *Kompetenz und Kompetenzerfassung. Analyse und Beurteilung von Verfahren der Kompetenzerfassung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kegel, Bernhard (2009). *Epigenetik – Wie Erfahrungen vererbt werden*. Köln: Dumont.

Kickbusch, Ilona (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Knaller, Christine (2013). *Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG.

Lanfranchi, Andrea und Alex Neuhauser (2013). ZEPPELIN 0-3: Theoretische Grundlagen, Konzept und Implementation des frühkindlichen Förderprogramms «PAT – Mit Eltern Lernen». *Frühe Bildung*, 2(1): 3-11.

Lazarus, Richard S. (1999). *Stress and Emotion. A new Synthesis*. London: Springer Publishing Company.

- Rutter, Michael (2006). *Genes and behavior: Nature-nurture interplay explained*. Malden: Blackwell Publishing.
- Rutter, Michael (2007). Gene-environment interdependence. *Developmental Science*, 10(1): 12–18.
- Schulte-Haller, Mathilde (2009). *Frühe Förderung. Forschung, Praxis und Politik im Bereich der Frühförderung: Bestandaufnahme und Handlungsfelder. Materialien zur Migrationspolitik*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
- Schweinhart, Lawrence J., Jeanne Montie, Zogping Xiang, William S. Barnett, Clive Belfield und Milagros Nores (2005). *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age*. Ypsilanti, MI 48198: High/Scope Press.
- Selye, Hans ([1957] 1991). *Stress beherrscht unser Leben*. München: Heyne.
- Servan-Schreiber, David (2006). *Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente* (5. Auflage). München: Goldmann.
- Shonkoff, Jack P. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1): e232–e246.
- Shonkoff, Jack P. (2011). Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science*, 333(6045): 982–983.
- Simoni, Heidi, Judith Herren, Silvana Kappeler und Batya Licht (2008). Frühe soziale Kompetenz unter Kindern. In: Malti, Tina und Sonja Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer, 15–34.
- Simoni, Heidi und Corinna Wustmann (2012). *Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz* (2. Auflage). Erarbeitet vom Marie Meierhofer Institut für das Kind im Auftrag der schweizerischen Unesco-Kommission und des Netzwerkes Kinderbetreuung Schweiz. Zürich: Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.
- Soellner, Renate, Stefan Huber, Norbert Lenartz und Georg Rudinger (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 56 (Beiheft 56): 104–114.
- Stamm, Margrit (2014). Frühförderung als Kinderspiel. Ein Plädoyer für das Recht der Kinder auf das freie Spiel. *Dossier* 14(5). Bern: Forschungsinstitut Swiss Education.
- Stamm, Margrit (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Eine Grundlagentstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz*. Fribourg: Universität Fribourg.
- Strnad, Christian (2013). Bildung & Erziehung in der postmodernen Massendemokratie. Eine Analyse anhand Panajotis Kondylis' Theorie über den Niedergang der bürgerlichen Denk- und Lebensform. Dissertation in Philosophie & Pädagogik. Wien: Universität Wien.
- Sutherland, Lisa A., Daniel P. Beavers, Lawrence L. Kupper, Amy M. Bernhardt, Todd F. Heatherton und Madeline A. Dalton (2008). Like Parent, Like Child. Child Food and Beverage Choices During Role Playing. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(11): 1063–1069.
- Werner, Emmy E. und Ruth S. Smith (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. Ithaca/London: Cornell University Press.
- World Health Organization WHO (Hrsg.) (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization WHO, Europe Office (Hrsg.) (2004). Die Fakten – Soziale Determinanten von Gesundheit. Kopenhagen: WHO.
- Wustmann, Corinna (2009). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. 2. Auflage. Berlin/Düsseldorf: Cornelsen Scriptor.