

# Gesundheit von Kindern in benachteiligten Familien

Bonn 20. März 2009

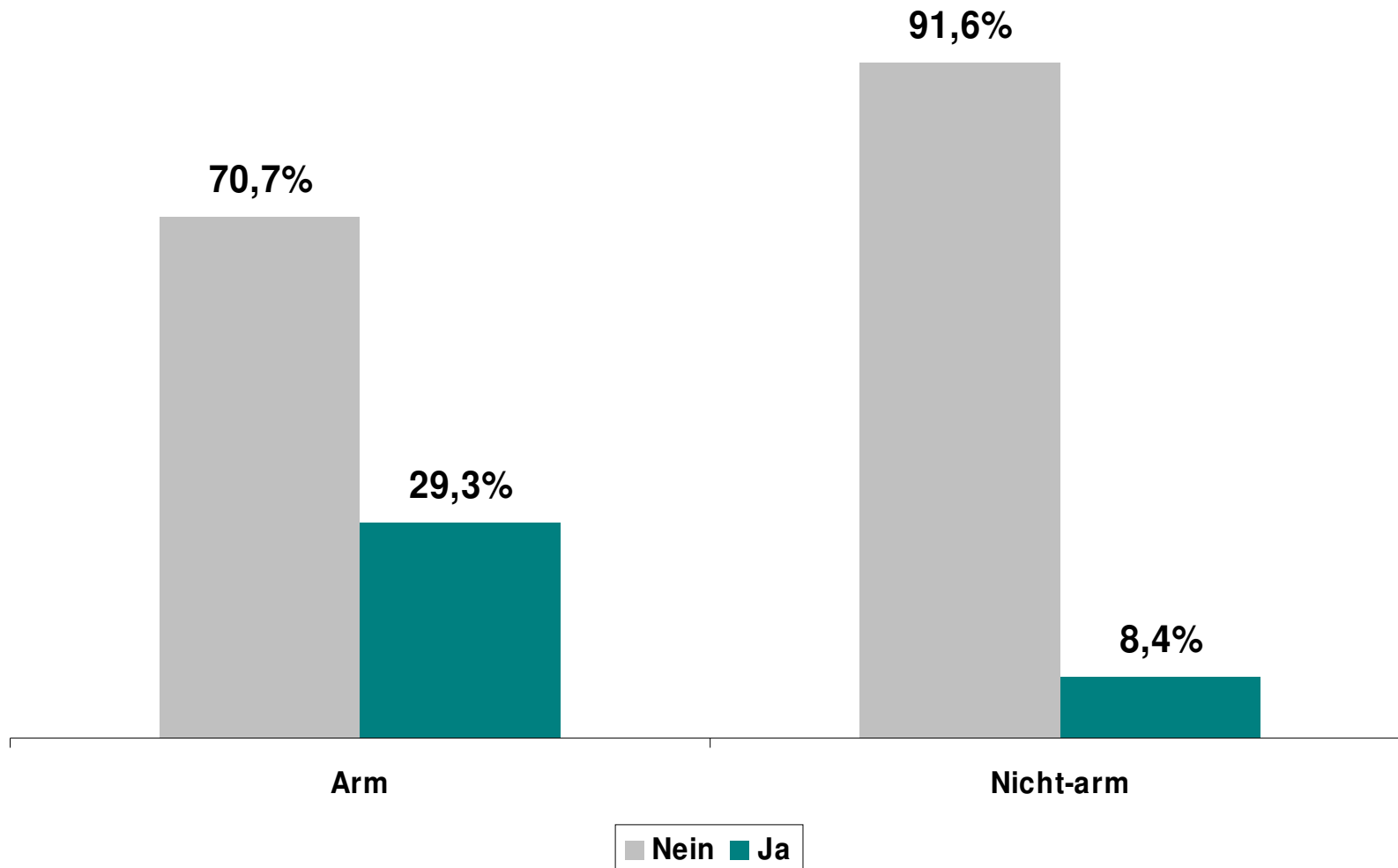
Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

**Armut stellt die unterste und zugleich weitreichendste Form von Benachteiligung dar. Sie schränkt die *Handlungsspielräume* des Menschen gravierend ein und schließt eine gleichberechtigte *Teilhabe* an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft aus.**

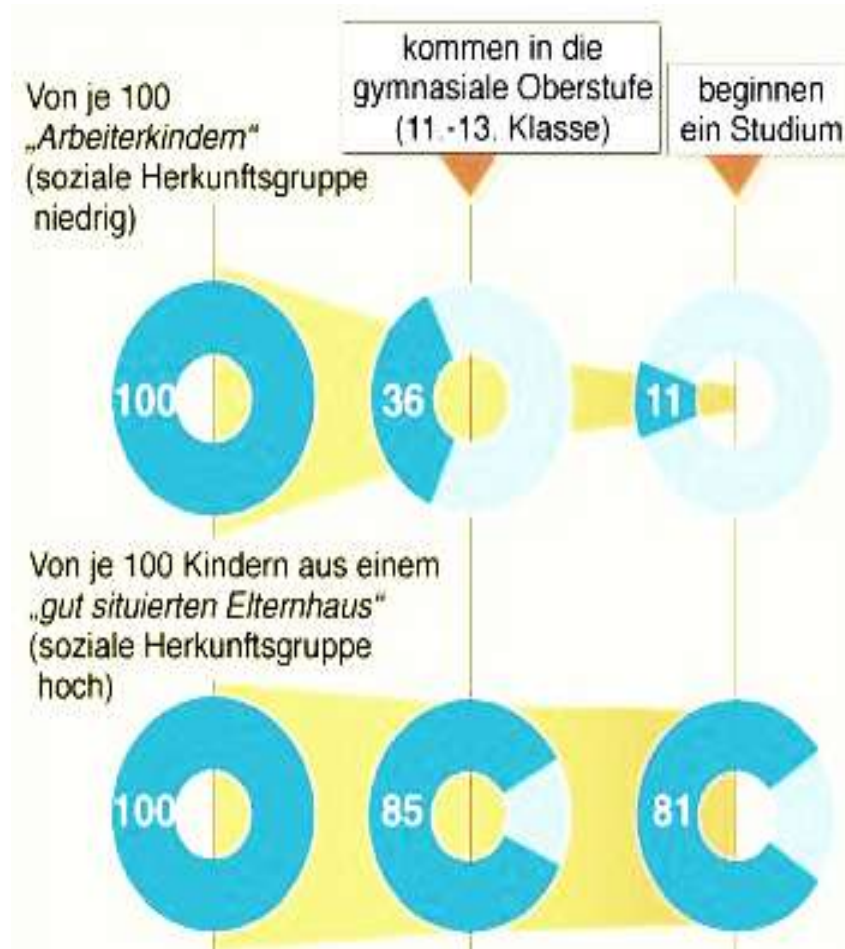
**Armut hat *Unterversorgung* in wesentlichen Lebensbereichen zur Folge.**

# Armut als Risikofaktor für die Entwicklung von Kindern

# Klassenwiederholung



# Bildung - zentrales Merkmal der Chancenzuweisung



- Soziale Ausgrenzung trifft vermehrt die ohnehin schon benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Böhnke 2005).
- Kinder mit Migrationshintergrund werden beim Übergang in die weiterführenden Schulen fast automatisch abgestuft (Gomolla 2003).

➔ Vertikale Ungleichheiten bestehen hartnäckig fort.

# Informationsdefizite

## *Sozial Benachteiligte wissen wenig über*

- **Risikoverhalten und die Bewältigung von gesundheitlichen Problemen**
- **Gesundheitsförderung allgemein und die Umsetzung von Empfehlungen in den Alltag**
- **Die Regelversorgung und die relevanten Ansprechpartner**
- **Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und besondere Fördermöglichkeiten**
- **Ihre Rechte.**

# Sozialstatusbedingte Unterschiede in der Mortalität

- Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe sterben in der niedrigsten Einkommensgruppe **doppelt so viele** Männer und Frauen, bevor sie das 65. Lebensjahr erreicht haben.
- Die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe betrug bei Männern **10,8 Jahre** und bei Frauen **8,4 Jahre**.

# Gesundheitliche Einschränkungen sozial benachteiligter Mädchen und Jungen

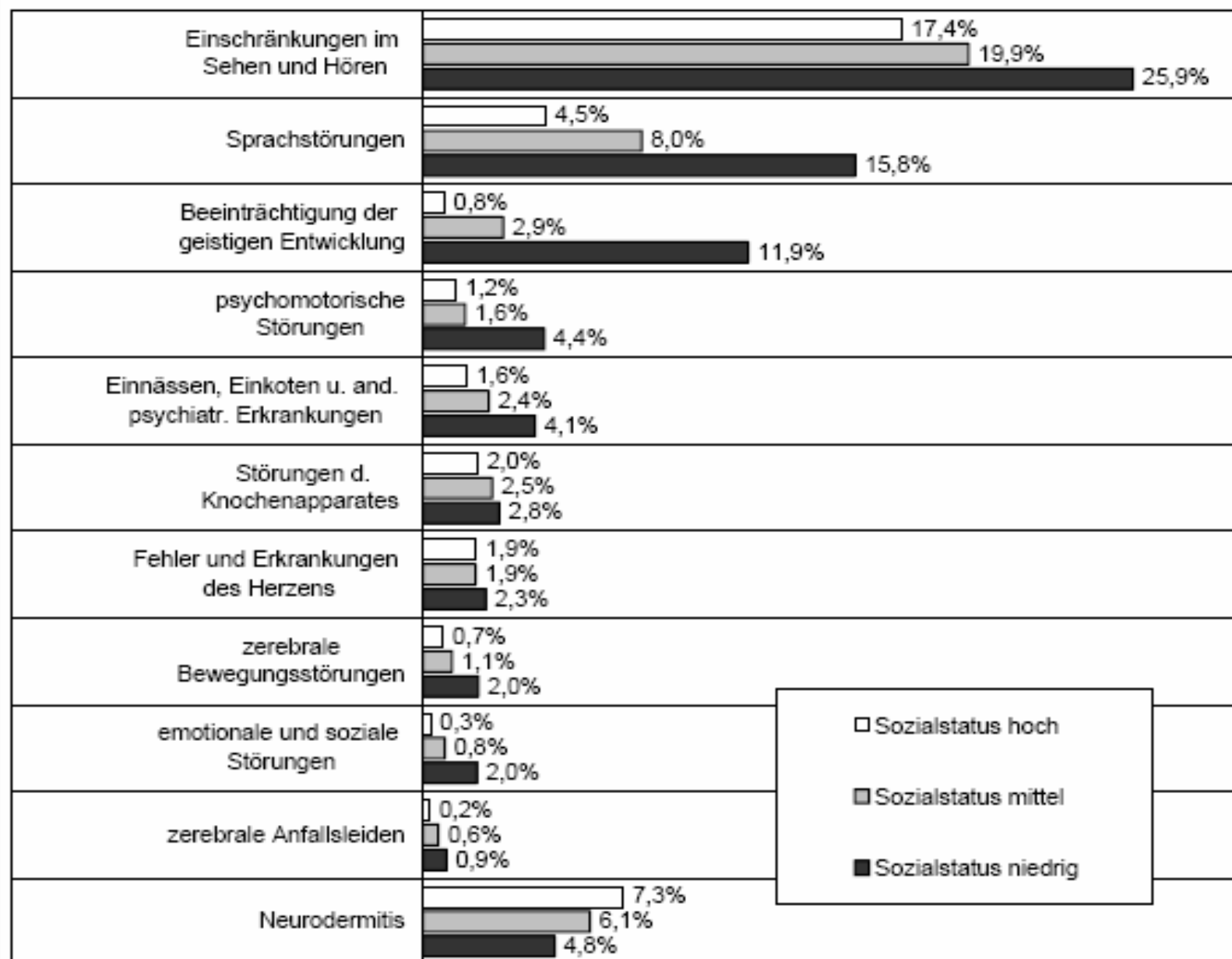


- Sehen und Hören
- Sprachentwicklung
- Bewegungskoordination
- Bewältigungsverhalten
- Ernährung(-sverhalten), Zahnerkrankungen und Übergewicht
- Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
- Impfbereitschaft



**Medizinisch relevante Befunde nach Sozialstatus  
(Prozentanteil an Kindern der Sozialstatusgruppe)**

Quelle: MASGF Brandenburg 2005



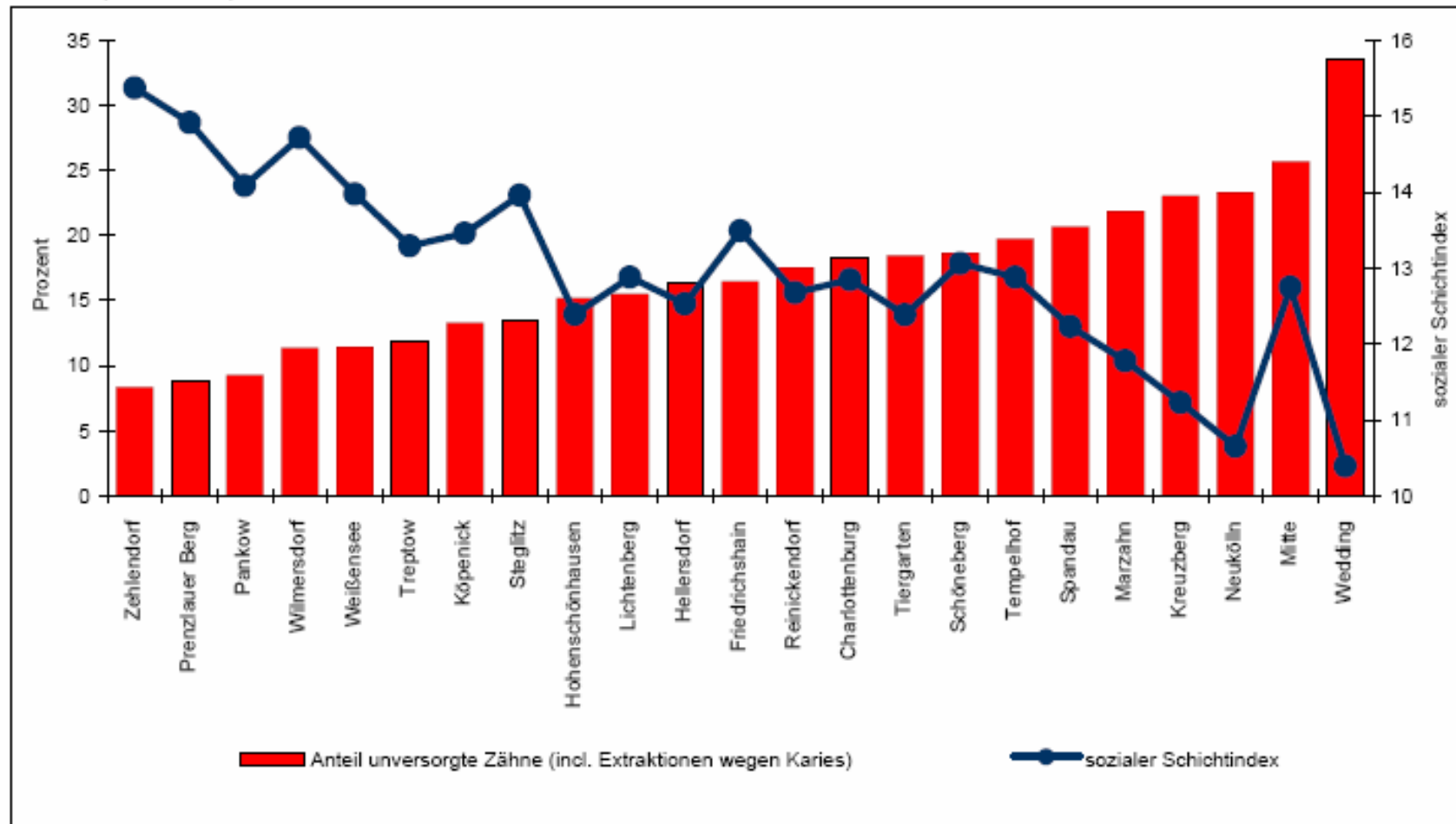
# In Kitas beobachtete gesundheitliche Belastungen (N=634 Kitas)

- Entwicklungsverzögerungen (13,5%)
- Starke Unruhe/Konzentrationsprobleme (9%)
- Sprachstörungen (8%)
- Starke Karies (5,6)
  
- Am seltensten wurden genannt:
  - Deutliche Mangelernährung
  - Starke Traurigkeit
  
- In sozialen Brennpunkten
  - war das Spektrum der Erkrankungen und Belastungen breiter
  - traten Entwicklungsverzögerungen und gesundheitliche Einschränkungen etwa doppelt so häufig auf

# Zahngesundheit

Zusammenhang zwischen dem sozialen Schichtindex der Kinder in den Bezirken (Mittelwerte) und Anteil an Kindern mit unversorgten Zähnen bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 (alte Bezirksstruktur)

- in % (n = 21.496)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

# Armut und Ernährung

- Ernährung ist mit 20-25% einer der größten Einzelposten im Haushaltsbudget ärmerer Haushalte
- Verzehr von frischem Obst und Gemüse ist eindeutig einkommensabhängig.
- Arme Kinder erhalten weniger gesunde Lebensmittel und haben schlechtere Verzehrsgewohnheiten. Sie essen weniger Vollkornbrot, Obst und Gemüse.
- Arme Kinder nehmen häufiger Limonaden, Chips und Fast-Food-Produkte zu sich als andere und leiden entsprechend häufiger an Übergewicht.
- **Mütter aus Armutshaushalten versuchen armutsbedingte Belastungen soweit wie möglich von ihren Kindern fernzuhalten, indem sie selbst auf vieles (auch auf eigene Nahrung) verzichten.**

## Ernährung

### Frühstück



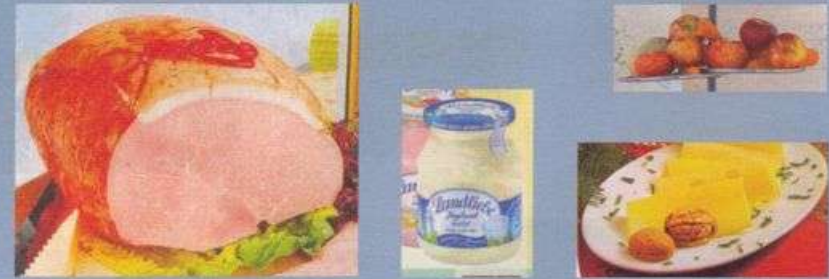
0,57 €



### Mittagessen



1,02 €



### Abendbrot



1,02 €



**SONDERPOSTEN**  
Nur solange Vorrat reicht!

Abteilungen aus der Regelsatzverordnung	Prozentualer Anteil	0 - 14 Jahre 207,00 €	15 - 25 Jahre 276,00 €
<b>Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren</b>	<b>39,07 %</b>	<b>78,66 €</b>	<b>104,88 €</b>
Tagesbedarf		2,62 €	3,50 €
davon für:			
Frühstück	21,87 %	0,57 €	0,76 €
Mittagessen	39,07 %	1,02 €	1,37 €
Abendbrot	39,07 %	1,02 €	1,37 €



# Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE)

Altersgruppen der Optimierten Mischkost/ [Regelsatz des ALG II für diese Altersgruppe]	Regelleistung			Optimierte Mischkost	Differenz Regelleistung - Optimierte Mischkost
	Gesamt (100 %)	Nahrung, Getränke, Tabakwaren (37 %)	(Mittelwert)		
	€ pro Monat	€ pro Monat	€ pro Tag	€ pro Tag	
Erwachsene (100 %)	347,00	128,39	4,28		
Kind 2-3 Jahre (60 %)	208,20	77,03	2,57	2,39	0,18 / 7,44
Kind 4-6 Jahre (60 %)	208,20	77,03	2,57	3,14	-0,57 / -18,22
Kind 7-9 Jahre (60 %)	208,20	77,03	2,57	3,89	-1,32 / -33,99
Kind 10-12 Jahre (60 %)	208,20	77,03	2,57	4,65	-2,08 / -44,78
Kind 13-14 Jahre (80 %)	277,60	102,71	3,42	5,28	-1,86 / -35,16
Kind 15-18 Jahre (80 %)	277,60	102,71	3,42	6,06	-2,64 / -43,50

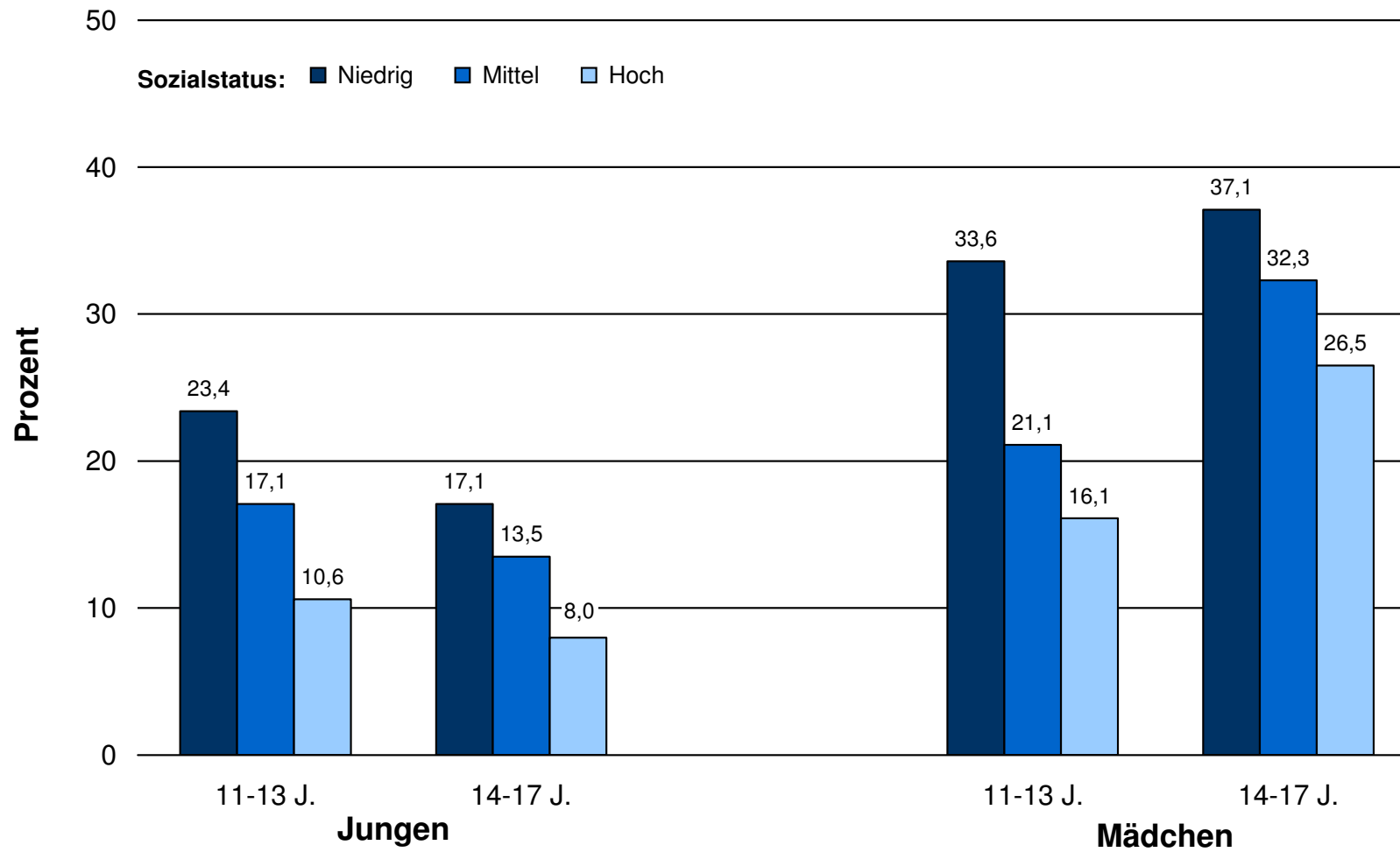
<sup>1</sup> Mittelwert aus Discountläden und Supermarkt

Tab. 6: Regelleistung des Arbeitslosengeldes II (ALG II) und Lebensmittelkosten der Optimierten Mischkost

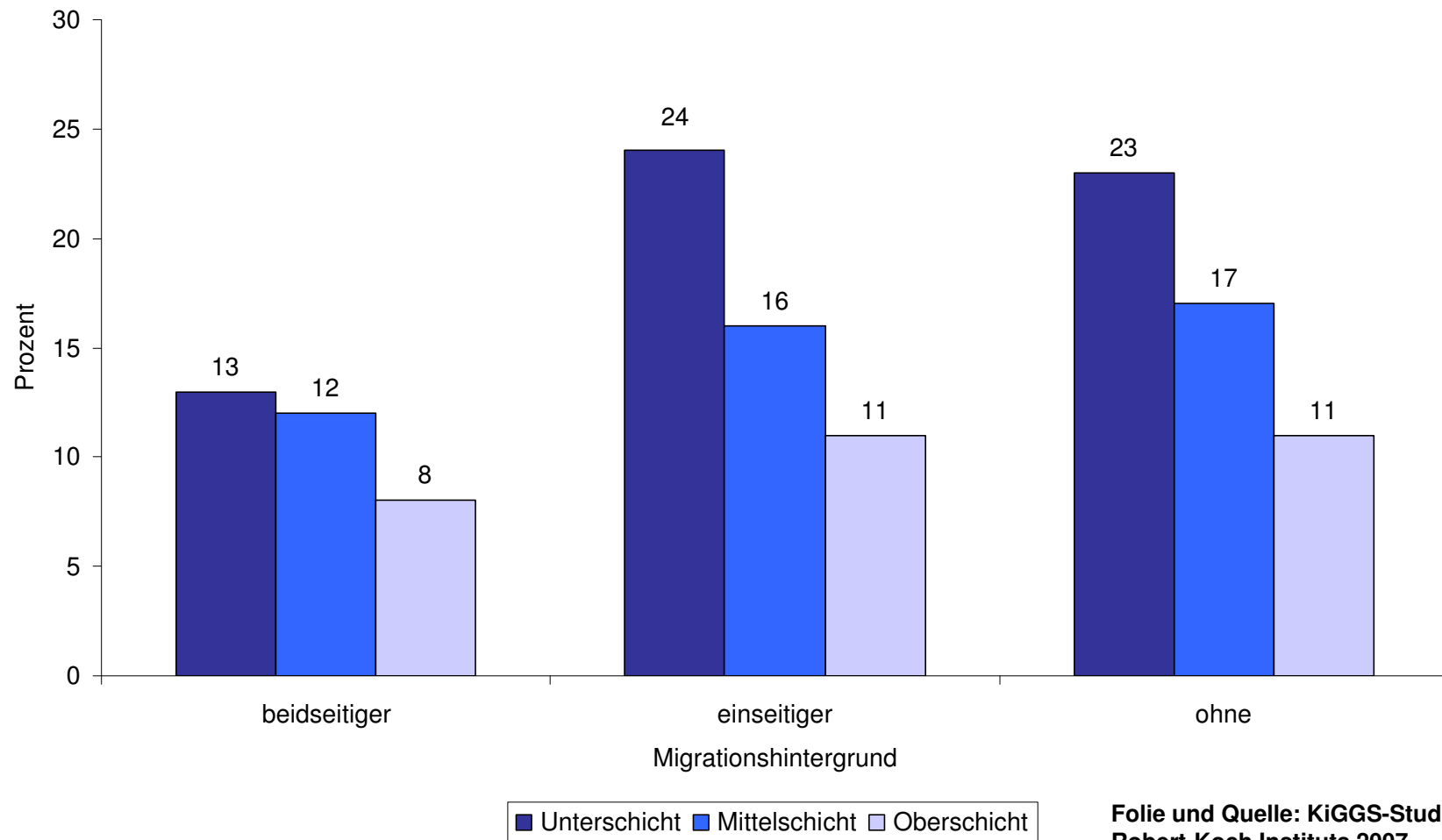
Quelle: Ernährungsumschau 9/2007

- Die Lebensmittelkosten (Discounter) für ein Kind im Alter von 4-6 Jahren (10-12 J.) liegen bei mind. 3,14 Euro (4,65 Euro).
- Mit dem derzeitigen Ernährungsbudget kann auch bei preisbewusstem Verhalten eine gesunde Kost nicht realisiert werden.
- Für die Kosten der Schulernährung muss der gesamte Regelsatz (78,66 Euro) zur Deckung herangezogen werden.

# Essstörungen bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen (Selbsturteil)



# Regelmäßige Raucher (mind. 1x Woche) nach sozialem Status



Folie und Quelle: KiGGS-Studie des Robert-Koch Instituts 2007



## Gesundheit von Mädchen und Jungen mit/ohne Migrationshintergrund (KIGGS 2008)

	Jungen	Mädchen
Chronische Krankheiten	□	□
Akute Krankheiten	■	■
Ansteckende Kinderkrankheiten	□	□
Allergische Krankheiten	■	■
Unfallverletzungen	□	■
Schmerzen	□	□
Rauchen	■	■
Alkoholkonsum	■	■
Mundgesundheitsverhalten (Defizite)	■	■
Ernährung (Defizite)	■	■
Stillen (Defizite)	□	□
Impfungen (Defizite)	■	■

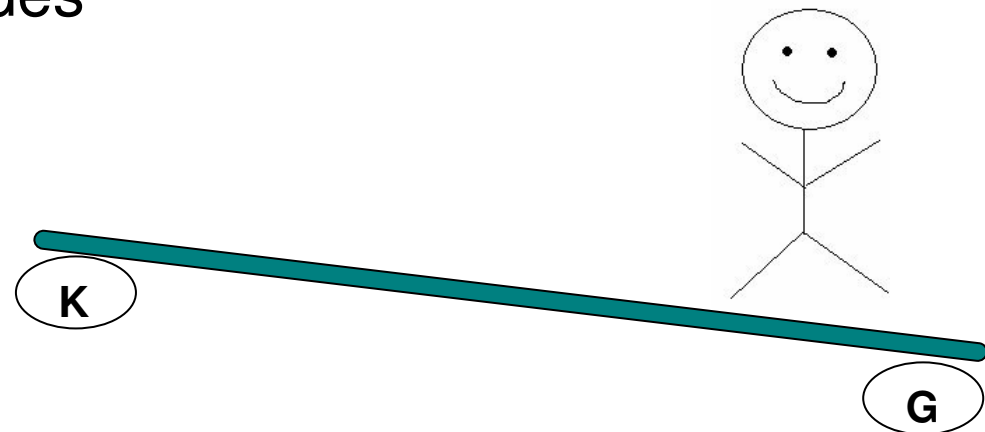
Folie und Quelle: KIGGS-Studie des Robert-Koch Instituts 2008

■ Signifikant häufiger bei Migranten

■ Signifikant häufiger bei Nicht-Migranten

# Was schützt ?

- Individuelle oder Umfeldmerkmale
  - *Personale* Ressourcen, d.h. individuelle Eigenschaften des Kindes
  - *Soziale* Ressourcen, d.h. Merkmale in der Betreuungsumwelt des Kindes
- Nur wer auf genügend personale und soziale Ressourcen zurückgreifen kann, kann Belastungen erfolgreich und ohne gravierende psychosoziale Folgen bewältigen!



# Was schützt ?

- eine warme, enge Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson
- die kognitiven Fähigkeiten des Individuums
- Körperliche Gesundheitsressourcen
- ein aktiver Problembewältigungsstil
- das Ausmaß an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Das Gefühl von Selbstwirksamkeit




# Was schützt ?

- das Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung
- Erfolg und Leistung nicht nur durch gute Schulnoten, sondern auch durch soziale Aktivitäten, die Verantwortung und Kreativität erfordern
- das Geschlecht - wobei sich entscheidende Wirkungen nicht per se entwickeln, sondern erst in Interaktion mit anderen entfalten



# Wirkung von Schutzfaktoren – abhängig vom Geschlecht und Alter

Alter 	Mädchen	Jungen
<b>Kleinkind</b>	<b>Umgängliches Temperament</b>	<b>Höheres Bildungsniveau der Mutter, positive mütterliche Interaktion, familiäre Stabilität</b>
<b>Mittlere Kindheit</b>	(nonverbale) Problemlösefähigkeiten und das Rollenvorbild einer Mutter mit Schulabschluss und Berufstätigkeit	Emotionale Unterstützung durch die Familie, Anzahl der Kinder in der Familie, Anzahl Erwachsener außerhalb des Haushaltes mit denen das Kind gerne verkehrt
<b>Späte Jugend</b>	Hohe Selbstachtung, internale Kontrollüberzeugung, und realistisches Bildungsziel	Vorhandensein eines Lehrers als Mentor oder Rollenvorbild und regelmäßige Aufgaben und Verantwortung im Familienalltag

(nach Petermann u.a. 1998)

# Was schützt ?

- **Emotionale Unterstützung durch die Familie**
  - ✓ Familialer Rückhalt
  - ✓ „Familienaktivitäten“
- **Soziale Unterstützung über soziale Netzwerke**
- **Früher und regelmäßiger Kitabesuch**
  - ✓ Erwerb von Basiskompetenzen
  - ✓ Gelungene Übergänge
- **Gutes Klassenklima + gutes Schulklima**
  - ✓ Lehrer-Schüler-Interaktion
  - ✓ Klassengröße
  - ✓ Angemessener Wechsel der Lehrkräfte

# Sozial benachteiligte Familien

## -Ergebnisse der AWO/ISS-Studie-

Sozial benachteiligte Familien  
werden von Sozialen Diensten  
kaum erreicht

-

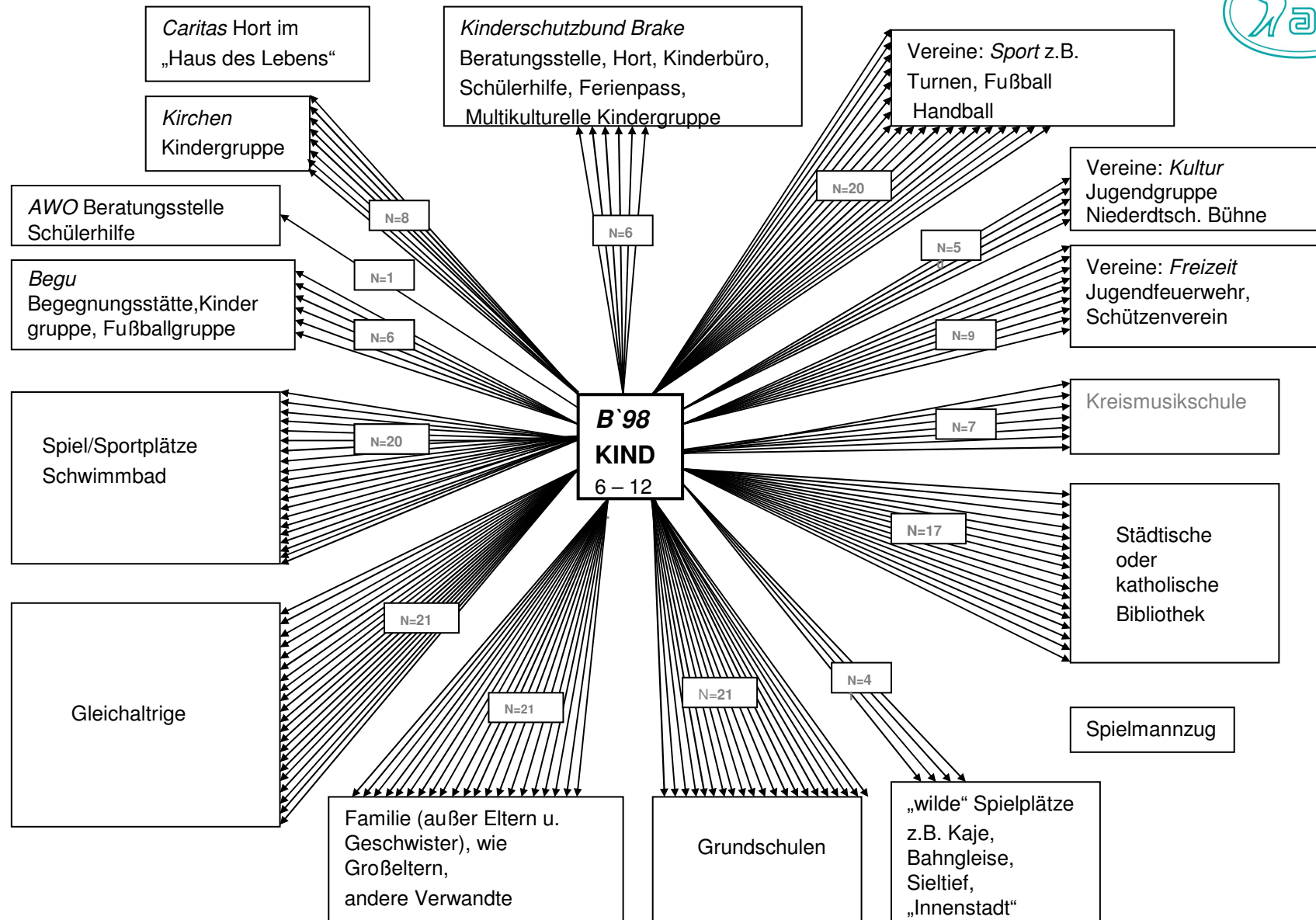
Viele Kinder und Eltern, die  
dringend Unterstützung  
brauchen, erhalten keinen  
Zugang zu Hilfsangeboten.

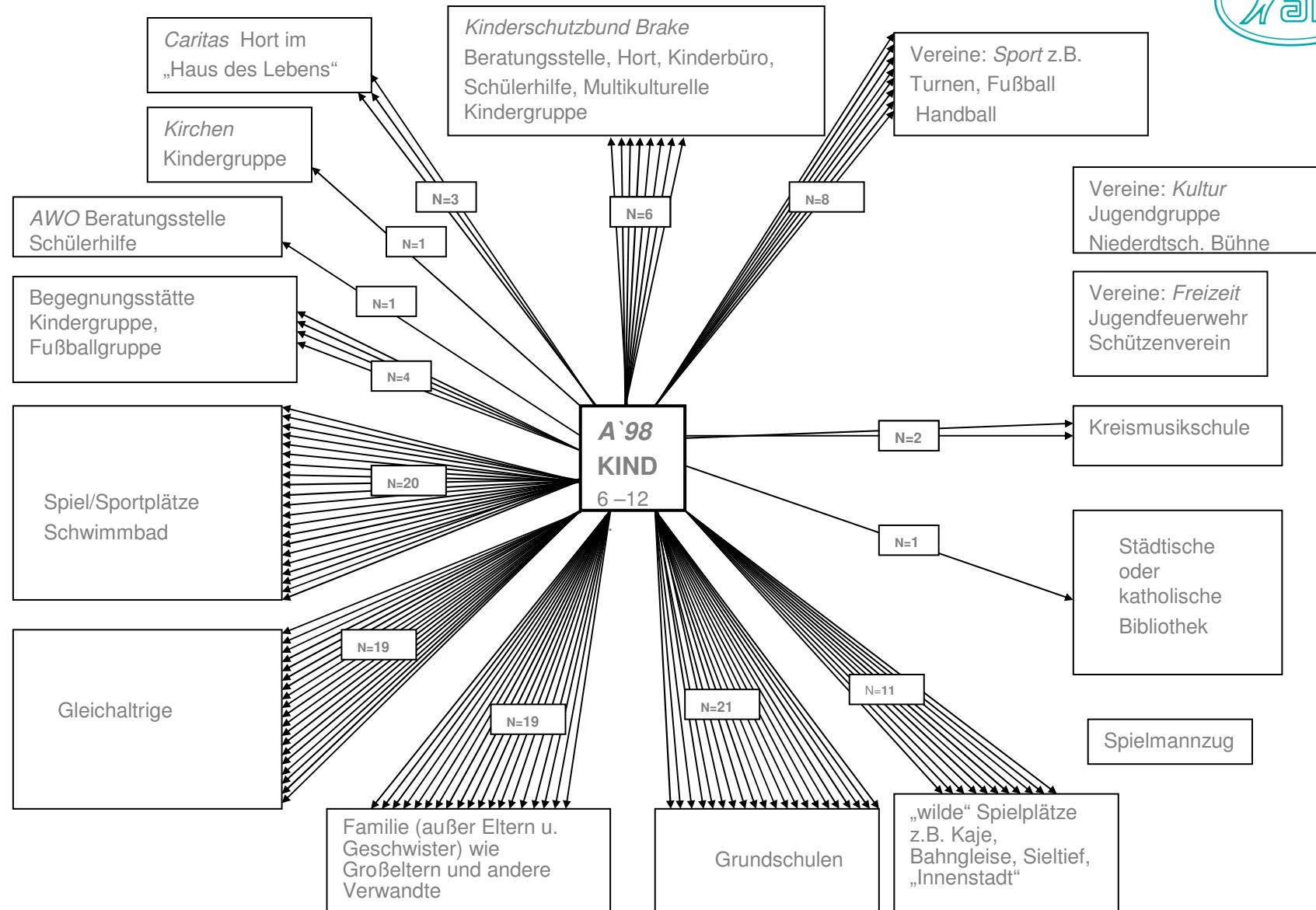
- Die Zugangswege zu den sozialen Hilfen beinhalten Barrieren, die vor allem von nicht-deutschen Familien und/ oder Eltern mit niedrigem Bildungsstatus kaum überwunden werden können.
- Mehr als die Hälfte der armen Familien nutzte keines der Angebote zu Sozialen Hilfen bzw. zur Beratung
- Selbst im Falle sichtbarer multipler Deprivationserscheinungen der Kinder erhalten etwa nur 60% von ihnen unterstützende Angebote.
- Konkrete soziale Hilfen im Einzelfall sind schwer zu bekommen, haben kürzere Laufzeiten und werden oft weniger intensiv gestaltet.
- Angebote für Kinder sind, wenn überhaupt vorhanden bzw. genutzt, dann mehr an der Bewältigung des schulischen Alltags als an einer grundlegenden Verbesserung der Situation ausgerichtet.



# Was schützt ?

- Emotionale Unterstützung durch die Familie
  - ✓ Familialer Rückhalt
  - ✓ „Familienaktivitäten“
- Soziale Unterstützung über soziale Netzwerke
- Früher und regelmäßiger Kitabesuch
  - ✓ Erwerb von Basiskompetenzen
  - ✓ Gelungene Übergänge
- Gutes Klassenklima + gutes Schulklima
  - ✓ Lehrer-Schüler-Interaktion
  - ✓ Klassengröße
  - ✓ Angemessener Wechsel der Lehrkräfte





# „Partizipation“ als zentrale Strategie der Armutsprävention

## An den Rand gedrängt...

Am stärksten marginalisiert sehen sich jene Befragten, bei denen prekäre Versorgungslagen wie Armut, niedriger Lebensstandard oder Arbeitslosigkeit zusammentreffen und mit dem Verlust sozialer Beziehungen in und außerhalb von Familien einhergehen.



(Petra Böhnke 2005).

# Strategien der Gesundheitsförderung

- Individuenbezogene Strategien –  
“Verhaltensorientierung“



- Gesellschaftsbezogene Strategien –  
„Verhältnisorientierung“



# Settingorientierung

“Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können.

**Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und spielen.”**



# Lebensweltorientierung - lokale Settings nutzen!

- 
- Schulen
  - Kindertagesstätten
  - Jugendzentren
  - Elternschulen
  - Kultureinrichtungen
  - Mütterberatung
  - Familienzentren
  - Gesundheitszentren
  - Bürgertreffs
  - Gemeinden  
(nicht nur christliche)

**Ist Ihre Einrichtung  
auch dabei?**

# To do.....

- Materielle Armut von Kindern vermindert die Bildungschancen, die Gesundheitschancen und die Teilhabemöglichkeiten.
- Soziale Unterstützungssysteme investieren in die Bewältigung einzelner Lebensrisiken, z.B. frühe Hilfen, HzE und andere Leistungen der Jugendhilfe oder GKV.
- In das **Umfeld** der Kinder wird dagegen kaum investiert.
  - Es fehlen vor allem zielgruppengerechte **Gesundheits**förderungsansätze.
  - Es fehlen nachhaltige Investitionen in **Bildung**. Im deutschen Bildungswesen wird vor allem gefordert und selektiert und nicht gefördert und integriert.



# Was kann die Gesundheitsförderung leisten?

Bisher nicht miteinander verbundene Themen werden mit dem Fokus der Gesundheitsförderung in ein **Konzept** eingebunden. Sie stehen damit nicht mehr unverbunden in einer Kette von Projekten, sondern ergänzen und stärken sich gegenseitig in ihrer Wirkung auf die Entwicklung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen.

# Strategien gegen Kinderarmut – Impulse für die Praxis



# Die Zehn Schritte

1. Existenz von Kinderarmut auf kommunaler und regionaler Ebene wahrnehmen
2. Mehr als materielle Armut: Kinderarmut richtig einschätzen
3. „Runden Tisch“ Kinderarmut vor Ort einrichten
4. Regelmäßige Berichterstattung über Kinderarmut einführen
5. Leistungsfähiges Netzwerk „Früher Hilfen“ ausbauen
6. Bildungs- und Betreuungsangebote für Kinder ausbauen
7. Konzepte zur Elternbildung entwickeln
8. Konzepte zur Gesundheitsförderung für Kinder in Kitas, Schulen und Wohnumfeld entwickeln
9. Teilhabe sichern mittels finanzieller Unterstützung durch die Kommunen
10. Qualitätssicherung dieses Prozesses gewährleisten

