

Risiken des Aufwachsens und neue Qualität in der Armutsprävention

Thomas Altgeld

LANDESVEREINIGUNG
FÜR GESUNDHEIT
NIEDERSACHSEN E.V.



Oldenburg, den 1. Juli 2008

Gliederung

1. Armut von Kindern und der Folgen:
Lebensrisiken von sozial benachteiligten
Kindern werden segmentiert diskutiert und
bekämpft
2. Immer mehr Stigmatisierungen und
gesundheitsbezogene Prävention light? –
Einfache Botschaften, immergleiche
Material- und Programmentwicklungen
3. Integrierte, sozialraumorientierte
Handlungskonzepte





Kinderarmut in Deutschland 2008

(BMA, 2008)

- Kinder sind vor allem dann von einem Armutsrisiko betroffen, wenn sie in *Alleinerziehenden*-Haushalten, in Haushalten mit geringer Erwerbsbeteiligung oder mit *mehreren Kindern* aufwachsen.
- Das Armutsrisiko von Kindern ist deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung und in den letzten Jahren auch stärker gestiegen. Die aktuelle amtliche Statistik weist dagegen für Kinder von 0 bis 15 Jahren im Jahr 2005 eine Armutsrisikoquote von 12% aus. Durch die Zahlung staatlicher Transferleistungen wird die Armutsrisikoquote von Kindern um fast zwei Drittel von 34% auf 12% gesenkt.
- Die SGB II-Statistik für Januar 2008 weist nach vorläufigen Angaben rund 1,8 Mio. Kinder unter 15 Jahren aus, die in rund 1,1 Mio. von insgesamt rund 3,5 Mio. Bedarfsgemeinschaften leben.

Armutsspirale



**Keine Einmündung
in einen Beruf**
• *Risikoverhalten*

**Inanspruchnahme
von Leistungen**
• *Gesundheit*
• *Förderungen*

**Frühe, häufig über-
forderte Elternschaft**
• *neue Armutslagen*

Armut
• *Mangelerfahrungen*

Rückzug
• *Größe sozialer
Netzwerke*
• *Kitabesuch*

**Beeinträchtigung der
Bildungschancen**
• *Funktionsstörungen*
• *Sprachkompetenz*
• *Konzentrationsfähigkeit*



Niedriger Schulerfolg
• *leistungsbezogen*
• *sozial*

Bildungsrisiken

- bei Kindern im Kindergartenalter nimmt die Besuchsquote mit steigendem Nettoeinkommen zu, von 74 % in der niedrigsten auf 83 % in der höchsten Einkommensgruppe“ (Fuchs, 2005)
- „Unterrepräsentanz bildungsferner Milieus“ im vorschulischen Bereich.
- Die Kindertagesstätte wird zudem trotz Landesbildungsplänen nicht als erste Bildungsinstanz wirklich ernst genommen, fehlende Qualifizierungsmöglichkeiten, die Ausstattung der Einrichtungen und mangelnde eigenständige Profile verhindern dies.

Bildungsrisiken 2

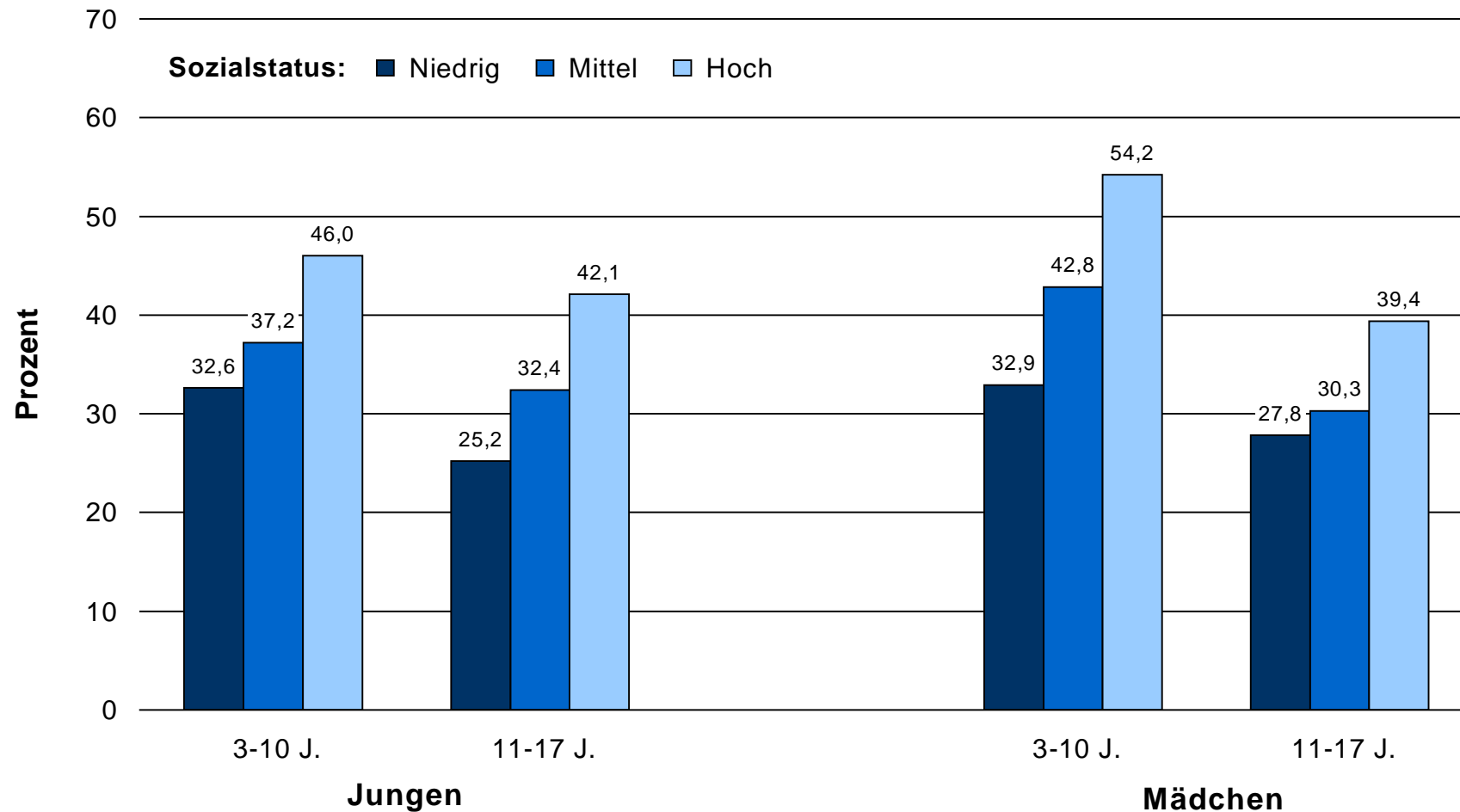
- Deutschland ist, wie die Ergebnisse des Programms for International Student Assessment (PISA) deutlich zeigen, ein Land mit größten sozialen Disparitäten in den Bildungschancen.
- Diese sind in Deutschland sogar weit mehr ausgeprägt als in Staaten mit größeren sozialen Ungleichheiten wie beispielsweise die USA, Mexiko oder Brasilien.
- „Während in Deutschland die Koppelung von sozialer Lage der Herkunftsfamilie und dem Kompetenzerwerb der nachwachsenden Generation ungewöhnlich straff ist, gelingt es in anderen Staaten ganz unterschiedlicher geographischer Lage und kultureller Tradition, trotz ähnlich Sozialstruktur der Bevölkerung, die Auswirkungen der sozialen Herkunft zu begrenzen. Dies ist in der Regel auf eine erfolgreichere Förderung von Kindern und Jugendlichen aus sozial schwächeren Schichten zurückzuführen“ (Artelt u.a. 2001)



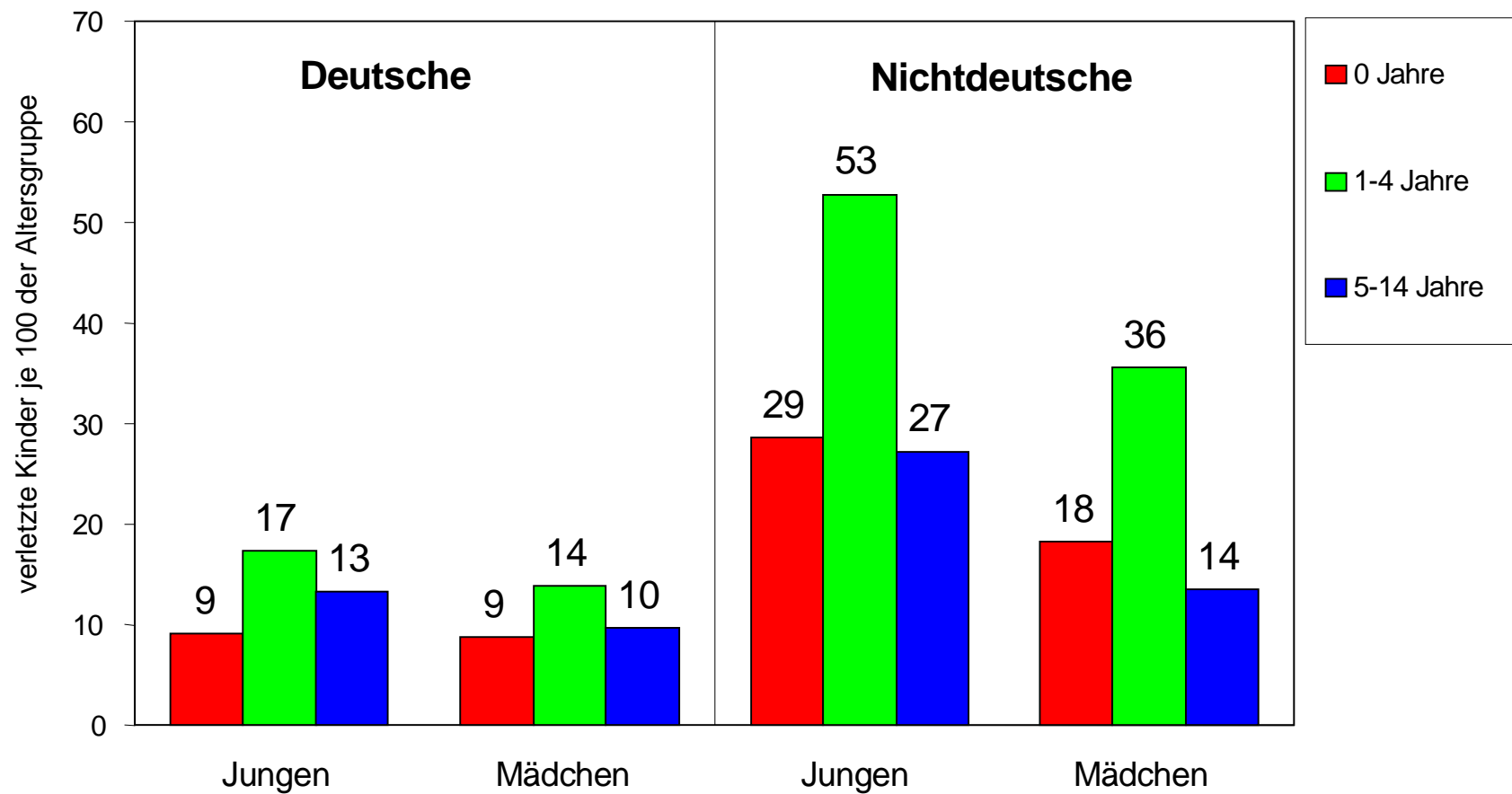
Thomas Altgeld: LVG & AFS Niedersachsen e.V., Oldenburg 7/2008

Gesundheitsrisiken: Kinder und Jugendliche mit „sehr guter“ allgemeiner Gesundheit (Elternurteil)

(RKI, KIGGS, 2007)

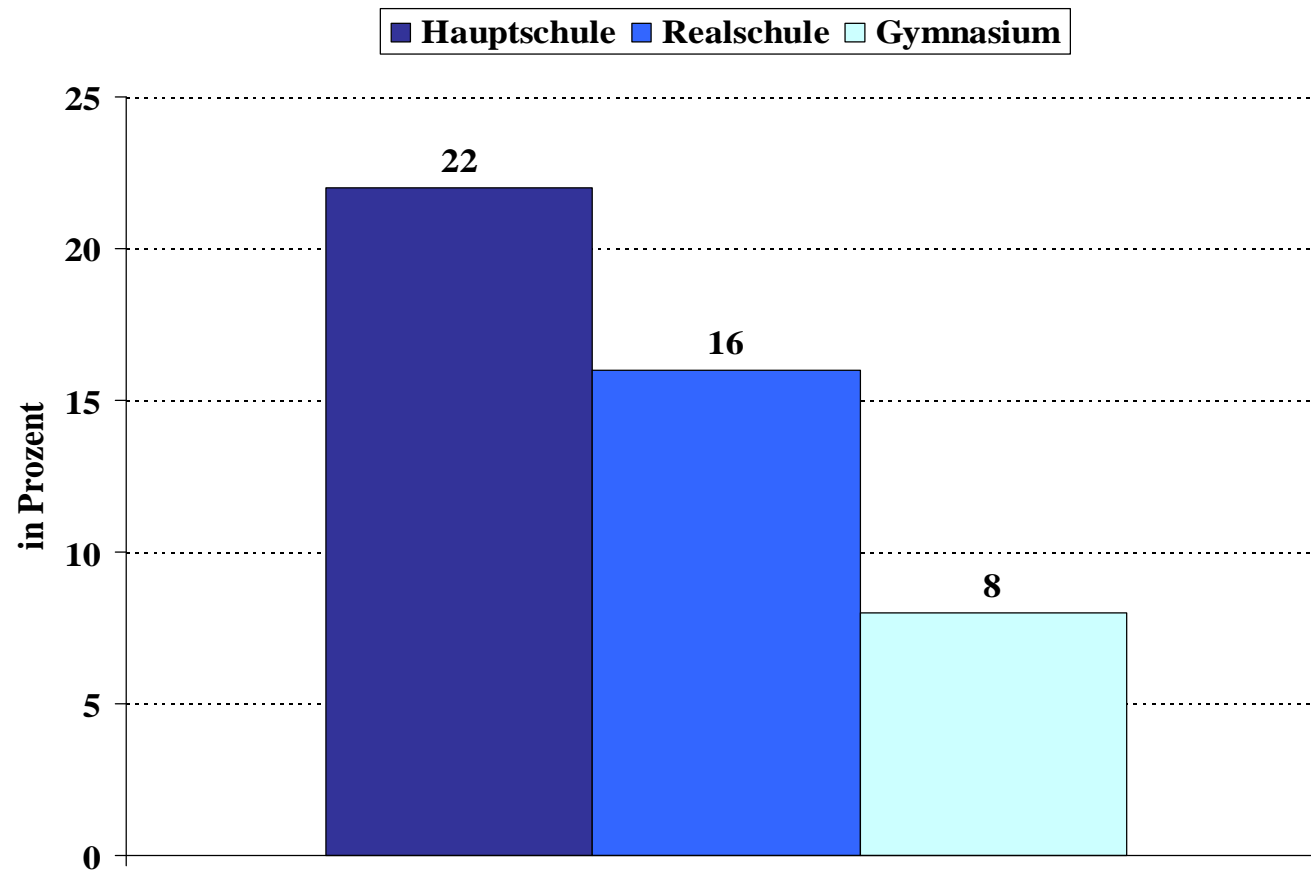


Unfälle im Kindesalter (vgl. Böhmann und Ellsäßer, 2004)



Tägliches Rauchen

(HBSC-Studie, Becker und Klocke, 2002, zitiert nach Kolip)



Schlüsselfaktoren für die Verbreitung von Kindesmisshandlung (UNICEF-Studie, 2003)

- Alkohol- und Drogenmissbrauch: Ein US-Studie ergab, dass die Hälfte aller Fälle von Kindesmisshandlungen mit Alkohol- und Drogenkonsum der Eltern zusammenhängt(niedriges Selbstwertgefühl, geringe Frustrationstoleranz und wenig Selbstkontrolle).
- Gewalt in den Familien: 20 Prozent der Kinder, die oft Zeuge von Gewalttätigkeiten in der Familie waren, wurden selbst schwer misshandelt (KFN-Studie, 1997). Ein internationaler Vergleich, dass 40 bis 70 Prozent der Männer, die körperliche Gewalt gegen ihre Partnerin anwenden, auch ihre Kinder schlagen.
- Armut und Stress: Kanadische Studie zeigte, dass zwei Drittel mit Stress und Überforderung zusammen hingen. In einem Viertel der Fälle hatten die Mütter oder Väter keinerlei soziale Unterstützung.



Aus: Karicartoon, 2006

Thomas Altgeld: LVG & AFS Niedersachsen e.V., Oldenburg 7/2008

Mediennutzung von Kindern (KFN, 2005)

- Ein eigenen Fernseher im Zimmer hat nur etwa jedes dritte Mädchen, aber fast jeder zweite Junge.
- Eine Spielkonsole besitzen knapp 40 Prozent der Jungen, aber nur 16 Prozent der Mädchen.
- Von den Migrantenkindern im Alter von zehn Jahren haben 51,3 Prozent ein eigenes TV-Gerät und 43,3 Prozent eine eigene Spielkonsole im Zimmer, bei den Deutschen sind es nur 31,9 mit TV und 22,3 Prozent mit einer Spielkonsole.
- Zudem existieren starke regionale Unterschiede: Während in Dortmund mehr als die Hälfte Kinder im eigenen Zimmer fernsieht, ist es in München nur ein Fünftel.

Zusammenfassung: Lebensrisiken von sozial benachteiligten Kindern

- Materielle Armut von Kindern vermindert die Bildungschancen, die Gesundheitschancen und die Teilhabemöglichkeiten sowie die Chancen gewaltfrei aufwachsen immens.
- Soziale Unterstützungssysteme investieren in die Bewältigung einzelner Lebensrisiken, z.B. frühe Hilfen, andere Leistungen der Jugendhilfe oder GKV, in das Umfeld der Kinder wird dagegen kaum investiert.
- Insbesondere fehlen nachhaltige Investitionen in Bildung, im deutschen Bildungswesen wird vor allem gefordert und selektiert und nicht gefördert und integriert.

2. Immer mehr Stigmatisierungen und
gesundheitsbezogene Prävention light?
Einfache Botschaften, immergleiche Material
und Programmentwicklungen

Wellness auf Kassenkosten?



- Vor allem besser situierte, gut gebildete Frauen im mittleren Lebensalter
- Ausrichtung auf Struktur- und Prozessqualitätselement
- Keinerlei Outcome-Messung (Wer profitiert von den Kursen? Wer bricht ab? Wer refinanziert ohnehin bestehendes sportliches Engagement?)

Der Fitness-Führerschein

Mit 10 Terminen zum Führerschein, und 80 Prozent der Kosten trägt sogar die Krankenkasse! Gibt's nicht? Doch! Im Wellness-Studio Medical Move wird derzeit der von Ärzten empfohlene Fitness-Führerschein angeboten. In den Übungseinheiten geht es insbesondere solchen Übeln wie Übergewicht, Rücken- und Gelenkproblemen, Kurzatmigkeit oder Osteoporose an den Kragen.

Wesentliche Präventionsbereiche: Zersplitterung der Prävention

- Kriminalprävention
- Gewaltprävention
- Suchtprävention
- Gesundheitsbezogene Prävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
- Andere krankheitsspezifische Prävention (Impfungen, Jodmangel, Krebsfrüherkennung etc.)
- Unfallprävention (am Arbeitsplatz, in Verkehr und Freizeit)
- Sexualaufklärung bzw. Prävention sexuell übertragbaren Erkrankungen (Aids, Hepatitis u.a.) und von Prävention von frühen Schwangerschaften
- Suizidprävention und Prävention psychischer Erkrankungen
- Gesundheitsförderung in Settings (z.B. Schule, Kommune, Krankenhaus)

Bestenfalls gut gemeinte, aber zumeist wirkungslose Prävention und Gesundheitsförderung durch

- Themenauswahl ohne die Zielgruppen
- Thematisierung von Verhaltensweisen, die bestimmte, zumeist sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen überproportional betreffen
- Wahl der Ansprachekanäle, Medien und Gestaltung dieser Medien
- Überbewertung von all dem, was man äußerst bunt auf weiß besitzt und getrost nach Hause bzw. in die „Settings“ tragen kann, und Unterbewertung von Investitionen in vorhandene, zielgruppennahe, kommunikative Strukturen
- Zusammensetzung von Teams
- Vernachlässigung von langfristigen Outcome-Messungen in der Qualitätssicherung und Evaluation

**Sport tut
Deutschland gut.**



Eine Initiative unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten

Eine **meme** meck
der **Speck** ist weg!



Diese Aktion wird unterstützt von
dem Deutschen Institut für Prävention
und Gesundheitsförderung



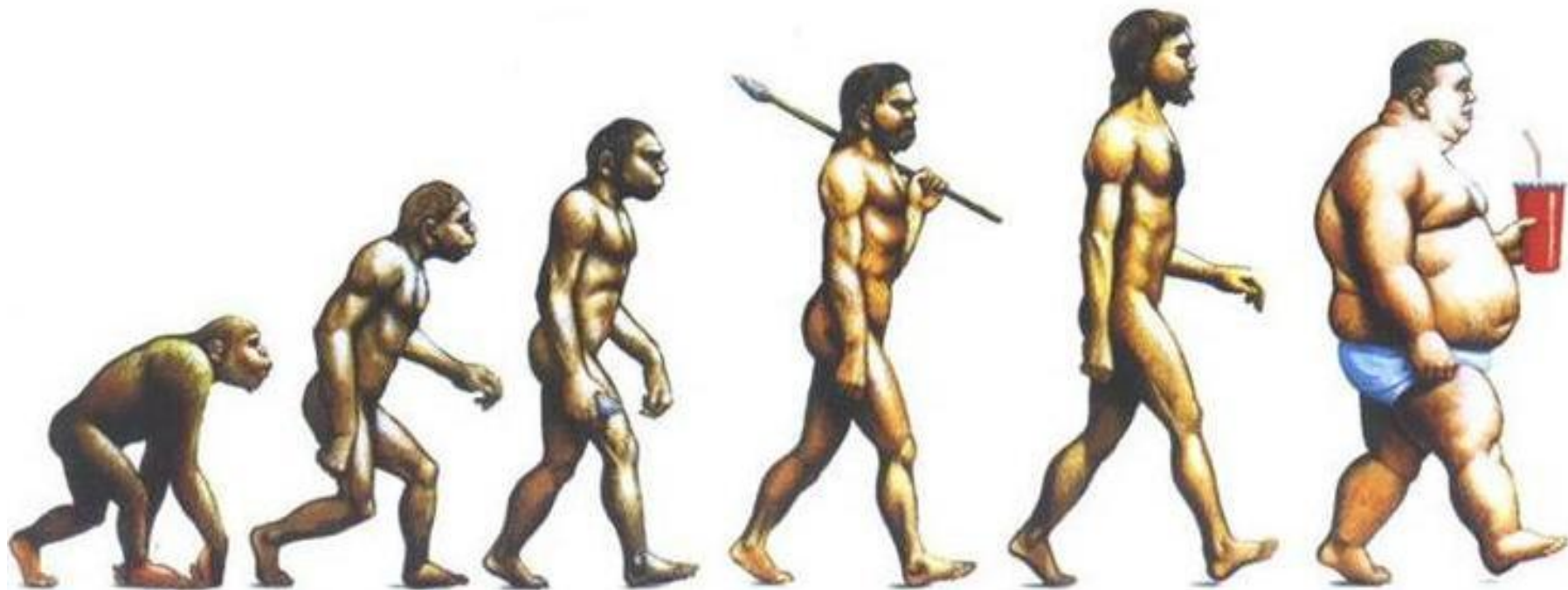
Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

**DEUTSCHER
SPORTBUND**

www.sportbund.de

Thomas Altgeld: LVG & AFS Niedersachsen e.V., Oldenburg 7/2008

The shape of things to come



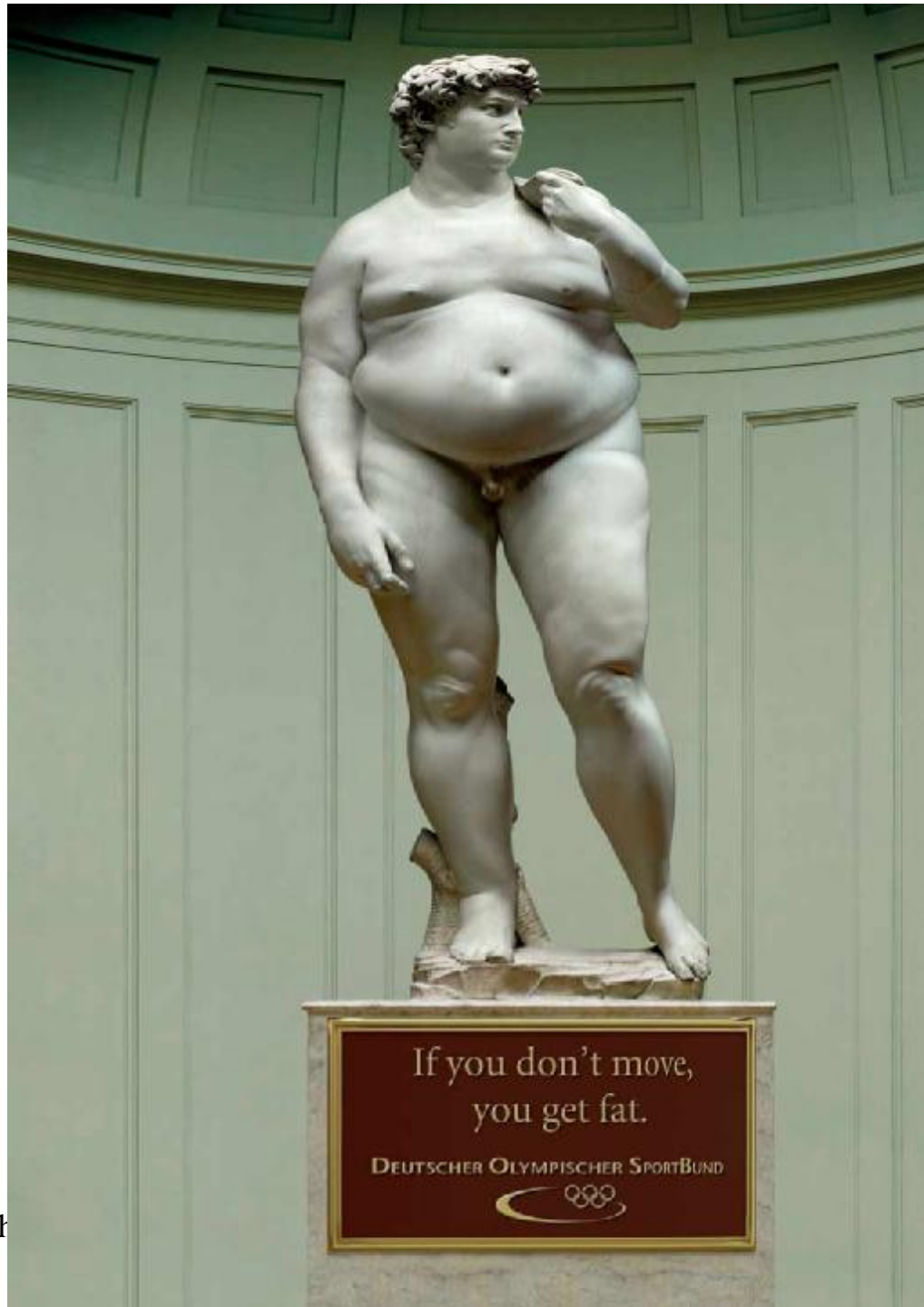
In Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Versicherern und der FMH.



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



Die Schweiz wird immer dicker. Es braucht wenig, um viel zu verändern: gesundheitsfoerderung.ch



Th

Programmeuphorie in der Adipositasprävention für Kinder und Jugendliche

- Obeldicks
- Lean-and Healthy
- PommeFRIZ
- RAP
- Moby Dick
- Fit wie LEO
- Pfundig wird fit
- Optifast-Junior
- M.O.B.I.L.I.S.
- Move, eat and more
- IDEFICS
- Fit von klein auf
- Fit für PISA
- KIDS
- FITOC
- Bunter Kreis

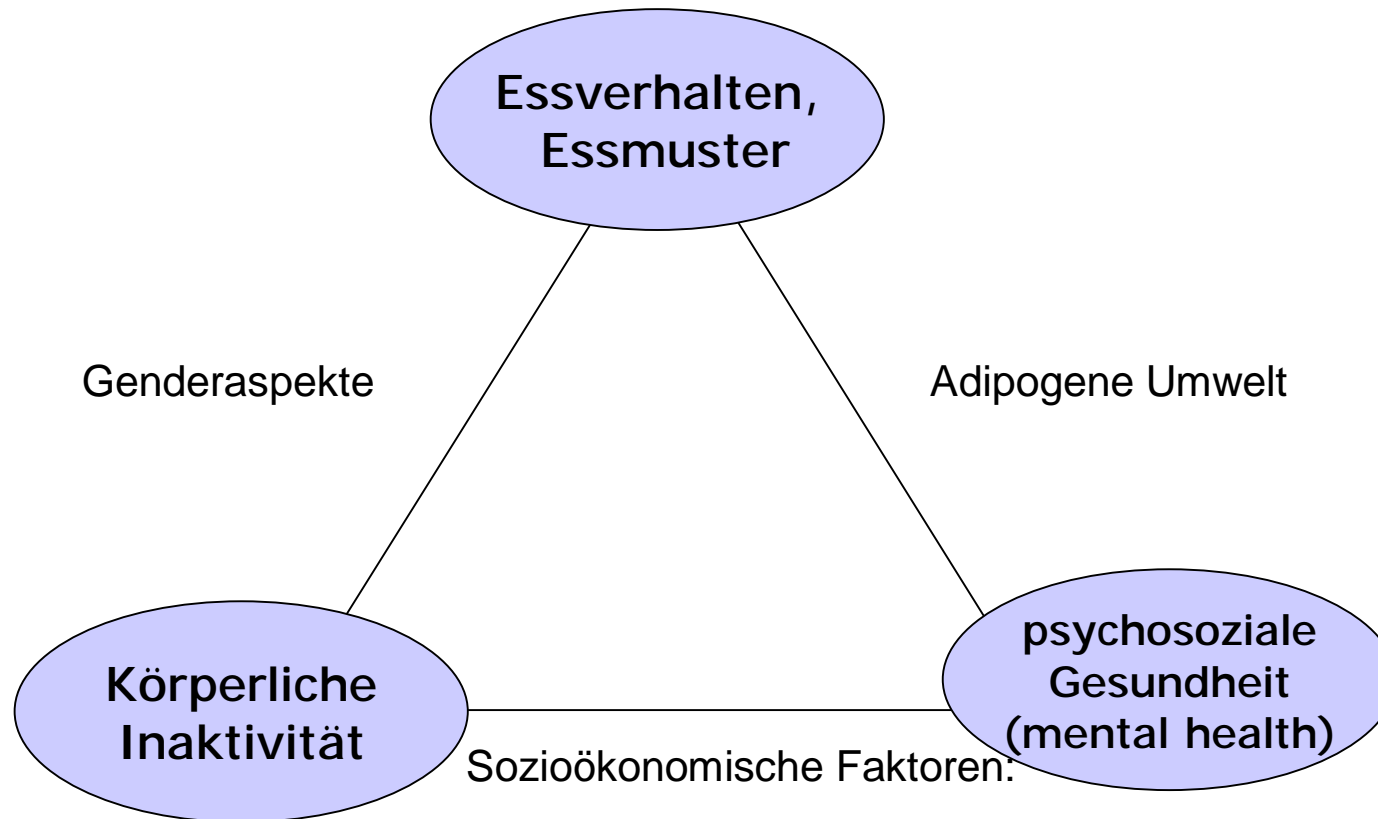
Ernährungsbedarfe und Essbedürfnisse

(Pudel, 2004)

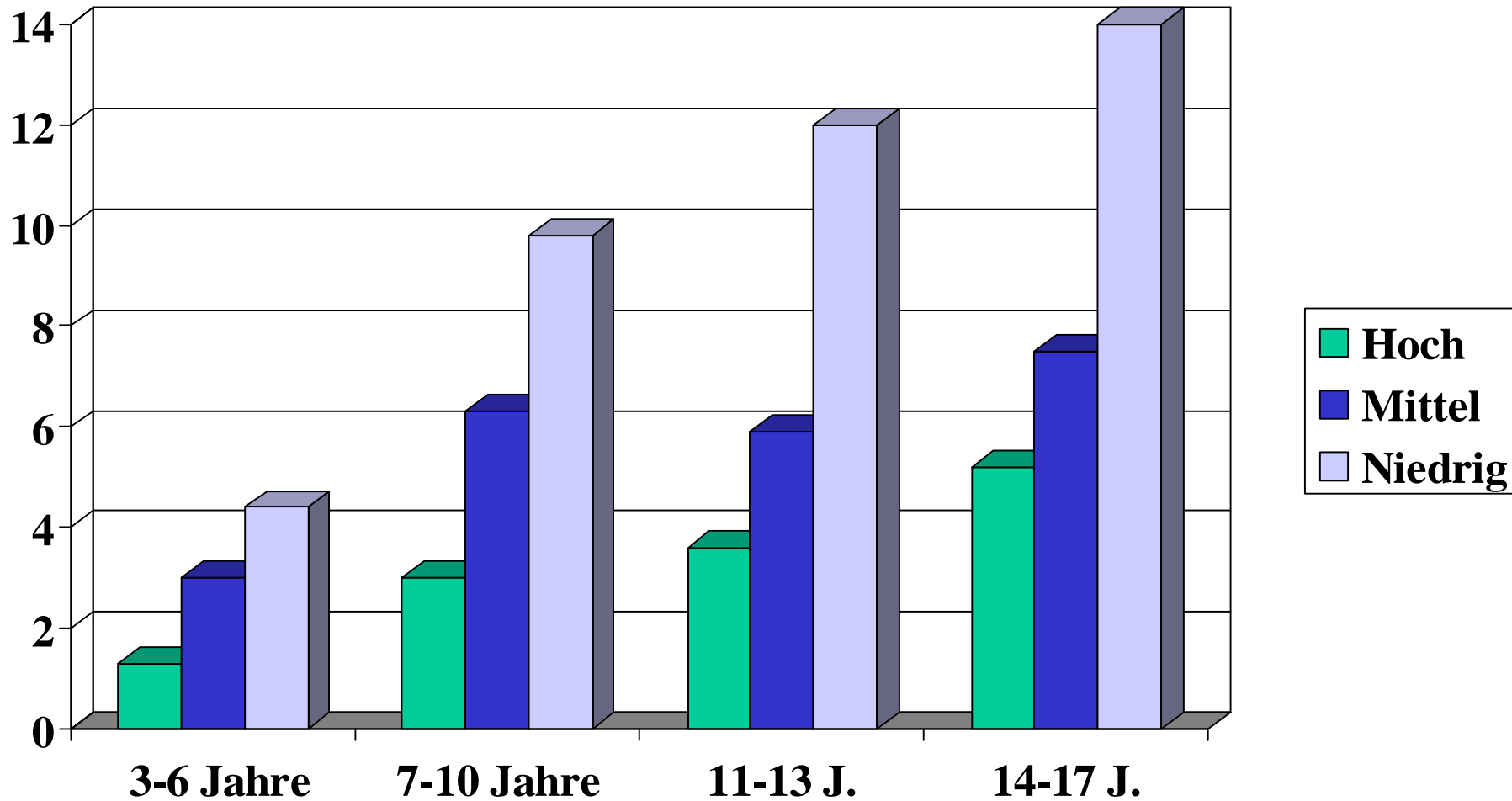
Es bleibt auch zu fragen, wie und warum Informationen über den Ernährungsbedarf die Essbedürfnisse der Menschen beeinflussen sollten. Die Diskrepanz zwischen Nährstoffbedarf und Essbedürfnissen, die die Grundlage aller Ernährungsstörungen bildet, kann allein verringert werden, wenn die Essbedürfnisse modifiziert werden. Die Information über ernährungsphysiologische Bedarfparameter hat offenbar wenig (oder keinen) Einfluss auf Essbedürfnisse.“

Adipositas ist kein eindimensionales Phänomen

(WHO 2006, nach Heindl)



Adipositas in % bei Kindern in Deutschland nach Sozialstatus (KiGGS, 2007)



Häufigkeit von Adipositas bei Berliner Erstklässlern nach Staatsangehörigkeit (2001)

Alle EinschülerInnen: 12,6%

Herkunftsdeutsche Kinder: 10,6%

Eingebürgerte Kinder 17,0%

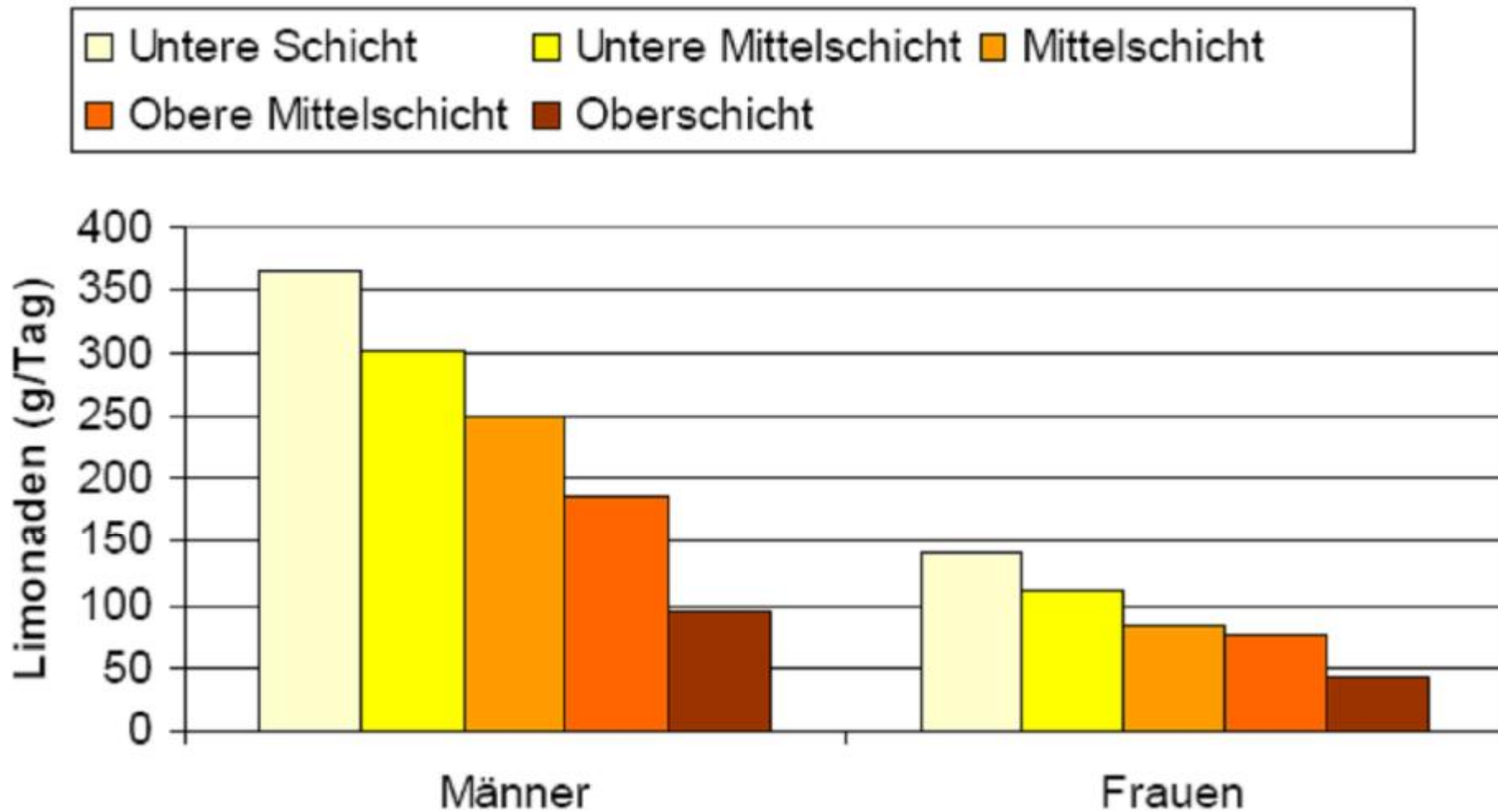
Ausl. Kinder (Industrielländer) 20,4%

Türkische Kinder 22,7%

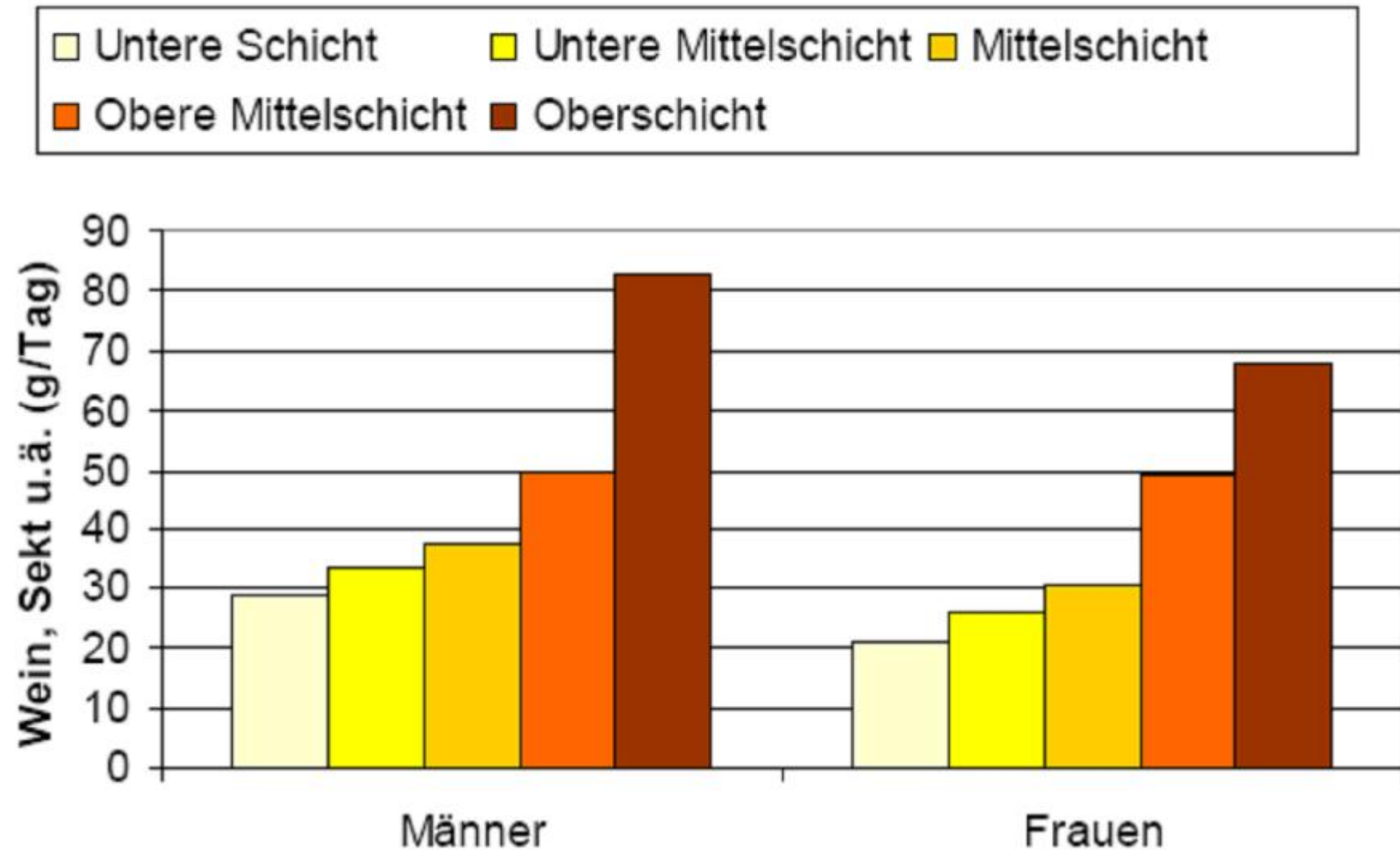
Nationale Verzehrstudie (BMELV, 2008)

- Je höher der Schulabschluss desto geringer ist der Body-Mass-Index (BMI) bei Männern und Frauen
- Mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen zeigt sich bei Männern und Frauen ein Absinken des BMI (16% bzw. 14% in der höchsten Einkommensgruppe)
- Adipositas „vor allem ein Problem bei Personen der unteren Schichten“, insbesondere bei Frauen.
- Regionale Unterschiede: In Bremen und Hamburg leben die wenigsten Übergewichtigen, in Schleswig-Holstein die meisten.

Nationale Verzehrsstudie (BMELV, 2007)



Nationale Verzehrsstudie (BMELV, 2007)



EU-Weißbuch - Handlungsfelder (Juni 2007)

- Verbraucher sollen in der Lage versetzt werden, fundierte Kaufentscheidungen zu treffen,
- die Ausarbeitung strengerer Verhaltensregeln für die Werbewirtschaft in der EU, die auf den Selbstbeschränkungsregeln der European Advertising Standards Alliance (EASA) aufbauen und die Ergebnisse des von der Kommission 2006 organisierten Rundtischs zum Thema Werbung berücksichtigen;
- größere Anstrengungen der Lebensmittelindustrie und des Einzelhandels, die Zusammensetzung von Lebensmittelprodukten zu ändern;
- Werbe- und Marketingkampagnen von Sportverbänden, um körperliche Aktivität zu fördern, wobei bestimmte Zielgruppen, etwa Kinder, besonders angesprochen werden.

Erfolgsfaktoren in der Prävention von Übergewicht bei sozialen Risikogruppen

(peb-Recherche, 10/2005)

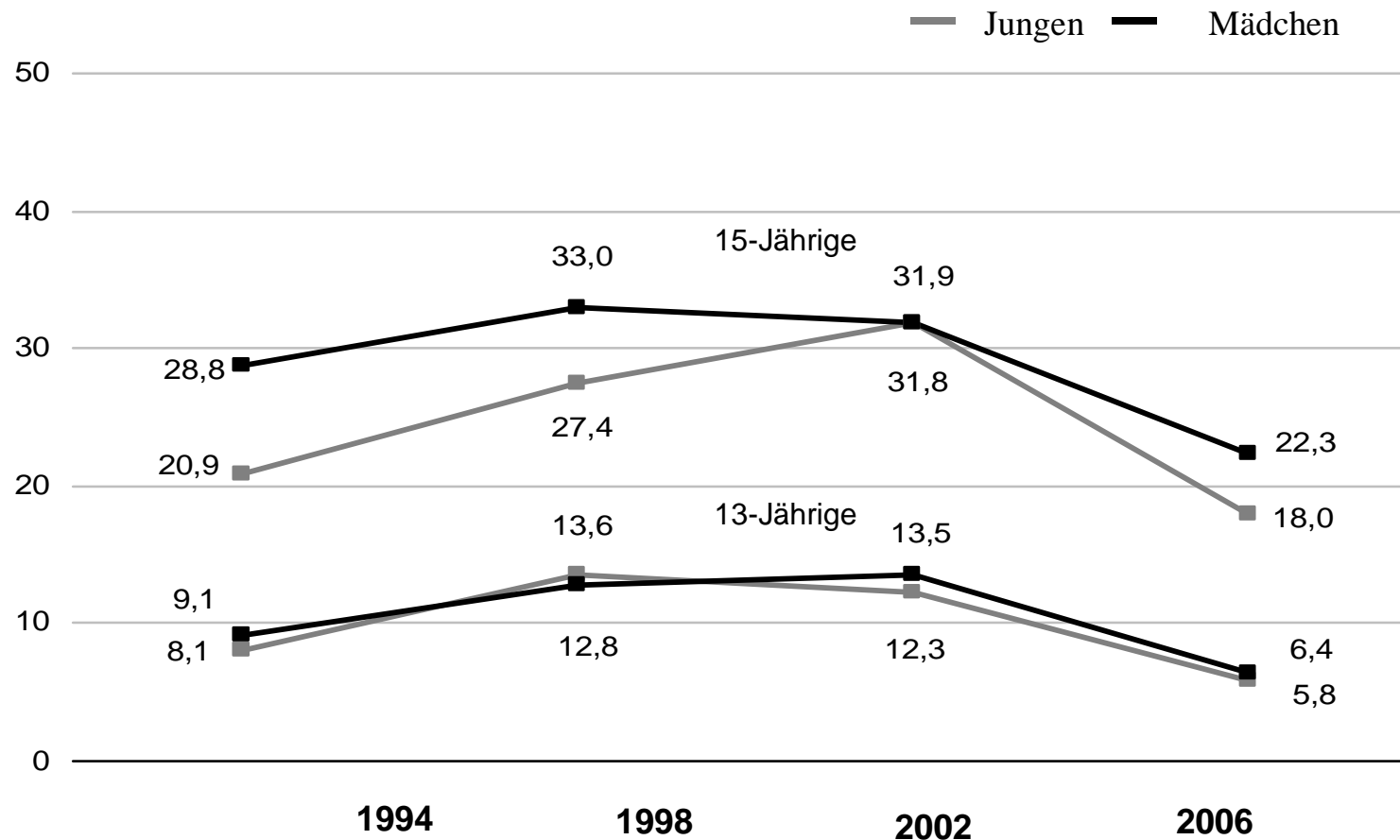
- Aufsuchende Arbeit
- Niedrigschwellige Angebote
- Angebote in kulturspezifischen Settings
- Gezielte Anpassung von Angeboten auf Bedürfnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen der Nutzer
- Kombination von Präventionsangeboten und Entlastungsangeboten für Alltagsprobleme
- Kombination von Angeboten mit praktischen aktivierenden Elementen
- Aufbau von Vertrauensverhältnissen durch personalisierte aufsuchende Arbeit, den Einsatz von Gleichaltrigen (peers), den Einsatz von „keypersons“ bzw. muttersprachlichen Mediatoren

3. Integrierte, sozialraumorientierte Gesundheitsförderungs- und Armutspräventionsansätze

Stufen staatlicher „Gesundheitsförderung“ außerhalb der Gesundheitsversorgung

Laissez faire	Privatheit von Gesundheitsrisiken, Nichtbeachtung
Beobachtung	Berichte, wissenschaftliche Studien, zuständige nachgeordnete Behörden
Freiwillige Leistungen	Marginale Förderung freier Träger, minimale Kampagnen
Selbstverpflichtungen	Der staatlichen Ebenen selbst, gemeinsam mit der Industrie
Leistungsgewährung und Anreizsysteme	Transferleistungen, Besteuerung bestimmter Produkte, über Bonus-/Malusprogramme innerhalb der Sozialversicherungen
Verbote (gesetzl. Regelungen 2)	Werbeverbote, Nutzungseinschränkungen, Produktionsverbote, Strafbarkeit von Konsum und Produktion

Verhältnisprävention, z.B. über Besteuerung und Verbote Regelmäßiger Tabakkonsum (mindestens einmal in der Woche) bei 13- und 15-Jährigen von 1994 bis 2006 (HBSC, Richter & Leppin, 2007)



Thomas Altgeld: LVG & AFS Niedersachsen e.V., Oldenburg 7/2008

Nichtraucherschutzgesetze in Deutschland



Thomas Altgeld: LVG & AFS Niedersachsen e.V., Oldenburg 7/2008

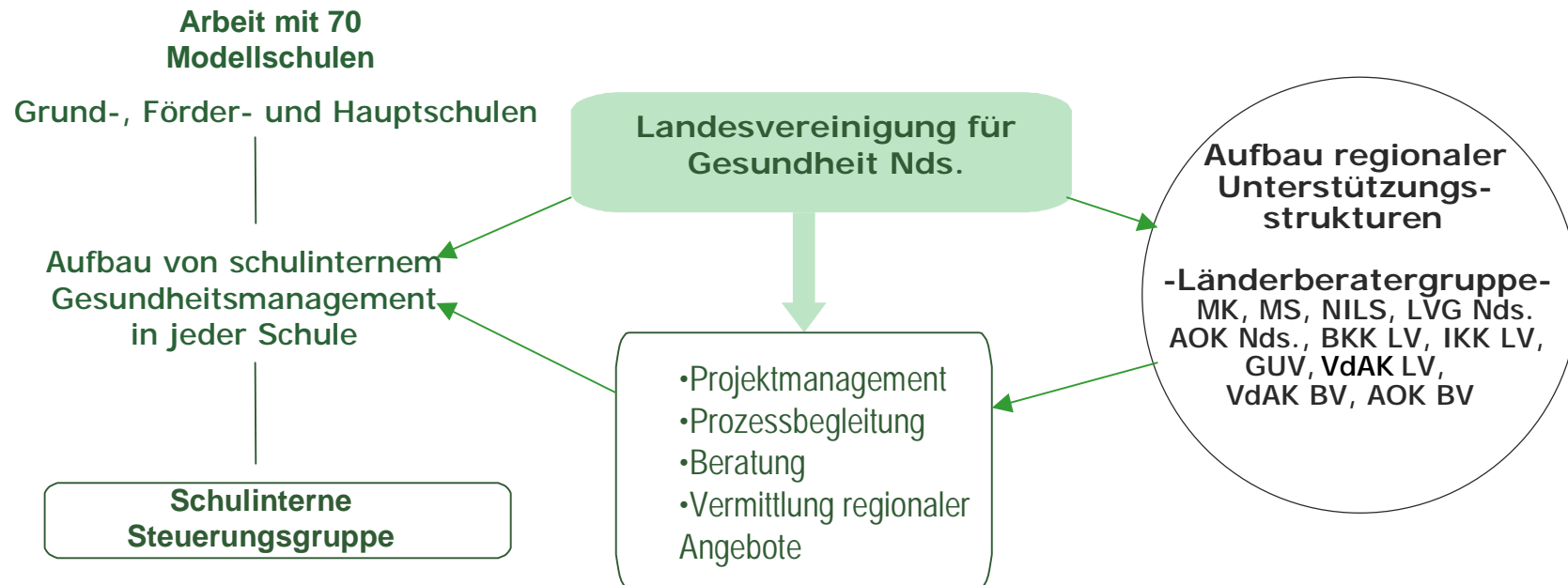
Alkoholkonsum Jugendlicher

(Drogenaffinitätsstudie, BZgA, 2007)

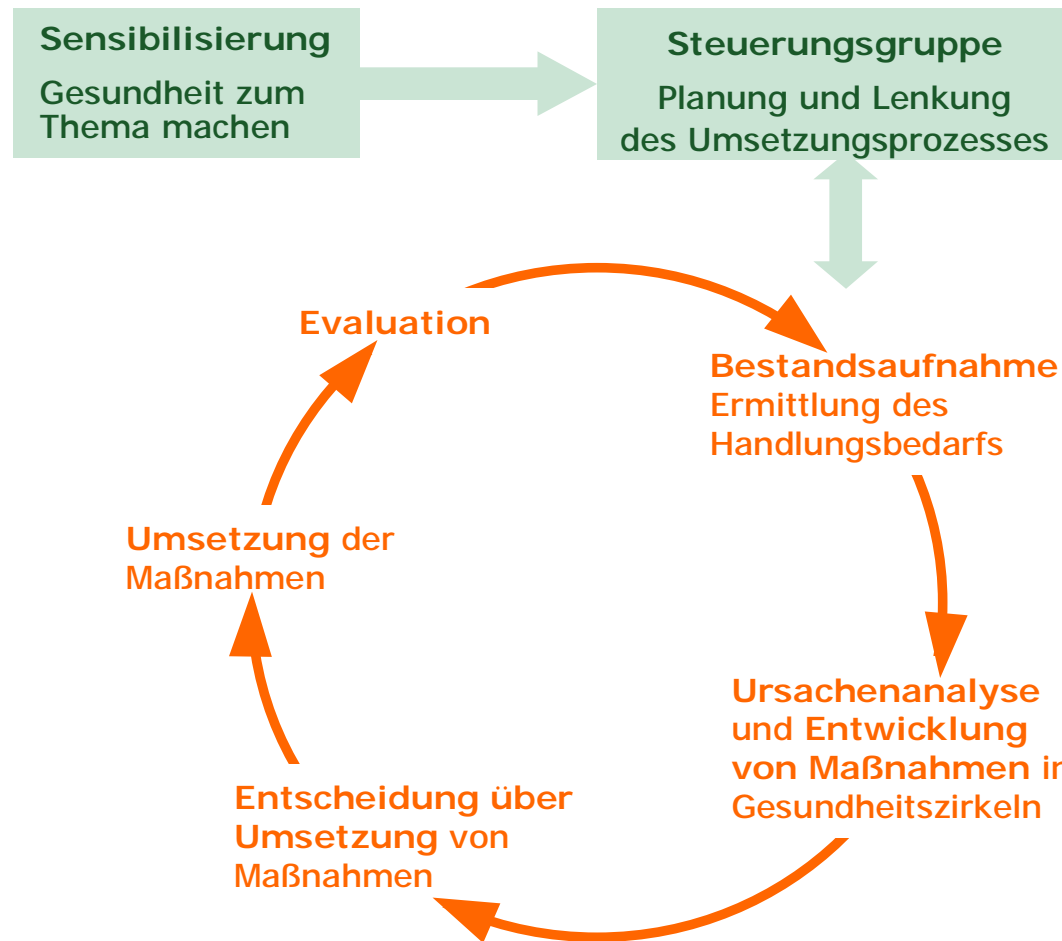


- Das Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum liegt bei 13 Jahren.
- Jeder fünfte 14-Jährige trinkt bereits wöchentlich.
- Die Hälfte der 16- bis 17-Jährigen konsumiert mindestens einmal im Monat hochprozentige Spirituosen. Vor allem das sogenannte Rauschtrinken habe in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Die Zahl der Minderjährigen, die die wegen einer akuten Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen, hat sich innerhalb von fünf Jahren von 9500 auf 19.400 mehr als verdoppelt.
- Unter Alkoholeinfluss nehmen Gewalt und Straftaten zu,

Kleinräumig Gesundheitsbedarfe analysieren: Beispiel Gesundheitsmanagement in Schulen Gesund leben lernen (GKV + LVGS)



Gesunde Schulentwicklung als Lernprozess



Systeme verändern: Prinzipien von Gesundheitsförderung in Schulen

- Partizipation, d.h. Teilhabe aller Betroffenen (SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern, Nichtunterrichtendes Personal) und Beteiligten, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten
- Integration, nicht Einzelaktivitäten, sondern Einbettung in Gesamtstrategie
- Prozeßcharakter der Gesundheitsförderung, d.h. andauerndes Tun und nicht Anfang und Ende.

Neue Verzahnung von Routinen: 13. Kinder- und Jugendbericht



Arbeitstitel:

„Gesundheitsbezogene Prävention und
Gesundheitsförderung in der Kinder-
und Jugendhilfe“

Berichtsauftrag

- **Rechtsgrundlage:**
§ 84 SGB VIII
- **Aufgabe:**
Aufarbeitung des Spektrums der Leistungen und Bestrebungen von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung **in der Kinder- und Jugendhilfe** sowie Erarbeitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung in den Bereichen:
 - allgemein ausgerichtete Angebote (z.B. Kindertagesbetreuung)
 - Hilfen zur Erziehung
 - Integration von und Arbeit mit jungen Menschen mit Behinderungen
- **Altersrange der Betrachtung:**
vorgeburtlich bis 27 Jahre

Politische Ziele des 13. KJB

Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung:

- Verbesserung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen, v.a. in sozial und gesundheitlich benachteiligten Lebenslagen
- bestmögliche Förderung ihrer Gesundheit – v.a. bezüglich „neuer Morbidität“ (verhaltens- und verhältnisbedingte Beeinträchtigungen)
- effiziente Verzahnung der KJH mit Schule, Gesundheitssystem, Behindertenhilfe etc.

Haupt-Datenquellen des 13. KJB

- KiGGS mit seinen Teilstudien: BELLA, MoMo, ESKIMO; RKI 2007
- Health Behaviour in School-age Children (HBSC-Studie; WHO 2008)
- Nationale Verzehrsstudie II (BMELV 2008)
- Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Studie (DONALD; div. Jahre)
- Europäische Schülerstudie (ESPAD; IfT 2008)
- Div. Studien zu Sucht, u.a. Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2008
- Kinder-Umwelt-Survey (KUS; BMBF/BMU 2003)
- Empirische Studien der BZgA (z.B. zu Ernährung, Sexualität etc.)
- DJI-Surveys (Kinderpanel, Jugendpanel, Familiensurvey; DJI div. Jahre)
- 15. Shell-Jugendstudie (Hurrelmann et al., 2006)
- Worldvision Kinderstudie (Worldvision 2007)
- LBS Kinderbarometer (LBS Initiative Junge Familie 2007)
- Armuts- und Reichtumsbericht (BMGS 2005 / 2008)

Landesinitiative „Bildung-Gesundheit-Entwicklung“

- Erhöhung des Stellenwertes von Gesundheit, Sicherheits- und Gesundheitsförderung in den niedersächsischen Schulen
- Verbesserung der Qualität schulischer Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote
- Stärkere Verankerung von Sicherheit und Gesundheit in dem für niedersächsische Schulen verbindlichen Qualitätsrahmen
- Qualifizierung von Schlüsselpersonen (Schulleitern, Schulinspektoren, Eltern- und Schülervvertretungen, Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes)

Fazit: Dringende Handlungsbedarfe

- Die materielle Lebenssituation armer und armutsgefährdeter Kinder und Jugendlicher muss verbessert werden.
- Investitionen in Bildung sind Investitionen in Armutsprävention. Deutschland hat im internationalen Vergleich hier (anders als bei den Sozialleistungen) großen Aufholbedarf. Dieser beginnt bei einer Neueinschätzung des Bildungssystems als wirkliche „Schule fürs Leben“ und nicht als Selektionsmechanismus.
- Die Teilhabe benachteiligter Kinder und Jugendlicher am kulturellen und sozialen Leben und ihres gleichberechtigten Zugangs zu gesellschaftlichen Ressourcen muss gesichert werden
- Die umfangreichen, kind- und familienbezogenen Unterstützungsleistungen müssen besser aufeinander abgestimmt werden. Notwendig ist eine Vernetzung von Angeboten (und Sozialgesetzbüchern)
- Es bestehen Handlungsmöglichkeiten auf allen staatlichen Ebenen, von der Kommune über die Länder über den Bund bis hin zur EU. Die Zuständigkeiten des Bundes werden zumeist überbetont, die anderen Handlungsebenen unterschätzt.