

Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung

Dr. Nico Dragano
Thomas Lampert
Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist

Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf?

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Juni 2009

Vorwort

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die mal für die Kinder- und Jugendhilfe, mal für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet, die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, oft nur auf wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben,

denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Homfeldt, Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Dr. Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

München, im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp

Vorsitzender der Sachverständigenkommission
des 13. Kinder- und Jugendberichts

Inhalt

1	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe.....	xxx
1.1	Nico Dragano, Thomas Lampert, Johannes Siegrist Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?.....	xxx
1.2	Petra Kolip Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention.....	xxx
1.3	Bernd Röhrle Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?	xxx
1.4	Manfred Hintermair Salutogenetische und Empowerment-Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ...	xxx
2	Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen	xxx
2.1	Tina Friederich Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen.....	xxx
2.2	Renate Höfer, Luise Behringer Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen	xxx
2.3	Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Rainer Wetzler, Stefanie Frings Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen	xxx
3	Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe.....	xxx
3.1	Andreas Hanses, Kirsten Sander Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit	xxx
3.2	Knut Lambertin Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit	xxx
3.3	Elke Opper, Petra Wagner Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport	xxx

3.4	Peter Paulus	Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern	xxx
3.5	Florian Straus	Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe	xxx
4		Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Risikolagen	xxx
4.1	Albert Lenz	Risikante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe	xxx
4.2	Michael Kölch	Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern .	xxx
4.3	Stephan Sting	Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter.....	xxx
5		Gesundheitsförderung und Prävention bei den Hilfen zur Erziehung und ihren Schnittstellen.....	xxx
5.1	Ulrich Gerth /Klaus Menne	Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen.....	xxx
5.2	Margret Dörr	Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese	xxx
5.3	Jörg M. Fegert, Tanja Besier	Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform	xxxx
6		Autorinnen und Autoren.....	xxxx

Teil 1

Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe

Nico Dragano,
Thomas Lampert,
Johannes Siegrist

1.1 Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?

1	Einleitung	13
2	Das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen.....	14
2.1	Säuglingssterblichkeit und Frühgeburtlichkeit.....	15
2.2	Entwicklungsstörungen und körperliche Krankheiten.....	16
2.3	Unfälle und Verletzungen.....	18
2.4	Psychische und Verhaltensauffälligkeiten	19
2.5	Psychosoziales Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität	21
2.6	Zusammenfassung.....	23
3	Erklärungsansätze: Wie entsteht soziale Ungleichheit im Lebenslauf? ...	24
3.1	Von Geburt an: Risikofaktoren in der Lebenslaufperspektive	24
3.2	Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter	28
3.3	Modifizierende Merkmale: Alter, Geschlecht, Migration.....	35
3.4	Die Langzeitfolgen von sozialer Ungleichheit in jungen Jahren: Gesundheit in der Lebenslaufperspektive	36
3.5	Zusammenfassung.....	38
4	Sozial-sensitive Prävention und Gesundheitsförderung	39
4.1	Soziale Ungleichheit: ein Thema der Prävention?	39
4.2	Stand der Umsetzung: Initiativen in Deutschland.....	41
4.3	Handlungsempfehlungen	43
5	Literatur.....	46

1 Einleitung

Prävention kann im Kindes- und Jugendalter große Erfolge erzielen, denn in dieser Lebensspanne wird der Grundstein für die körperliche und psychische Konstitution des Menschen gelegt und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen sowie Einstellungen geprägt. Insofern können von einer frühen Prävention nicht nur kurzfristige Effekte für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, sondern auch langfristige Wirkungen bis ins hohe Alter erwartet werden. Gelingt es beispielsweise Jugendliche vom Rauchen abzuhalten, so wird dies eine Verbesserung der Gesundheit in allen nachfolgenden Lebensphasen bedeuten.

Den Chancen stehen Restriktionen gegenüber. Vor allem stellt sich die Frage, ob die klassische Prävention diejenigen erreicht, die ihrer am nötigsten bedürfen. Hiermit beschäftigt sich das vorliegende Kapitel, in dem unterschiedliche Erkrankungsrisiken in den sozialen Gruppen der Gesellschaft thematisiert werden. Ausgangspunkt der Darstellung ist die Feststellung, dass es eine ausgeprägte gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland wie auch vielen anderen Ländern gibt. So zeigen verschiedene Studien, dass die Gesundheit von Kindern aus sozial benachteiligten Familien vergleichsweise schlechter ist als die ihrer sozial bessergestellten Altersgenossen. Gleiches gilt für gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen oder Bewegungsmangel, die ebenfalls mit sinkender sozialer Schicht der Herkunftsfamilien häufiger auftreten. Dabei muss betont werden, dass sich Ungleichheit nicht auf einen Gegensatz zwischen „arm“ und „reich“ reduzieren lässt, vielmehr sind die Unterschiede graduell (sog. „sozialer Gradient“) und finden sich auch zwischen Kindern aus mittleren und denen aus oberen sozialen Schichten.

Ungleiche Gesundheitschancen können aber durch gezielte Prävention und Gesundheitsförderung reduziert werden, indem Programme und Strategien entwickelt werden, die sich speziell an besonders gefährdete soziale Gruppen richten. Voraussetzung für eine sozial-sensitive Prävention ist die genaue Kenntnis der Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit in der betreffenden Altersspanne. Wichtig ist es zunächst, das Ausmaß der Ungleichverteilung von einzelnen Erkrankungen zu kennen, um Bereiche mit dringendem Handlungsbedarf zu identifizieren. Diese Zustandsbeschreibung muss auch die langfristigen Folgen von früher gesundheitlicher Benachteiligung in den Blick nehmen, denn es gibt zahlreiche Belastungen die zwar in Kindheit und Jugend wirken, aber erst im Erwachsenenalter als manifeste Erkrankungen sichtbar werden. Dann müssen die Mechanismen verstanden werden, welche die soziale mit der gesundheitlichen Lage verbinden, denn bei diesen zwischengeschalteten Mechanismen sind die Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen zu suchen. Mit Hilfe dieses Grundlagenwissens können konkrete Programme entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden. Die vorliegende Expertise fasst die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den aufgeführ-

ten Punkten zusammen und gibt Empfehlungen für eine Prävention und Gesundheitsförderung, die die soziale Lage ihrer Klientel berücksichtigt und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit zum Ziel hat.

2 Das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen

Die soziale Ungleichheit von Gesundheitsrisiken kann bereits im Mutterleib beginnen. Beispielsweise ist das Geburtsgewicht von Kindern aus sozial benachteiligten Familien im Schnitt niedriger als das von sozial bessergestellten Kindern (Bergmann u. a. 2007). Dieses Ergebnis stammt aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)¹, einer der wenigen bevölkerungsbezogenen Studien in Deutschland, die es erlaubt auf einer breiten empirischen Basis die soziale Ungleichheit der Gesundheit in Kindheit und Jugend zu erforschen. Das Beispiel des KiGGS gibt Anlass, vorweg methodische Grundfragen der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung kurz anzusprechen. Zunächst zeigt der Befund zum Rauchen während der Schwangerschaft, dass die beschreibenden Analysen in der Regel einem einfachen Muster folgen: Es wird betrachtet, ob eine Erkrankung oder ein Risikofaktor in Abhängigkeit von sozialen Merkmalen der Herkunftsfamilie häufiger oder weniger häufig auftritt. Die soziale Schicht wird dabei anhand sehr unterschiedlicher Merkmale erfasst und der Detailgrad hängt vom Design der jeweiligen Studie ab. In einer eigens durchgeführten Untersuchung können Faktoren wie die Schulbildung der Eltern, deren Einkommen und Beruf sowie andere Indikatoren der sozialen Stellung gezielt erhoben werden, während in einer Studie, die auf Sekundärdaten (z. B. Routinedaten der Krankenkassen) beruht, auf vorhandene administrative Angaben zurückgegriffen werden muss (z. B. Höhe der Beiträge).

Das Beispiel verdeutlicht weiterhin, dass in der Regel größere Populationen betrachtet werden müssen, um soziale Muster sichtbar zu machen. Um beispielsweise Unterschiede in der Kindergesundheit zwischen verschiedenen Einkommensklassen analysieren zu können, muss eine ausreichend große Anzahl von Kindern in jeder Klasse vorhanden sein, um genügend Erkrankungsfälle für einen Vergleich von statistischen Durchschnittswerten zu erhalten. In einer anderen Hinsicht ist der KiGGS aber weniger exemplarisch, denn er ist einer der wenigen Surveys mit Bevölkerungsbezug aus Deutschland. Im Gegensatz zu Ländern wie Großbritannien oder Schweden, wird die soziale Un-

¹ Für den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wurden von 2003 bis 2006 17.641 Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern befragt. Durchgeführt wurde die Studie vom Robert-Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

gleichheit von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter in Deutschland erst seit kurzem thematisiert und in wissenschaftlichen Untersuchungen erfasst. Insofern ist die Zahl der Studien, die Aufschluss über ungleiche Gesundheitschancen in Deutschland geben, derzeit noch übersichtlich. Das gilt insbesondere für Langzeitstudien, in denen Zusammenhänge über einen längeren Zeitraum betrachtet werden, um so auf ursächliche Beziehungen zwischen sozialen Merkmalen und einer späteren Erkrankung schließen zu können.

Um einen Eindruck vom Ausmaß der sozialen Ungleichheit von Gesundheit in jungen Lebensjahren zu vermitteln, wird im Folgenden ein kurzer Überblick über die Ergebnisse nationaler Studien gegeben. Dort, wo Daten fehlen, werden diese durch internationale Studien ergänzt. Gegliedert ist die Darstellung nach Erkrankungsformen und Gesundheitsproblemen, wobei nicht nur Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit, sondern auch zur mentalen Gesundheit und zur Lebensqualität gezeigt werden.

2.1 Säuglingssterblichkeit und Frühgeburtlichkeit

Noch zu Beginn der 1960er Jahre lag die Säuglingssterblichkeit in Deutschland mit 33,8 gestorbenen Säuglingen auf 1.000 Lebendgeborenen über der in den meisten anderen westlichen Industrieländern. Nach der Einführung der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und der Betreuung von Risikoschwangerschaften, aber auch durch Fortschritte in der Gynäkologie und Perinatalmedizin konnte sie inzwischen auf 4,4 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeburten und damit auf einen, auch im internationalen Vergleich, sehr niedrigen Wert gesenkt werden (Robert-Koch-Institut 2004). Systematische Auswertungen der Säuglingssterblichkeit nach sozialen Merkmalen sind aber relativ selten. Die vorhandenen Erkenntnisse sprechen dafür, dass die Säuglingssterblichkeit einem sozialen Gefälle folgt und dementsprechend in den unteren sozialen Schichten am höchsten ist (Mielck 2000; Seifert 2002). Das gilt auch für ein niedriges Geburtsgewicht und angeborene Fehlbildungen, die Risikofaktoren der Sterblichkeit im Kindesalter darstellen. Eine höhere Säuglingssterblichkeit wird außerdem für von ausländischen Frauen geborene Kinder berichtet. Als Gründe werden eine geringere oder spätere Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen und im Hinblick auf Mütter aus den unteren sozialen Schichten auch das Rauchen während der Schwangerschaft diskutiert (Schneider u. a. 2008).

Ein weiterer wichtiger Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage, der im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt steht, ist die Frühgeburtenrate. Je kürzer die Schwangerschaft, desto höher ist das Risiko

einer Schädigung des Kindes, insbesondere das Risiko für Cerebralpareesen², Seh- und Hörstörungen sowie geistige und Mehrfachbehinderungen. Die soziale Stellung der Mutter scheint hier ein wichtiger Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit zu sein. Dies lässt sich z. B. mit Daten aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen belegen, wo die höchsten Frühgeburtsraten in den Regionen gefunden wurden, die durch hohe Arbeitslosigkeit und einen hohen Anteil an Sozialhilfeempfänger charakterisiert sind. Neben Lebensstilfaktoren dürfte auch die aus der sozial benachteiligten Lebenssituation erwachsende Stressbelastung ein wichtiger Grund für die höhere Frühgeburtenrate sein (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2002; Sozialministerium Baden-Württemberg 2000).

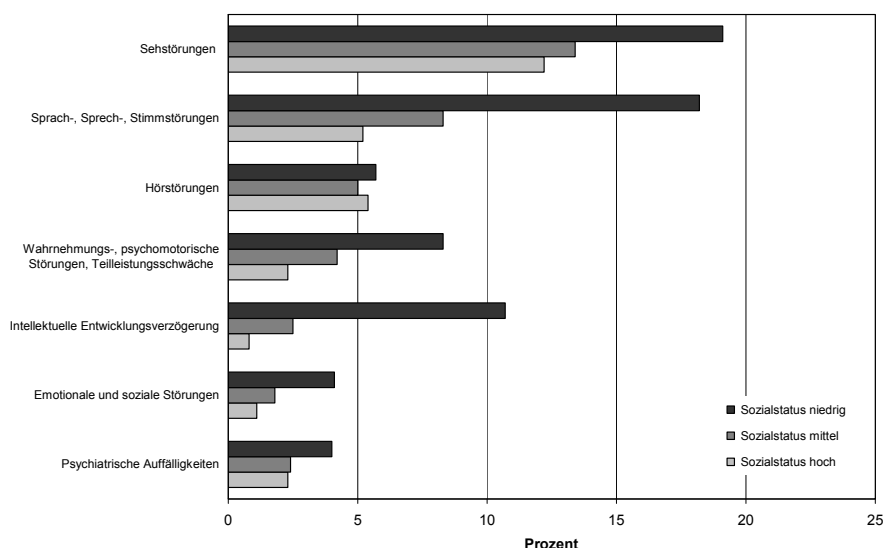
2.2 Entwicklungsstörungen und körperliche Krankheiten

Soziale Unterschiede zeigen sich auch in der frühkindlichen Entwicklung. In Brandenburg wurde im Jahr 2005 im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen bei 30% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein für die Frühförderung relevanter Befund festgestellt (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2007).³ Bei Kindern aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus traf dies auf 15 % bzw. 9 % zu. Eine ärztliche Empfehlung für eine weitergehende Diagnostik bzw. Behandlung wurde gegenüber 10 % der Kinder aus der niedrigen im Vergleich zu 4 % aus der hohen Statusgruppe ausgesprochen. Besonders deutlich zeichnen sich die schichtspezifischen Unterschiede bei Sehstörungen, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Wahrnehmungs- und psychomotorischen Störungen, intellektuellen Entwicklungsverzögerungen, emotionalen und sozialen Störungen sowie psychiatrischen Auffälligkeiten ab (vgl. Abbildung 1). Auch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Berlin und Schleswig-Holstein sprechen für ein verstärktes Vorkommen von Entwicklungsstörungen bei Kindern aus den unteren Sozialschichten (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren 2006). Die Berliner Daten weisen zudem auf eine stärkere Beeinträchtigung der gesundheitlichen Entwicklung bei Kindern mit Migrationshintergrund hin.

² Bewegungsstörungen in Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung

³ Für die Auswertung der Daten der Brandenburger Einschulungsuntersuchungen wird ein Sozialstatus-Index verwendet, der auf Angaben der Eltern zu ihrem Erwerbsstatus und ihrer Schulbildung basiert (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2006).

Abbildung 1: Entwicklungsstörungen von Jungen und Mädchen bei der Einschulungsuntersuchung nach sozialem Status.



Datenbasis: Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2005 (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2007)

Aussagen zu sozialen Unterschieden in der Verbreitung von akuten und chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind mit Daten des vom Robert-Koch-Institut in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) möglich. Für die meisten akuten Erkrankungen ist in der Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen kein Zusammenhang zur Sozialschicht festzustellen.⁴ Ausnahmen sind Erkältungen, Bindehautentzündungen, Windpocken und Scharlach, die etwas häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus der höheren sozialen Schicht vorkommen, sowie Angina und Masern, von denen die Heranwachsenden aus der niedrigen Sozialschicht vermehrt betroffen sind. Auch in der Verbreitung chronischer Krankheiten zeigen sich nur geringe soziale Unterschiede. Die auffälligste Ausnahme stellt hier die Neurodermitis dar, die bei 17 % der Kinder und Jugendlichen aus der oberen Sozialschicht vorkommt, im Vergleich zu 11 % derjenigen aus Familien der niedrigen Schicht. Die Heranwachsenden aus der hohen Statusgruppe sind

⁴ In der KiGGS-Studie wird der soziale Status ausgehend von Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, zu ihrer beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen gemessen (Lange u. a. 2007; Lampert/Kurth 2007).

außerdem von Skoliose stärker betroffen (Kamtsiuris u. a. 2007; Schlaud u. a. 2007).

2.3 Unfälle und Verletzungen

Verletzungen durch Unfälle bilden in den ersten Lebensjahren das vermutlich wichtigste Gesundheitsrisiko. Ihr Spektrum reicht von leichteren Traumen über stationär behandlungspflichtige Verletzungen bis hin zu tödlichen Unfällen. In Deutschland ist die Zahl tödlicher Unfälle im Kindesalter seit Jahren rückläufig, aber noch immer beträgt ihr Anteil an allen Todesfällen im Kindesalter mehr als ein Drittel. Demgegenüber stagniert die Zahl schwerer Verletzungen im Säuglings- und Kleinkindalter, sodass angesichts der Tatsache, dass die Mehrzahl der Kinderunfälle vermeidbar ist, weitere Präventionsanstrengungen dringend erforderlich sind. Während Säuglinge und Kleinkinder vor allem im häuslichen Bereich verunglücken, liegt der Hauptunglücksort von Schulkindern im Straßenverkehr.

Das erhöhte Unfallrisiko in den ersten Lebensjahren lässt sich in erster Linie anhand der spezifischen Entwicklung sensorischer und kognitiver Funktionen erklären: Vor dem 9. Lebensjahr ist beispielsweise die Fähigkeit räumlichen Sehens nicht in vollem Umfang ausgebildet und Geschwindigkeiten sowie Entfernungen können nicht korrekt eingeschätzt werden. Auch das Hörvermögen ist in den ersten Lebensjahren nicht voll ausgebildet, Reaktionszeiten sind langsamer als bei Erwachsenen, und Gefahrenbewusstsein sowie Aufklärung über Regeln und Vorschriften sind häufig unvollständig (Pistor/Märzhäuser 2008). Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf kindliches Unfallgeschehen ist die mangelhafte Aufsicht durch Eltern und andere Erziehungspersonen. In Deutschland gibt es bisher kaum systematische Datenerhebung zu sozioökonomischen und soziokulturellen Einflüssen auf das Unfallgeschehen. Mit wenigen Ausnahmen (vgl. unten) stützen sich entsprechende Erkenntnisse daher auf ausländische Studien. Danach weisen Kinder aus der untersten sozialen Schicht eine um 40 % erhöhte Unfallrate im Vergleich zu Kindern der obersten Schichten auf, und im beobachteten Zeitraum stagnierte hier die Verletzungshäufigkeit, während sie in den oberen Schichten kontinuierlich abnahm (Roberts/Power 1996). Aus einer deutschen Studie ist bekannt, dass 1- bis 10-jährige Kinder aus unteren Sozialschichten häufigere und längere verletzungsbedingte Krankenhausaufenthalte verzeichnen als besser gestellte Kinder der gleichen Altersgruppe (Geyer/Peter 1998). Schwere Straßenverkehrsunfälle sind bei Kindern aus sozial benachteiligten, in der Regel verkehrsreichen Wohngebieten auch deshalb häufiger, weil diese mehrere und gefährlichere Straßen zu überqueren haben (Bolte u. a. 2004). In allen Altersphasen ist das Verletzungsgeschehen der Kinder besonders hoch, die mit Al-

leinerziehenden oder mit Eltern aufwachsen, welche von Arbeitslosigkeit betroffen sind (Cubbin u. a. 2000). Wieweit Verletzungen, die auf Misshandlung von Kindern zurückzuführen sind, einen sozialen Gradienten aufweisen, ist bisher angesichts der hohen Dunkelziffern in diesem Bereich nicht bekannt. Die wenigen Hinweise zur Prävalenz des Unfallgeschehens bei Kindern und ihren wichtigen Determinanten zeigen jedoch bereits erste Ansatzpunkte gezielter Prävention, auf die an späterer Stelle eingegangen wird.

2.4 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

Die KiGGS-Studie stellt umfassende Informationen zur Verbreitung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, wie z. B. emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und Hyperaktivität, bereit. Als psychisch oder verhaltensauffällig sind demnach 15 % der 3- bis 17-jährigen Jungen und 10 % der gleichaltrigen Mädchen aus der niedrigen sozialen Schicht einzustufen, im Vergleich zu 5 % der Jungen und 2 % der Mädchen aus der hohen Schicht.

Da auch die Heranwachsenden aus der mittleren sozialen Schicht häufiger auffällig sind als die Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe, kann von einem Schichtgradienten in der Verbreitung von psychischen und Verhaltensproblemen gesprochen werden (Lampert/Kurth 2007). Wie eine altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, tritt dieser Schichtgradient bei Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren noch deutlicher zutage als bei Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren (vgl. Tabelle 1).

Eine extreme Form der Verhaltensauffälligkeit stellt die Ausübung von Gewalt dar. Mit den KiGGS-Daten lässt sich dazu zeigen, dass 27 % der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen aus der niedrigen sozialen Schicht in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt gegen andere angewendet haben im Vergleich zu 15 % der Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe. Als Mittel zur Durchsetzung von eigenen Interessen hält jeder dritte Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe Gewalt zumindest gelegentlich für gerechtfertigt. In der hohen Statusgruppe trifft dies hingegen nur auf jeden neunten Jugendlichen zu. Ganz ähnliche schichtspezifische Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die Bereitschaft, Gewalt in bestimmten Situationen anzuwenden, z. B. um auf eine Beleidigung zu reagieren oder zur Selbstbehauptung (Schlack/Hölling 2007).

Für Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren lassen sich mit den KiGGS-Daten außerdem Verdachtsfälle auf Essstörungen identifizieren, wobei das eingesetzte Screening-Instrument vor allem auf Symptome der Magersucht und Bulimie abzielt. Hinweise auf ein essgestörtes Verhalten fanden sich bei 20 % der Jungen aus der niedrigen und 9 % der Jungen aus der hohen Sozialschicht.

Bei Mädchen, die deutlich häufiger ein auffälliges Essverhalten zeigen als Jungen, betragen die entsprechenden Werte 36 % in der niedrigen und 23 % in der hohen Sozialschicht (Hölling/Schlack 2007).

Tabelle 1: Sozialer Status und psychische bzw. Verhaltensauffälligkeiten:
Prävalenzen und Odds-Ratios (OR) mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI).

	3- bis 10-Jährige		11- bis 17-Jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	16,4 (14,2-18,8)	4,66 (3,29-6,59)	13,0 (10,5-15,9)	2,72 (1,78-4,17)	14,7 (13,0-16,6)	3,58 (2,74-4,67)
Mittlerer Sozialstatus	8,1 (6,6-9,9)	2,09 (1,41-3,11)	7,9 (6,5-9,6)	1,54 (1,00-2,39)	8,0 (7,0-9,3)	1,80 (1,35-2,39)
Hoher Sozialstatus	4,0 (3,0-5,4)	Ref.	5,5 (3,9-7,7)	Ref.	4,7 (3,8-5,9)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	10,5 (8,7-12,6)	6,45 (3,62-11,50)	8,7 (6,8-10,9)	3,18 (1,88-5,38)	9,6 (8,2-11,1)	4,43 (2,95-6,66)
Mittlerer Sozialstatus	4,1 (3,1-5,3)	2,44 (1,42-4,18)	5,2 (4,2-6,4)	1,94 (1,18-3,19)	4,7 (4,0-5,4)	2,15 (1,45-3,18)
Hoher Sozialstatus	1,7 (1,0-2,7)	Ref.	2,7 (1,8-4,2)	Ref.	2,2 (1,5-3,1)	Ref.

OR (95 %-KI) = Ergebnisse binär logistischer Regressionen bei Kontrolle für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); Ref. = Referenzkategorie

Datenbasis: KiGGS-Studie 2003–06 (Lampert/Kurth 2007)

Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen lassen sich also bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bereits im Kindes- und Jugendalter sehr stark ausgeprägte Unterschiede zu Ungunsten der Heranwachsenden aus Familien

mit einer niedrigen sozialen Schichtzugehörigkeit beobachten. Dieser Befund ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit nachhaltige Auswirkungen auf die gesundheitliche wie auch die soziale Entwicklung im weiteren Leben haben können

2.5 Psychosoziales Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Um die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen umfassend beurteilen zu können, ist neben der körperlichen und psychischen Gesundheit das psychosoziale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu betrachten, die auch von vorhandenen sozialen Kontakten und Kompetenzen sowie subjektiven Wahrnehmungen, Einstellungen und Bewertungen abhängen (Ravens-Sieberer u. a. 2003). Eine gute Datengrundlage hierfür stellt die von der WHO koordinierte Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ dar, an der in Deutschland zuletzt Jugendliche im Alter zwischen 11 und 15 Jahren aus fünf Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen, Berlin und Hamburg) teilgenommen haben (Richter u. a. 2008).

Die ersten Ergebnisse der aktuellen Erhebung aus dem Jahr 2006 zeigen, dass Jungen und Mädchen aus der niedrigsten im Vergleich zu denen aus der höchsten Wohlstandsgruppe ihren eigenen Gesundheitszustand auf einer vierstufigen Skala häufiger als nur einigermaßen oder schlecht beurteilen und mit ihrem Leben seltener hochzufrieden sind (vgl. Tabelle 2).⁵ Außerdem geben sie vermehrt an, dass sie mehrmals in der Woche mit Kopf- und Magenschmerzen zu tun haben. Lediglich beim Auftreten von Rückenschmerzen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen. Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstand sind darüber hinaus häufiger von Befindlichkeitsstörungen betroffen, die sich z. B. als Einschlafstörungen und Nervosität äußern. Bei Jungen, die insgesamt seltener als Mädchen über Störungen der Befindlichkeit berichten, ist kein Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand festzustellen (Lampert/Richter 2008).

⁵ Zur Erfassung des familiären Wohlstandes wird in der HBSC-Studie ein Index gebildet, der auf Angaben zur Anzahl der Autos in der Familie, der Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten, der Computer im Haushalt und zum eigenen Zimmer der Jugendlichen basiert (Richter 2005).

Tabelle 2: Gesundheitliche Situation von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach familiärem Wohlstand. Datenbasis: HBSC-Studie 2006 (Lampert/Richter 2008) (in %)

	Jungen			Mädchen		
	Familiärer Wohlstand			Familiärer Wohlstand		
	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesundheitszustand Einigermaßen/schlecht	14,4	11,1	10,6**	20,8	15,1	13,0***
Lebenszufriedenheit Hoch	78,7	84,7	90,5***	73,8	79,4	84,0***
Mentale Gesundheit Niedrig	34,7	30,8	25,8***	39,3	34,9	30,6***
Fühle mich allgemein schlecht Mehr als einmal pro Woche	6,8	6,5	7,9	12,4	11,8	10,5
Schwierigkeiten beim Einschlafen Mehr als einmal pro Woche	9,1	7,0	7,3	11,3	11,4	8,6 *
Bin gereizt/schlecht ge- launt Mehr als einmal pro Woche	15,5	14,3	13,5	21,0	19,0	17,7
Fühle mich nervös Mehr als einmal pro Woche	15,9	13,0	11,8	21,4	18,1	16,2**
Rückenschmerzen Mehr als einmal pro Woche	9,6	9,0	9,1	13,3	11,5	10,7
Kopfschmerzen Mehr als einmal pro Woche	11,4	8,2	8,5 *	19,4	15,8	15,6 *
Magenschmerzen Mehr als einmal pro Woche	7,1	5,0	4,7 *	13,8	11,6	10,5 *

Signifikanzniveau: * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Aussagen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen sind mit den KiGGS-Daten entlang der Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „emotionales Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Wohlbefinden in der Familie“, „Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige“ sowie „schulisches Wohlbefinden“ möglich. Die Analysen zum Einfluss der sozialen Herkunft machen deutlich, dass Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren, die aus sozial benachteiligten Familien kommen, im Durchschnitt eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen als Kinder und Jugendliche aus sozial bessergestellten Familien (Ravens-Sieberer u. a. 2007).

2.6 Zusammenfassung

Die gezeigten Ergebnisse zur sozialen Ungleichheit von Krankheiten stehen exemplarisch für zahlreiche weitere internationale und nationale Forschungsergebnisse (Bundesgesundheitsblatt 2007, Klocke/Lampert 2005, Mielck 2000, Richter 2005). Sie demonstrieren, dass die körperliche und mentale Gesundheit von Kindern von ihrer sozialen Herkunft beeinflusst wird. In der Regel verschlechtert sich die Gesundheit mit sinkender sozialer Schicht. Dieses Phänomen wird auch als „*sozialer Gradient*“ bezeichnet, weil es nicht nur Unterschiede zwischen Extremgruppen, z. B. reich und arm, gibt, sondern weil mit jedem Schritt nach unten auf der sozialen Leiter die gesundheitliche Belastung ansteigt. Soziale Ungleichheit betrifft somit auch die mittlere soziale Schicht, deren allgemeiner Gesundheitszustand zwar im Schnitt besser ist als der der Kinder aus sozial benachteiligten Familien, aber zugleich schlechter ist als der der obersten sozialen Schichten.

Die Stärke des Zusammenhangs variiert je nach Art der betrachteten Erkrankung oder Gesundheitsstörung. Während die Ergebnisse für Säuglingssterblichkeit, Frühgeburtlichkeit, Unfälle, Entwicklungsstörungen und psychische Auffälligkeiten relativ eindeutig für einen sozialen Gradienten sprechen, sind soziale Unterschiede bei körperlichen bzw. chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter weniger ausgeprägt. Dazu muss allerdings angemerkt werden, dass schwerwiegende körperliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter insgesamt selten aufreten.

3 Erklärungsansätze: Wie entsteht soziale Ungleichheit im Lebenslauf?

3.1 Von Geburt an: Risikofaktoren in der Lebenslaufperspektive

Die Chancen eine gesunde Kindheit und Jugend zu erleben sind an die soziale Situation gebunden, und es stellt sich die Frage, wie die zum Teil gravierenden sozialen Unterschiede zustande kommen. Die Antwort auf diese Frage fällt im Detail für jede Erkrankung und Gesundheitsstörung anders aus. Daher ist es hilfreich zunächst einige grundlegende Vorstellungen über die Entstehung von Krankheiten in jungen Lebensjahren zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist die epidemiologische Lebenslaufperspektive ein zentrales Konzept. Aus dieser Perspektive betrachtet, entstehen Erkrankungen in einem verwobenen Zusammenspiel von sozialen, psychischen und biologischen Faktoren über die Zeit (Kuh/Ben-Shlomo 2005, Power/Kuh 2006, Blane 2006). Insbesondere trifft dies auf chronische Zustände und komplexe Erkrankungen zu, wie z. B. psychische Krankheiten oder chronische Atemwegserkrankungen, die in der Regel eine längere Vorgeschichte haben. Neben der Vorgeschichte ist beachtenswert, dass es oft nicht nur einen einzelnen Risikofaktor gibt, der die Erkrankung fördert, sondern eine Vielzahl davon. Beispielsweise sind für kindliches Asthma einige Dutzend Risikofaktoren bekannt, angefangen von genetischen Dispositionen über Passivrauchen bis hin zu Umweltbelastungen (Power/Kuh 2006). Je mehr Risikofaktoren gleichzeitig auftreten, desto höher wird die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Zudem interagieren Risikofaktoren nicht nur miteinander, sie können sich auch im Zeitverlauf gegenseitig bedingen, z. B. indem ein Risikofaktor einen anderen nach sich zieht.

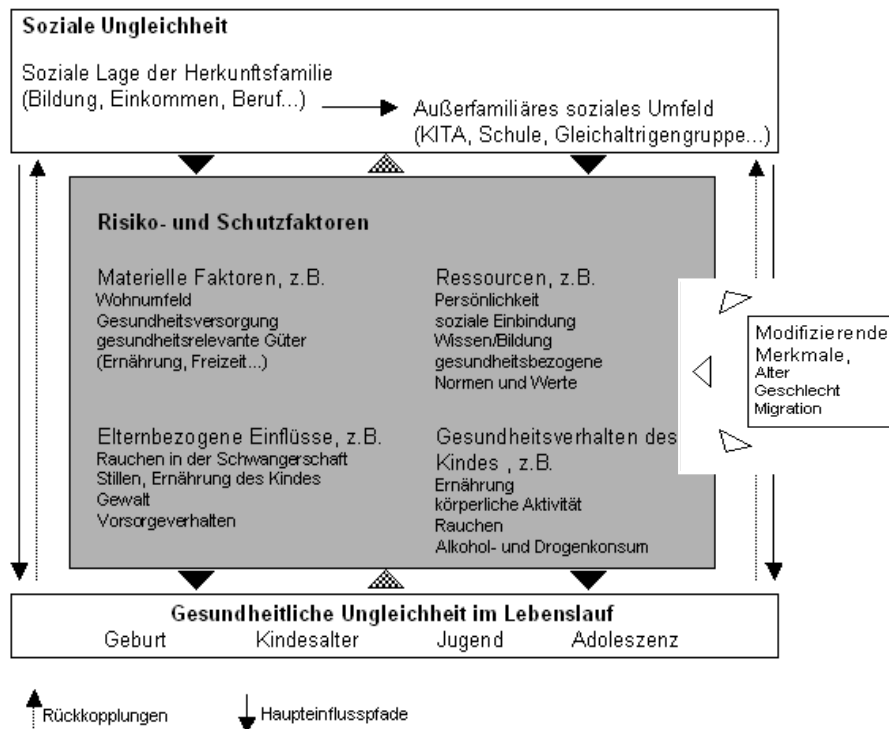
Der zentrale Ansatz der Lebenslaufperspektive bei der Erklärung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit ist nun, dieses zeitliche und faktorbezogene Zusammenwirken von Risiken in einen sozialen Kontext zu setzen (Dragano 2007). Demnach hat das soziale Umfeld, in dem ein Kind aufwächst, einen erheblichen Einfluss darauf, mit welcher Abfolge von Risiken es im Laufe seiner Entwicklung konfrontiert wird. In der internationalen Forschung wird dieses Phänomen als „*chain of risk*“, als *Kette von Risiken*, bezeichnet (Kuh u. a. 2005). Der Begriff Kette ist aber insoweit irreführend, als dass das Modell nicht linear zu verstehen ist, etwa in dem Sinne, dass sich in Folge sozialer Benachteiligung ein Risikofaktor an den anderen reiht. Vielmehr gibt es verschiedene Ebenen von Einflüssen, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen. Zur Illustration der Zusammenhänge, sind diese Ebenen in Abbildung 2 modellhaft dargestellt, wobei sich die Abbildung an bestehenden Modellen zur

Erklärung der sozialen Ungleichheit von Krankheit und Sterblichkeit im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter orientiert (Mielck 2000, Lampert/Schenk 2004, Steinkamp 1999, Richter 2005).

Im Modell spielt sich das Geschehen auf drei Ebenen ab. Die erste Ebene ist die soziale Ungleichheit selbst, d. h. die Einordnung einer Familie in die Sozialstruktur der Gesellschaft. Sichtbar wird die soziale Stellung in Schichtmerkmalen wie der Bildung, dem Beruf oder dem Einkommen. Mit diesen Faktoren ist die Teilhabe an der gesellschaftlich bedingten Chancenstruktur verknüpft, die zahlreiche Bereiche des Lebens berührt (z. B. materielle Lage, Bildungschancen, Gruppenzugehörigkeit, schichtspezifische Normen und Einstellungen). Der Einfluss der Herkunftsfamilie vermittelt sich zudem nicht nur direkt, denn ihre soziale Position schreibt sich unter Umständen in der eigenen sozialen Stellung des Kindes im Jugend- und Erwachsenenalter fort. Ein Beispiel sind die aktuellen Belege für eine ausgeprägte soziale Ungleichheit bei den Bildungschancen, wie sie etwa die PISA- und die IGLU-Studien nachgewiesen haben (Prenzel u. a. 2005, Bos u. a. 2004). Auch in späteren Phasen, etwa bei der Auswahl der beruflichen Ausbildung oder bei den beruflichen Aufstiegschancen bleibt dieser Mechanismus wirksam und führt dazu, dass sozial benachteiligte Kinder mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als andere Kinder im Erwachsenenalter selbst eine niedrige soziale Position einnehmen (Hradil 2006). Im Kontext der Risikoketten ist diese Kontinuität bedeutsam, da die eigene soziale Position über den ursprünglichen Einfluss der Herkunft hinaus mit spezifischen gesundheitlichen Risiken assoziiert ist. Dies beginnt bei gesundheitsbezogenen Einflüssen, die mit dem Typ der besuchten Schule zusammenhängen und endet mit arbeitsbezogenen Belastungen, die wiederum davon abhängen, welche Schule besucht und welcher Beruf in Folge ergriffen werden konnte.

Die zweite Ebene umfasst den Komplex der Risiko- und Schutzfaktoren, die eng an die soziale Stellung sowohl der Herkunftsfamilie als auch des außerfamiliären sozialen Umfelds gebunden sind und die als vermittelnde Faktoren (Mediatoren) zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Ebene stehen.

Abbildung 2: Modell zur Systematisierung der Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter



Diese vermittelnde Rolle ist bei den materiellen Faktoren besonders offensichtlich. Sie hängen direkt mit der sozialen Stellung einerseits und der Gesundheit andererseits zusammen. Einkommensschwache Familien werden beispielsweise eher in Wohngebieten mit einer hohen Schadstoffbelastung durch Verkehr und Industrie wohnen, entsprechend höher sind die gesundheitlichen Risiken für die Kinder. Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht auch zwischen elternbezogenen Einflüssen, wie etwa deren Verhalten bei der Pflege und Versorgung des Kindes. Neben diesen Einflüssen, die von außen auf das Kind einwirken, sind persönliche Merkmale des Kindes bedeutsam. Zunächst ist die Ausstattung des Kindes mit gesundheitsrelevanten Ressourcen zu nennen. Als Ressourcen gelten Faktoren, die es dem Kind einerseits erleichtern, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten selbständig gesund zu erhalten und ihm andererseits helfen, bestehende gesundheitliche Risiken aufzufangen und in ihrer Wirkung abzumildern. Als weitere Faktorengruppe sind dann noch die persönlichen Verhaltensweisen des Kindes aufzuführen. Da deren Bedeutung für die

Gesundheit auf der Hand liegt, ist es von hoher Relevanz, dass die Forschung klar gezeigt hat, dass gesundheitsrelevantes Verhalten durch das familiäre und das außerfamiliäre soziale Umfeld geprägt wird.

Für das Verständnis der Ebene der Risiko- und Schutzfaktoren ist es wichtig, auch die vielen Verbindungen zwischen den Faktorengruppen zu kennen. Am Zustandekommen von gesundheitlichen Effekten sind in der Regel zahlreiche Faktoren beteiligt. Risikoreiches Verhalten kann zum Beispiel die Reaktion auf psychische Belastung durch materielle Armut sein oder die Ausstattung mit Ressourcen kann deshalb gering sein, weil materielle Probleme die Teilnahme an sozialen Gruppen (Vereine etc.) verhindern. Obwohl sich in der „*Black Box*“ der Risiko- und Schutzfaktoren also komplizierte Vorgänge abspielen, ist sie nichtsdestotrotz der Schlüssel zum Verständnis der Mechanismen der gesundheitlichen Ungleichheit. In diesem Feld sind auch wichtige Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen zu suchen.

Die letzte Ebene des Modells ist die Gesundheit selbst. Zwar ist die Gesundheit sozusagen der Zielpunkt der hier dargestellten Analysen, sie ist zugleich aber auch eine aktive Größe im Modell der Risikoketten. Aufgetretene Erkrankungen können nicht nur die Konstitution insgesamt beeinträchtigen und damit weitere Folgeerkrankungen begünstigen, sie sind auch mit den Ebenen des Sozialen und der Risiko- und Schutzfaktoren rückgekoppelt. Zum Beispiel kann eine psychische Störung im Kindesalter nicht nur den Schulerfolg und damit die spätere soziale Stellung beeinträchtigen, sondern darüber hinaus auch die Aufnahme stabiler sozialer Beziehungen zu Gleichaltrigen erschweren. Vor diesem Hintergrund erhalten die weiter oben aufgeführten Ergebnisse zur Ungleichverteilung von psychischen und physischen Gesundheitsstörungen zusätzliche Brisanz, weil sie nicht nur das Produkt sozialer Benachteiligung sind, sondern die bereits bestehende Ungleichheit noch weiter verschärfen.

Die letzte Komponente des Modells sind Merkmale, die außerhalb des eigentlichen Zusammenhangs stehen, diesen aber trotzdem beeinflussen. Dies sind vor allem das Alter, das Geschlecht und der Migrationshintergrund, Größen die auf jeder der drei Ebenen eine Rolle spielen.

Nachdem das Erklärungsmuster der sozialen Ungleichheit von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter grob skizziert ist, werden in den nächsten Abschnitten die Wirkungsweise und die Verbreitung konkreter Risiko- und Schutzfaktoren dargelegt. Die Auswahl ist selektiv und soll an einzelnen Beispielen zeigen, wie die Verbindung zwischen sozialer Herkunft und der daran geknüpften Risiken und Chancen funktioniert.

3.2 Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter

Materielle Benachteiligung

Materieller Wohlstand ist ein elementares Definitionsmerkmal der sozialen Stellung und eine wichtige Größe im Erklärungsmodell der gesundheitlichen Ungleichheit. Die materielle Lage der Familie, und hier ist vor allem die Einkommenssituation des Haushaltes gemeint, berührt das Alltagsleben von Kindern und Jugendlichen sehr direkt. Vom finanziellen Spielraum des Haushaltes hängt, angefangen von der Höhe des Taschengeldes über die Kleidung bis hin zur Versorgung mit Nahrungsmitteln, vieles weitere ab (Lampert/Schenk 2004). Materielle Benachteiligung kann sich entsprechend negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern auswirken. Direkte, auf die materielle Lage bezogene Risiken, betreffen zunächst die basale Versorgung mit Nahrung, Kleidung und Wohnraum. Untersuchungen zeigen, dass Familien in Armut gezwungen sein können, an dieser existentiellen Versorgung zu sparen (AWO 2000, Krappmann 2001). Auch bei weniger drastisch ausgeprägter materieller Benachteiligung kann die Qualität von Nahrung, Kleidung und Wohnung immer noch eingeschränkt sein, insbesondere dann, wenn man den Vergleich zu höheren Einkommensgruppen zieht.

Über die Existenzsicherung hinaus hat materielle Benachteiligung noch eine weitere Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Finanzielle Einschränkungen erschweren etwa die soziale Teilhabe, da zahlreiche soziale Aktivitäten (z. B. Vereine, Freizeitaktivitäten) Geld kosten. Hierzu zählen auch Mittel, die benötigt werden, um soziale Standards von Gleichaltrigengruppen zu erfüllen. Limitierte Möglichkeit der sozialen Teilhabe hat nicht nur Konsequenzen für die soziale Einbindung, die als gesundheitliche Ressource verstanden werden kann, sondern auch für das psychische Wohlbefinden von Kindern, die im Allgemeinen Ausgrenzung deutlich wahrnehmen und darauf nicht selten mit sozialem Rückzug und psychischen Auffälligkeiten reagieren (Hurrelmann 2000).

Wie verbreitet gesundheitliche Probleme sind, die aus der materiellen Versorgung resultieren, lässt sich aus Daten zur Einkommensarmut in Deutschland schließen. Laut eines aktuellen UNICEF-Berichts, sind in Deutschland 1,6 Millionen Kinder, also ca. jedes sechste Kind, von relativer Armut betroffen (Bertram 2008). Besonders verbreitet ist Kinderarmut in Ein-Eltern-Familien, bei denen die Armutsquote zwischen 35 bis 40 % liegt. Eine weite Verbreitung von Kinderarmut legen auch Zahlen zum Bezug von Sozialhilfe nahe. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 1,5 Millionen Kinder unter 15 Jahren auf Sozialhilfe bzw. Sozialgeld angewiesen sind (DPWV 2008). Unmittelbare Prävalenzen von gesundheitlichen Risiken lassen sich aus diesen Zahlen zwar nicht ableiten, das Risiko einer problematischen Grundversorgung ist aber im

Zusammenhang mit Sozialgeldbezug oder Einkommensarmut sicherlich erhöht. Nimmt man etwa die Regelleistung für Sozialgeld nach § 28 SGB II, so wird ein unter 15-jähriges Kind im Normalfall monatlich mit ca. 208 Euro veranlagt. Finanzielle Restriktionen bei der Versorgung sind dementsprechend wahrscheinlich, da von der Regelleistung Nahrung, Kleidung, Transport, Schulbedarf und weiteres bestritten werden müssen. Verschiedene Untersuchungen zeigen auch, dass Kinderarmut, materielle Benachteiligung und Gesundheit assoziiert sind und einen gravierenden Problembereich darstellen (Deutsches Kinderhilfswerk 2007).

Wohnqualität und Wohnumfeld

Ebenfalls zu den materiellen Faktoren zu zählen sind Gesundheitsrisiken die aus der Wohnqualität und dem Wohnumfeld resultieren, da der Wohnort und die Qualität der Wohnung durch die Einkommenssituation bestimmt sind. Die Wohnung und die nahe Nachbarschaft stellen für Kinder die Umwelt dar in der sie sich am häufigsten aufhalten. Bekannt ist, dass Kinder aus sozial schlechtergestellten Familien häufiger in Wohnungen leben, die gesundheits-schädigende Mängel, wie Feuchtigkeit, Kälte oder einen knappen Wohnraum aufweisen (Lampert/Richter 2006). Hinzu kommt der Einfluss der direkten Wohnumgebung. In der internationalen Forschung wird zunehmend wahrgenommen, dass soziale Charakteristika von Wohnvierteln starke Implikationen für die Gesundheit der Bewohner haben. In sozial benachteiligten Wohnvierteln ist beispielsweise die Verkehrs- und Schadstoffbelastung höher und die gesundheitsbezogene Infrastruktur (z. B. Zugang zu Grünanlagen, Sportanlagen, Freizeiteinrichtungen) schlechter (van Lenthe 2006, Bolte/Kohlhuber 2006). Für diese sozialräumlichen Einflüsse wurde wiederholt gezeigt, dass sie die Gesundheit von Kindern schädigen können und zudem riskantes Verhalten wie körperliche Inaktivität begünstigen (Gordon-Larsen u. a. 2006).

Gesundheitsversorgung

Der Zugang zum medizinischen Versorgungssystem ist in Deutschland mit seinem Pflichtversicherungssystem weitgehend unabhängig von der materiellen Lage. Über 99 % der Bevölkerung sind krankenkassenversichert und haben damit zumindest formell die Möglichkeit jederzeit Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Hinzu kommen weitere universelle Leistungen für Kinder und Jugendliche, etwa der schulzahnärztliche Dienst oder offene Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Janßen und Kollegen (2006) kommen in einer Literaturstudie zur sozialen Ungleichheit im deutschen Versorgungssystem zu dem Schluss, dass eine systematische Benachtei-

ligung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung bisher kaum zu beobachten ist, wobei sich aber alle Studien auf Erwachsene beziehen. Da es zudem nur wenige Untersuchungen gibt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien in bestimmten Bereichen Nachteile erfahren. Denkbar ist dies am ehesten bei der Inanspruchnahme von zuzahlungspflichtigen medizinischen Leistungen und Medikamenten, sowie bei gesundheitsförderlichen Angeboten, die nicht von der Pflichtversicherung erfasst werden (z. B. Eltern-Trainings, Babyschwimmen).

Elternbezogene Einflüsse

Naturgemäß haben die Eltern einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit ihrer Kinder und dieser ist umso höher, je kleiner und damit abhängiger ein Kind ist. Für die Erklärung der sozialen Ungleichheit der Kindergesundheit sind diese auf die Eltern bezogenen Faktoren daher potentiell bedeutsam, insofern nachweisbar ist, dass sie eine schichtspezifische Verteilung aufweisen.

Von hohem Interesse sind Schwangerschaft und Säuglingszeit, die nicht nur für sich gesehen sensible Abschnitte in der Entwicklung eines Kindes sind, sondern auch einen deutlichen Nachhall in späteren Entwicklungsphasen haben (Ben-Shlomo/Kuh 2002). Gut untersucht ist in diesem Zusammenhang das Geburtsgewicht, ein wichtiger Indikator für die Reifung des Kindes während der Schwangerschaft. Ein niedriges Geburtsgewicht ist mit einer ganzen Reihe von vorgeburtlichen Entwicklungsstörungen assoziiert. Diese können sich in der Folge negativ auf die Gesundheit des Kindes niederschlagen, etwa wenn eine eingeschränkte Lungenfunktion in chronischem Asthma mündet (Halfon/Hochstein 2002). Der Zusammenhang geht so weit, dass die allgemeine Sterblichkeit (über die gesamte Lebensspanne) bei untergewichtigen Säuglingen statistisch erhöht ist (Barker 1998). Dass dieser wichtige Risikofaktor sozial ungleich verteilt ist, zeigen Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, die eine Zunahme des mittleren Geburtsgewichts mit steigender sozialer Schicht belegen (Bergmann u. a. 2007). Erklärt wird diese soziale Ungleichverteilung vorgeburtlicher Entwicklungsstörungen vor allem mit der physischen Konstitution, Fehlernährung, Tabak-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch der Mutter – wobei diese Faktoren wiederum als Produkt der sozialen Benachteiligung und der damit assoziierten Verhaltensprägungen und gesundheitsbezogenen Einstellungen eben jener Mutter interpretiert werden müssen. Als Beispiel für das Ausmaß frühkindlicher und vorgeburtlicher Risiken kann wieder das Rauchen dienen: im KiGGS gaben 31,1 % der Mütter aus der niedrigsten Sozialschicht an, während der Schwangerschaft geraucht zu haben, in der mittleren Schicht waren es 15,8 % und in der höheren Sozialschicht nur 7,8 %.

Neben dem Geburtsgewicht ist das Stillen ein interessanter Indikator für Risiken die im Lebenslauf wirken, denn das Stillen ist ein Schutzfaktor, der sowohl dem Säugling, als auch der Mutter gesundheitliche Vorteile bringt. So sind beispielsweise kurzfristige Effekte auf die Senkung der Säuglingssterblichkeit aber auch langfristige Effekte etwa beim Schutz vor kindlichem Übergewicht beobachtet worden. Wie eine Auswertung von Daten des KiGGS zeigt, gibt es bei der Stilldauer deutliche soziale Unterschiede (Lange u. a. 2007a). Während der Mittelwert bei Frauen aus der oberen sozialen Schicht bei 5,1 Monaten ausschließlichen Stillens liegt, stillen Mütter aus der Mittelschicht im Schnitt 4,6 und Mütter aus der unteren sozialen Schicht nur 4,3 Monate. Betrachtet man den Anteil der Mütter die ihr Kind gar nicht stillen, so sind die Unterschiede noch ausgeprägter: bei Müttern der mit hohem Sozialstatus liegt er bei 9,5 %, bei Müttern mit mittlerem Sozialstatus bei 20,0 % und bei Müttern mit unterem sozialen Status bei 32,7 %. Die genauen Ursachen für die Sozial-schichtabhängigkeit des Stillens sind kaum erforscht, es kann aber vermutet werden, dass Informationsdefizite, eine schlechtere Betreuung und das geringere Alter von Müttern aus niedrigen sozialen Schichten eine Rolle spielen.

Unbenommen der Auswahl der Beispiele sind Risiken, die aufgrund spezifischer Verhaltensweisen der Eltern auf die Kinder einwirken, nicht auf die ersten Lebensmonate beschränkt. Passivrauchen etwa ist unabhängig vom Alter eine Gefährdung. Gleiches gilt für schwerwiegende Eingriffe, wie körperliche Vernachlässigung oder Misshandlung von Kindern. Inwieweit innerfamiliäre Gewalt einer sozialstrukturellen Verteilung folgt, ist mit Daten nicht ausreichend zu belegen. Betrachtet man aber Studien über die Bedingungen unter denen Gewalt in der Familie entsteht (z. B. Arbeitslosigkeit, Gewalterfahrungen der Eltern, soziale Isolation; Kolip 2002) so ist wahrscheinlich, dass das Risiko für Kinder in sozial benachteiligten Familien höher ist.

Ein weiterer Aspekt, der im Kontext der Debatte um präventive Maßnahmen zur Reduktion von sozialer Ungleichheit wichtig erscheint, ist das Vorsorgeverhalten der Eltern. Es gibt in Deutschland zahlreiche – häufig kostenlose – Angebote der gesundheitlichen Vorsorge für Kinder. Beispiele sind Schutzimpfungen, die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) für Kinder oder Angebote zur Elternschulung. Inwieweit bei deren Inanspruchnahme soziale Unterschiede bestehen, kann zum Teil am KiGGS abgelesen werden (Kamtsiuris u. a. 2007). Die Daten zeigen etwa, dass Eltern aus niedrigen sozialen Schichten deutlich seltener als Eltern aus der mittleren oder hohen Schicht mit ihren Kindern an den U1- bis U9-Untersuchungen teilnehmen, wobei der Abstand der Teilnahmequote zwischen den sozialen Schichten mit jeder weiteren U-Untersuchung wächst. An der letzten Vorsorge im 6. Lebensjahr des Kindes (U9) nehmen noch 89,6 % der Kinder aus der obersten sozialen Schicht teil, bei der niedrigen Sozialschicht sind es dagegen nur 79,1 %. Diese aktuellen Ergebnisse des KiGGS gehen konform mit früheren

Studien, die gleichfalls ausgeprägte Unterschiede zeigen. Ein komplexes Bild zeigt sich beim Impfstatus (Poethko-Müller u. a. 2007). Betrachtet man nur die jeweils ersten Impfungen, so werden diese von Eltern aller Schichten ähnlich häufig veranlasst. Bei den zweiten Impfungen (z. B. Masern, Mumps, Röteln) bzw. den Auffrischungsimpfungen (z. B. Tetanus) sind Kinder der unteren sozialen Schicht aber zumindest im Vergleich zu Mittelschicht-Kindern unterrepräsentiert. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die Quoten der zweiten Impfung bei der oberen sozialen Schicht die vergleichsweise schlechtesten sind. Ebenfalls zu betonen ist, dass es sich bei den geringen Unterschieden offensichtlich um einen neueren Trend handelt, da in früheren Studien in Deutschland noch soziale Ungleichheiten bei den Impfquoten beobachtet wurden (Lampert/Richter 2006).

Schichtspezifische Muster beim Vorsorgeverhalten der Eltern erklären sich wahrscheinlich durch eine Vielzahl von Faktoren. Fehlendes Wissen mag hier ebenso einen Einfluss haben, wie ein eigenes problematisches Vorsorgeverhalten von Eltern. Eine genaue wissenschaftliche Erklärung steht aber noch aus. Besonders wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang die Analyse von zeitlichen Veränderungen von sozialen Unterschieden, wie dem oben angesprochenen Trend bei den Impfungen. Gelingt es hier, die Ursachen für eine Veränderung zu ermitteln, könnten daraus wichtige Hinweise für die Gestaltung von präventiven Maßnahmen gewonnen werden.

Ressourcen

Im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung kommt nicht nur der Vermeidung von Krankheitsrisiken, sondern auch der Stärkung von Gesundheitsressourcen große Bedeutung zu. Mit Blick auf Kinder und Jugendliche wird dabei unter anderem die Gesundheitswirksamkeit der sozialen Einbindung, Teilhabe und Unterstützung diskutiert, in den letzten Jahren zunehmend unter dem Stichwort „*soziales Kapital*“ (Klocke/Becker 2003; Klocke 2004). Vieles spricht dafür, dass Kinder und Jugendliche, die in ihrem sozialen Umfeld unterstützt und gefördert werden, seltener gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und sich gesundheitsbewusster verhalten. In der HBSC-Studie 2002 wurden in diesem Zusammenhang auf Vertrauen und Unterstützung basierende Sozialbeziehungen in der Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft und in Institutionen wie Vereinen, Jugendclubs oder Jugendgruppen analysiert. Die Ergebnisse zeigen u. a., dass in allen Wohlstandsgruppen der Anteil der Jugendlichen mit einer nur einigermaßen oder schlechten Gesundheitseinschätzung bei niedrigem sozialem Kapital deutlich erhöht ist. Dem sozialen Kapital ist demnach ein vom familiären Wohlstand weitgehend unabhängiger Einfluss auf die Gesundheit zu bescheinigen. Ebenso lässt sich feststellen, dass ein hohes soziales Kapital den Effekt einer Armutslage auf die

Gesundheit abschwächt. Zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich in dieser Hinsicht kaum Unterschiede. Zwar verfügen Jungen über eine etwas bessere Ausstattung mit sozialem Kapital und beurteilen ihre gesundheitliche Situation insgesamt gesehen besser als die gleichaltrigen Mädchen, die Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals und der protektive Effekt bei einer vorhandenen Armutslage stellen sich aber bei beiden Geschlechtern ganz ähnlich dar (Klocke/Lampert 2005).

Neben dem sozialen Kapital kommt personalen Ressourcen und sozialen Kompetenzen ein hoher Stellenwert für die Gesundheit der Heranwachsenden zu. Als bedeutsam für das Risiko zu Rauchen, stellten sich in der HBSC-Studie u. a. hohe schulische Anforderungen und daraus resultierender Stress, die Unzufriedenheit mit der schulischen Situation, eine schlechte Beurteilung der Unterrichtsqualität sowie eine unterdurchschnittliche schulische Leistung und Kompetenz heraus. Der familiäre Wohlstand und der berufliche Status der Eltern hatten hingegen keinen signifikanten Einfluss auf das Rauchverhalten der Jugendlichen (Richter/Lampert 2009). Auch im Hinblick auf die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und die mentale Gesundheit bestätigte sich, dass die Situation in der Schule und in der Gleichaltrigengruppe einen mindestens ebenso hohen, zum Teil sogar einen höheren Stellenwert besitzt als der familiäre Wohlstand (Richter 2005).

In der KiGGS-Studie wurden als Ressourcen von Kindern und Jugendlichen, die auch für die Gesundheit relevant sein können, u. a. die schulische Bildung, das Familienklima, die Einbindung in die Gleichaltrigengruppe und das Selbstwertgefühl untersucht. Dabei zeigte sich, dass eine gute Ressourcenausstattung die Gesundheit verbessert. Dieser positive Effekt ließ sich in allen sozialen Gruppen nachweisen. Beispielsweise haben 11- bis 17-jährige Jungen und Mädchen aus der niedrigen Sozialschicht, die ein Gymnasium besuchen, einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand und zeigen seltener psychische- und Verhaltensauffälligkeiten, als die Gleichaltrigen, bei denen eine niedrigere soziale Herkunftsschicht mit einem Hauptschulbesuch einhergeht. Allerdings kann eine gute Ressourcenausstattung die aus einer unterprivilegierten Statuslage resultierenden Nachteile für die Gesundheit nur teilweise kompensieren. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, dass gesundheitsfördernde Strategien im Kindes- und Jugendalter sowohl auf die Senkung von Belastungen als auch auf die Stärkung von Ressourcen zielen sollten (Lampert u. a. 2008a).

Gesundheitsverhalten

Der Grundstein für ein gesundheitsbewusstes Verhalten wird bereits in der Kindheit und Jugend gelegt. Verhaltensroutinen und auf diese bezogene Einstellungen, die sich schon früh ausprägen, sind später nur noch schwer zu beeinflussen. Umso alarmierender sind Forschungsergebnisse, die verdeutli-

chen, dass sich schon bei Kindern und Jugendlichen deutliche soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten zeigen. Mit den KiGGS-Daten lässt sich dies beispielsweise für körperlich-sportliche Aktivität belegen. So treiben Kinder aus der niedrigen sozialen Schicht im Vergleich zu denen aus der hohen Schicht 3- bis 4-mal häufiger nicht regelmäßig Sport. Besonders deutlich treten diese Unterschiede beim Vereinssport zutage. Bei Jugendlichen fallen diese Unterschiede etwas schwächer aus, was vor dem Hintergrund eines insgesamt geringeren körperlichen Aktivitätsniveaus zu sehen ist (Lampert u. a. 2007). Kinder und Jugendliche aus den niedrigen Sozialschichten zeigen außerdem ein deutlich ungünstigeres Ernährungsverhalten, was sich z. B. an einem geringeren Verzehr von frischem Obst und Gemüse festmachen lässt. Auch andere Nahrungsmittel, die aufgrund einer hohen Nährstoffdichte als physiologisch hochwertig einzustufen sind, werden von den Heranwachsenden aus der niedrigen Sozialschicht seltener verzehrt. Lebensmittel mit einer hohen Energiedichte, einem hohen Fett- und niedrigen Nährstoffgehalt hingegen werden von ihnen in größeren Mengen konsumiert. Dies gilt auch für Süßigkeiten und gezuckerte Getränke (Lampert u. a. 2008b). In engem Zusammenhang mit einer mangelnden körperlichen Aktivität und ungünstigen Ernährung ist das Auftreten von Übergewicht und Adipositas zu sehen. Deshalb verwundert es nicht, dass Kinder und Jugendliche aus der unteren Statusgruppe 2- bis 3-mal häufiger übergewichtig sind als die Gleichaltrigen aus der mittleren und insbesondere der hohen Sozialschicht (Lampert/Kurth 2007). Geringere soziale Unterschiede zeigen sich beim Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Zwar rauchen Jugendliche aus der unteren Sozialschicht häufiger als diejenigen aus der hohen Sozialschicht, dieser Effekt verschwindet aber bei Kontrolle für den besuchten Schultyp. Die Schulbildung, die Gleichaltrigengruppe und auch das Vorbild der Eltern scheinen die wichtigeren Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten der Jugendlichen zu sein (Lampert 2008). Auch in Bezug auf den Alkohol- und Drogenkonsum übt die soziale Stellung der Familie keinen entscheidenden Einfluss aus (Lampert/Thamm 2007).

Für die Betrachtung des Tabak- und Alkoholkonsums im Jugendalter kann außerdem auf die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zurückgegriffen werden, die im Jahr 2003 in sechs Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zeigen in Entsprechung der KiGGS- und auch der HBSC-Ergebnisse, dass 15- bis 16-jährige Haupt-, Real- und Gesamtschüler häufiger rauchen als gleichaltrige Gymnasiasten. Außerdem gehören sie vermehrt zu den starken Rauchern, beginnen im jüngeren Alter mit dem Konsum und unterschätzen häufiger das mit dem Rauchen verbundene Gesundheitsrisiko. Der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig alkoholhaltige Getränke konsumieren, variiert nicht mit der besuchten Schulform. Auch im Hinblick auf die bevorzugte Getränkesorte und dem Alter bei

Erstkonsum zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Haupt-, Real- und Gesamtschülerschüler neigen jedoch eher zu riskantem Trinkverhalten, was sich u.a. an der Alkoholmenge und den Rauscherfahrten festmachen lässt. Darüber hinaus berichten sie häufiger von sozialen Problemen infolge des Alkoholkonsums, z. B. Unfälle, Verletzungen oder Probleme mit Gleichaltrigen (BMGS 2004).

3.3 Modifizierende Merkmale: Alter, Geschlecht, Migration

In verschiedenen Zusammenhängen ist bereits angeklungen, dass das Alter, das Geschlecht und die nationale Herkunft die Ausprägung und Gestalt der sozialen Ungleichheit beeinflussen.

Das Alter ist eine Größe, von der die Art der auftretenden Erkrankungen, die biologische Empfänglichkeit gegenüber äußeren Risiken und der kognitive und soziale Entwicklungsstand eines Kindes abhängen. So zeigen verschiedene Untersuchungen, dass sich die Ausprägung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit zwischen dem Kindes- und Jugendalter ändert (Richter 2005). Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass die Zusammenhänge zwischen der sozialen Stellung der Herkunftsfamilie und der Gesundheit mit zunehmendem Alter geringer werden. Dieses Phänomen wird damit erklärt, dass sich zum Einen das Spektrum der auftretenden Erkrankungen verändert und das zum Anderen mit zunehmender Selbstständigkeit des Jugendlichen der prägende Einfluss der Herkunftsfamilie abnimmt, während der des übrigen sozialen Umfeldes (Peers, Schule) zunimmt (Chen u. a. 2002). Dieser Trend kann aber nicht ohne weiteres für alle gesundheitlichen Zustände und Risikofaktoren generalisiert werden, da es zum Teil gegenläufige Bewegungen gibt. Nichtsdestotrotz ist es wichtig das Alter als modifizierende Größe zu berücksichtigen, insbesondere dann, wenn präventive Maßnahmen geplant werden. Diese müssen dort ansetzen, wo in der jeweiligen Altersspanne der negative Einfluss sozialer Benachteiligung am größten ist.

Eine weitere Differenzierung betrifft das Geschlecht. Zwar gibt es zahlreiche Übereinstimmungen bei den geschlechtsspezifischen Befunden, aber bei einigen gesundheitlichen Parametern sind auch auffällige Unterschiede berichtet worden. So fand Richter (2005) in einer Analyse mit Daten der HSBC-Studie, dass es bei Mädchen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren eine soziale Ungleichheit bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit, bei psychosomatischen Beschwerden und bei der mentalen Gesundheit gab, während dies bei den Jungen nicht der Fall war. Solche Geschlechtsunterschiede sind auf verschiedene Einflüsse zurückzuführen. Zum einen unterscheidet sich das Krankheitsspektrum bei Jungen und Mädchen, so dass der Einfluss sozialer Benachteiligung in Abhängigkeit vom Entstehungszusammenhang der jeweili-

gen Erkrankung schwanken kann. Zum anderen wirken die mit der sozialen Position verbundenen Risiken teilweise geschlechtsspezifisch (Richter 2005). Damit sind zwei Mechanismen gemeint: Der erste bezieht sich auf die Verbreitung von Risikofaktoren, die bei Jungen und Mädchen unterschiedlich sein kann. So neigen beispielsweise Jungen eher zu risikoreichem Verhalten (z. B. im Straßenverkehr) als Mädchen. Der zweite Mechanismus setzt bei der Wirkung von Risikofaktoren an. Es sind zahlreiche Beispiele bekannt, bei denen Risikofaktoren bei Mädchen anders wirken als bei Jungen, z. B. bei innerfamiliären Konflikten. Ursachen sind die geschlechtsspezifische Sozialisation und Bewältigungsstrategien. Wie schon beim Alter, muss das Geschlecht als wichtige modifizierende Größe in präventive Überlegungen einbezogen werden.

Die gesundheitliche Lage von Migranten ist aufgrund zahlreicher Besonderheiten ein komplexes Thema, das hier nicht ausführlich behandelt werden kann. Daher beschränkt sich dieser Bericht darauf, einige Punkte mit Bezug zur gesundheitlichen Ungleichheit hervorzuheben. Der wichtigste Punkt ist der enge Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und sozialer Lage. In Deutschland gehören Migrantenfamilien überdurchschnittlich häufig den niedrigen Sozialschichten an, sowohl in Bezug auf materielle Ressourcen als auch auf Bildung (Erhart u. a. 2008). Daraus resultiert eine höhere Belastung von Migrantenkindern durch sozialschichtabhängige Risikofaktoren. Allerdings gibt es bei der Verbreitung der Risikofaktoren auffällige Abweichungen. Erhart und Kollegen (2008) berichten aus der HBSC-Studie, dass einige Verhaltensweisen wie ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel (Indikator Übergewicht) bei Migrantenkindern häufiger, andere wie Tabak- oder Alkoholkonsum dagegen seltener auftreten. Besonderen Risiken scheinen Migrantenkinder durch inner- und außerfamiliäre Konflikte, mangelnde Ressourcen und psychische Belastungen ausgesetzt zu sein. Auch hier sind die Ursachen nicht abschließend geklärt, es werden aber kulturelle Normen und Werte sowie mit der Migration verbundene Belastungen und Bildungsbenachteiligung diskutiert. Diese Besonderheiten machen Kinder aus Migrantenfamilien, die zugleich eine niedrige soziale Stellung haben, zu einer Gruppe deren Gesundheit verstärkter Aufmerksamkeit bedarf.

3.4 Die Langzeitfolgen von sozialer Ungleichheit in jungen Jahren: Gesundheit in der Lebenslaufperspektive

In der bisherigen Betrachtung hat der zeitliche Abstand zwischen der sozialen Lage von Kindern und dem Sichtbarwerden ihrer gesundheitlichen Gefährdung im Allgemeinen nur wenige Jahre betragen. Die Erkenntnisse einiger seit

Jahrzehnten laufenden internationalen Geburtskohortenstudien⁶ zeigen jedoch sehr eindrucksvoll, dass von der sozialen Benachteiligung in früher Kindheit Langzeiteffekte auf erhöhte Erkrankungsrisiken ausgehen, die erst nach 30 oder 40 Jahren, also im Erwachsenenalter, manifest werden. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen (Power/Kuh 2008). Das erste Beispiel bezieht sich auf die vorzeitige Sterblichkeit. Im Alter von 54 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Todes doppelt so hoch bei Personen, deren Vater bei Geburt Arbeiter war als bei Personen, deren Vater Angestellter, Beamter oder Selbständiger war. Dieser Unterschied lässt sich nicht auf die im Erwachsenenalter erworbene soziale Position und die damit verbunden Risiken und Chancen zurückführen.

Ein zweites Beispiel bezieht sich auf die Manifestation einer koronaren Herzkrankheit bei Männern, die in der Regel nach dem 40. Lebensjahr erfolgt. Hier zeigen die Längsschnittstudien, dass niedriges Geburtsgewicht in Kombination mit rascher Gewichtszunahme bis ins frühe Schulalter das spätere Koronarrisiko deutlich erhöht und dass beide Bedingungen einen sozialen Schichtgradienten aufweisen, d. h. umso häufiger vorzufinden sind, je niedriger die soziale Stellung der Eltern bei Geburt war (Davey Smith/Lynch 2004). Atemwegserkrankungen im mittleren Erwachsenenalter sind ein weiteres Beispiel. Hier erwiesen sich verzögertes Wachstum im Säuglings- und Kindesalter sowie Exposition gegenüber Passivrauchen und Umweltbelastungen in frühen Jahren als Prädiktoren erhöhter Erkrankungsrisiken im Erwachsenenalter. Wiederum waren diese Bedingungen in sozial benachteiligten Familien weiter verbreitet. Dabei zeigt die britische Längsschnittstudie des Jahrgangs 1946, dass die Werte des Lungenfunktionstests im Alter von 53 Jahren bei Personen mit ungünstiger sozialer Herkunft signifikant schlechter waren als bei bessergestellten Personen. Auch nach statistischer Kontrolle des Einflusses späterer sozialer und verhaltensgebundener Risikofaktoren waren schädliche frühkindliche Umwelteinflüsse und eine verzögerte kognitive Entwicklung die wichtigsten untersuchten Bindeglieder zwischen sozialer Lage bei Geburt und Lungenfunktion im Erwachsenenalter (Power/Kuh 2008). Der Zusammenhang zwischen frühkindlicher, sozial vermittelter Benachteiligung und eingeschränktem Funktionsvermögen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren ist nicht auf die Lungenfunktion begrenzt, sondern zeigt sich auch bezüglich Griffstärke, Gleichgewichtssinn und kognitivem Leistungsvermögen (Kuh u. a. 2006).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass dem Kindes- und Jugendalter eine zentrale Rolle beim Aufbau sozialer Ungleichheit über die gesamte Lebensspanne hinweg zukommt. Körperliche oder seelische Schädigungen die in dieser Zeit auftreten, können Jahrzehnte später einen Nachhall haben und zu

⁶ Eine Geburtskohortenstudie beobachtet eine Gruppe von Menschen von der Geburt an kontinuierlich. In Europa wurden die ersten Studien dieses Typs in England durchgeführt und können zum Teil auf Personengruppen zurückgreifen, die in den 1950er Jahren geboren wurden.

Krankheit oder gar einem frühzeitigen Tod führen. Bedenkt man die mit dem demographischem Altern erwartbare höhere Krankheitslast ganzer Bevölkerungen, so wird der Nutzen gezielter präventiver Maßnahmen sichtbar, die bereits an der Lebenssituation von Säuglingen und Kleinkindern ansetzen, um den sozialen Gradienten späterer Morbidität und Mortalität zu verringern (vgl. Kapitel 4).

3.5 Zusammenfassung

Nachdem die Forschung lange Zeit bemüht war, den Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern korrekt zu beschreiben, wird in jüngerer Zeit versucht, die der Ungleichheit zugrundeliegenden Mechanismen zu verstehen. Auch wenn viele Fragen offen sind, kann aus den Ergebnissen der Forschung eine modellhafte Vorstellung der Entstehung von sozialer Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter entwickelt werden. Individuelle Risiken aber auch Chancen sind demnach eng an die gesellschaftliche Struktur gebunden. So scheint es schichtenspezifische Risikokonstellationen zu geben, die zu einer gesundheitlichen Benachteiligung von Kindern aus unteren sozialen Schichten führen. Diese Konstellationen manifestierten sich in ganz verschiedenen Bereichen, die von materieller Armut bis hin zur Persönlichkeitsbildung des Kindes reichen. Zwischen den einzelnen Bereichen gibt es nicht nur Wechselwirkungen, sie wirken zudem in einer zeitlichen Dimension. Über den Lebenslauf entwickeln sich Risiken, die dann zu Krankheiten führen, welche dann wiederum die soziale Lage und damit zukünftige gesundheitliche Einflüsse beeinflussen. Die epidemiologische Lebenslaufforschung hat zudem nachgewiesen, dass Belastungen in jungen Lebensjahren negative Folgen bis hin ins hohe Alter haben können. Wenn es das Ziel ist, soziale Ungleichheit von Gesundheit insgesamt zu bekämpfen, so kommt also den frühen Lebensphasen eine zentrale Bedeutung zu, denn Erfolge die während dieser Zeit erzielt werden, zahlen sich über den gesamten Lebenslauf aus. Es spricht also einiges dafür, sich bei präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen verstärkt auf Kinder und Jugendliche zu konzentrieren und dabei schichtspezifische Risiken gezielt zu adressieren.

4 Sozial-sensitive Prävention und Gesundheitsförderung

4.1 Soziale Ungleichheit: ein Thema der Prävention?

Die dargestellten Befunde medizinsoziologischer und sozialepidemiologischer Forschungen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern sowie zu den Langzeitfolgen weisen insgesamt ein hohes Maß an Konsistenz auf, so dass sich die Frage nach gesundheits- und sozialpolitischen Folgerungen zwingend stellt. Dabei ist besonders eindrucksvoll, dass dieser Zusammenhang anhand unterschiedlicher Indikatoren sozialer Ungleichheit in ähnlicher Stärke nachzuweisen ist. Dies trifft für Indikatoren sozialer Schichtzugehörigkeit auf Individualdatenebene (Bildung, Einkommen, Berufsstatus) ebenso zu wie für Indikatoren sozialer Deprivation auf Aggregatdatenebene (Wohngebiet, Stadtteil, Sozialkapital). Allerdings ist für praktische Folgerungen aus diesen Befunden entscheidend, wirksame Ansatzpunkte zu einer Unterbrechung der „*Kette der Benachteiligung*“ zu finden. An diesem Punkt setzt eine breite Diskussion ein, die von strikter Ablehnung kollektiver Präventionsansätze über die Befürwortung wissenschaftlich fundierter Modellvorhaben bis hin zu programmatischen Vorschlägen zu gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Strukturänderungen reicht.

Diese zuletzt genannten Ansätze zielen zwar auf die Beseitigung oder Schwächung der exogenen Determinanten ungleicher Gesundheit ab, aber ihnen fehlt nicht nur die erforderliche Zuspitzung auf gesundheitsrelevante Aspekte sozialer Benachteiligung, sondern auch eine explizite Strategie politischer Umsetzung von Reformen in einer Zeit, in der soziale Ungleichheiten eher zu- als abnehmen. Allerdings lässt sich ein Prozess zunehmender politischer Bewusstseinsbildung zur Thematik, zumindest in europäischen Staaten, erkennen. In einer einflussreichen Arbeit hat der Epidemiologe Johan Mackenbach darauf hingewiesen, dass dieser Prozess anhand von vier Phasen nachgezeichnet werden kann, die einen wachsenden politischen Handlungsdruck bedingen (Mackenbach 2008). In der ersten Phase befinden sich Länder, die weder über überzeugende wissenschaftliche Befunde zu gesundheitlichen Ungleichheiten verfügen, noch eine Notwendigkeit erkennen, in diesem Bereich politisch aktiv zu werden. Die zweite Phase umfasst Länder, in denen zwar vereinzelte Forschungsergebnisse vorliegen, deren Bedeutung jedoch im öffentlichen Bewusstsein nicht zur Geltung kommt. Die dritte Phase ist durch eine verdichtete wissenschaftliche Evidenz und vereinzelte politische Gestaltungsmaßnahmen gekennzeichnet – eine Phase, in der sich Deutschland gegenwärtig befindet. Die vierte Phase schließlich zeichnet sich dadurch aus,

dass auf der Basis einer breiten und zuverlässigen Datenbasis ein umfassendes politisches Programm erarbeitet und schrittweise umgesetzt wird, das quer über die verschiedenen Sektoren politischer Verantwortlichkeit hinweg das Ziel verfolgt, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Gegenwärtig lässt sich lediglich Großbritannien eindeutig dieser letzten Phase zuordnen, während die Niederlande und Schweden auf dem Weg dorthin am weitesten fortgeschritten sind.

Die Tatsache, dass Deutschland sich nach diesem Beurteilungsmaßstab noch eher am Beginn als am Ende der dritten Phase befindet, wird dadurch belegt, dass zwar inzwischen eine umfangreiche Forschungsevidenz zum Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und eingeschränkter Gesundheit – speziell auch bei Kindern – besteht, dass jedoch bisher keine umfassenden gesundheits- und sozialpolitischen Programme mit entsprechender Zielsetzung entwickelt worden sind. Wegweisend waren und sind weiterhin die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die seit Ende der 1990er Jahre im Verbund mit einer europäischen Initiative („*Tackling Inequalities in Health*“; Siegrist/Joksimovic 2001) eine systematische Datensammlung gesundheitsfördernder Projekte bei sozial Benachteiligten initiiert hat und diese seither unter Beachtung von Kriterien guter Praxis und anhand von Aufklärungsmaterialien und Beratungsaktivitäten wirkungsvoll unterstützt (BZgA 2007). Diese Aktivität ist zwischenzeitlich durch ein breit angelegtes Nachfolgeprojekt der Europäischen Gemeinschaft („*Closing the Gap*“; Richter-Kornweitz 2007) weiter vertieft worden.

Ergänzt werden die Arbeiten dieser Bundesbehörde durch bundesweite Aufklärungskampagnen mittels Broschüren, Faltblätter, Internet, telefonischer Beratung, Multiplikatorenschulung sowie der Entwicklung spezieller Gesundheitsförderprogramme für Kindergärten und Schulen. Da jedoch eine die Kompetenzen und finanziellen Erfordernisse regelnde Präventionsgesetzgebung im deutschen Gesundheitssystem bisher fehlt, bleiben diese Maßnahmen in ihrer Breitenwirkung begrenzt. Erfreulich ist allerdings, dass inzwischen ein Kooperationsverbund zu diesen Aktivitäten entstanden ist, dem die Landesvereinigungen für Gesundheit, mehrere Spitzenverbände der Krankenkassenverbände, Bundesverbände der Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände sowie einzelne Länderministerien angehören. Positiv zu erwähnen sind ferner jüngste Maßnahmen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), durch gesetzliche Neuregelung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei jungen Eltern zu verbessern und den Ausbau von Betreuungsplätzen für Kleinkinder zügig voranzutreiben.

Auf diesem Hintergrund stellt sich nun die Frage: Welchen Stand der Umsetzung haben diejenigen Projekte der Gesundheitsförderung in Deutschland erreicht, deren explizites Ziel im Abbau sozial ungleicher Gesundheit von Kindern besteht?

4.2 Stand der Umsetzung: Initiativen in Deutschland

Zum Verständnis sollte vorausgeschickt werden, dass die nachfolgend aufgeführten Initiativen in unterschiedlicher Gewichtung verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen enthalten und in der Regel auf einzelne ‚Settings‘ bezogen sind (Familie, Schule, Kindertagesstätte etc.). Ferner zeichnen sie sich durch Grundsätze der Partizipation, der Ressourcenförderung (*empowerment*) sowie eines niedrigschweligen Zugangs aus.

Eine erste Gruppe von Initiativen lässt sich der Verbesserung der Nutzung präventivmedizinischer Angebote zuordnen. Im Vordergrund steht hierbei das Projekt „*Ich geh' zur U! Und Du?*“. Ziel der Aktion ist die Information und Motivation von Eltern aus bildungsfernen sozialen Schichten, die gesetzlich vorgegebenen, von den Krankenkassen getragenen Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen (U1 bis U9 nach § 26 SGB V) ihrer Kinder in Anspruch zu nehmen. Obwohl diese Maßnahmen universell und kostenlos zugänglich sind, hat sich nämlich gezeigt, dass Eltern aus niedrigen sozialen Schichten das Angebot häufig nicht wahrnehmen (Klocke/Lampert 2005). Die Erfahrungen des Projektes zeigen, wie wichtig es ist, die Mütter in informellen Gesprächskreisen direkt anzusprechen und sie in lokale Initiativen einzubinden, die vom Gesundheits- und Jugendamt, von Kinderärzten und Erzieherinnen gebildet worden sind. Die Pilotphase dieses Projektes wurde einer Evaluation unterzogen. Dabei zeigte sich, dass mit solchen stadtteilnahen Aktionen bildungsferne und ausländische Familien tatsächlich erreicht werden können. So konnte die Teilnehmerate an U-Terminen bei Familien mit Migrationshintergrund um beinahe ein Drittel erhöht werden, und insgesamt stieg die Teilnehmerate im Beobachtungszeitraum auf 79 %. Bis Ende des Jahres 2006 sind im Rahmen dieser Aktion bundesweit mehr als 140 lokale Netzwerke entstanden, und in über tausend Kindertagesstätten konnten mehr als 60.000 Kinder für eine Beteiligung an U-Untersuchungen gewonnen werden (www.ich-geh-zur-u.de).

Eine zweite Gruppe von Maßnahmen lässt sich dem gesundheitsfördernden Setting-Ansatz zuordnen. Ziel ist dabei, unmittelbare Kontexte alltäglicher Lebensführung, in denen gesundheitlich belastendes oder förderndes Verhalten stattfindet, bei entsprechenden Aktivitäten zu berücksichtigen. Wichtigste Orte sind die Familie bzw. die Nachbarschaft, die Kindertagesstätten und die Schulen.

Nachdem bereits vor einigen Jahren im Rahmen des Programms ‚*Gesunde Städte*‘ der WHO Stadtteilarbeit als Schwerpunkt primärpräventiver Aktivität entwickelt worden ist, liegen heute Evaluationsergebnisse aus einigen dieser Programme vor. Besonders eindrucksvoll sind Befunde des Projekts, welches das Gesundheitsamt Stuttgart gemeinsam mit dem Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart durchgeführt hat. Das Projekt richtete sich an

Kinder und Jugendliche in einem strukturschwachen Stadtteil mit vielen einkommensschwachen und ausländischen Haushalten. Personale Verhaltensmaßnahmen (Bewegungsförderung, verbesserte Körperwahrnehmung, musisch-ästhetische Bewegung) wurden mit Multiplikatoren- und verhältnispräventiven Initiativen (neuartige Freizeit- und Gesundheitssportmodelle) kombiniert. Ein wichtiges Resultat bestand darin, dass nicht nur das motorische Verhalten der einbezogenen Kinder, sondern auch ihr Sozialverhalten, ihr Konzentrationsvermögen und ihre sprachliche Entwicklung deutlich positiver entwickelt war als bei Gleichaltrigen ohne entsprechende Intervention (Siegrist/Joksimovic 2001).

Familie und Nachbarschaft bilden ein weiteres Setting zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern. In Deutschland sind einige Initiativen hierzu entwickelt worden, die auf besonders belastete, oft überforderte Familien und Alleinerziehende abzielen. Um negative Auswirkungen dieser Situation auf die Gesundheit der Kinder abzumildern, werden Maßnahmen der Frühbegleitung bei Schwangeren und jungen Müttern, der Elterntreffpunkte und der intensivierten Kinderbetreuung angeboten. Zu den gegenwärtig durchgeführten vielversprechenden Projekten, die allerdings bisher kaum evaluiert worden sind, zählen u. a. das Projekt *„Schutzengel e. V.“* in Schleswig-Holstein, das *„Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte“* (Fürstenwalde), das *„Familienhebammenprojekt“* (Hamburg-Barmbek), *„Frühe Hilfen“* (Hamburg-Harburg), *„Kinder und AIDS“* (Hamburg) (BZgA 2007).

Die meisten Initiativen werden jedoch in Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt. Hier reicht das Spektrum von Programmen der Bewegungsförderung, der gesunden Ernährung und der Gewichtskontrolle über Maßnahmen der Unfallprävention und Verkehrserziehung bis zur Stärkung von Selbstbehauptung und Selbstwertgefühl sowie der Förderung sozialer Kompetenz. Ein wichtiges Zwischenergebnis bereits vorliegender Evaluation bestätigt, dass positive Effekte nicht nur bei den Zielvariablen, sondern auch bei der kognitiven Entwicklung (als allgemeiner resilienzfördernder Ressource) festgestellt wurden (BZgA 2007).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass zwischenzeitlich in Deutschland eine beeindruckende Zahl regionaler Initiativen zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder mit ermutigenden Teilerfolgen besteht. Sie werden durch die Programme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und durch eine Bundesarbeitsgemeinschaft in loser Form verbunden, jedoch fehlt zu ihrer flächendeckenden Wirkung eine Regionen- und Bundesländer übergreifende nationale politische Gestaltung.

4.3 Handlungsempfehlungen

Aus den Darlegungen zu wissenschaftlichen Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen und aus dem kurzen Überblick über gegenwärtig laufende praktische Projekte zur „Schließung der Lücke“ in den Gesundheitschancen unterschiedlicher sozialer Schichten lassen sich neun Bündel politischer Handlungsempfehlungen ableiten:

1. Unmittelbare Verbesserung der materiellen Lage armer Haushalte mit Kindern, unter besonderer Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage Alleinerziehender, Arbeitsloser und Migranten;
2. Allgemeine Verbesserung der materiellen Lage von Haushalten mit Kindern, etwa mit Hilfe steuerpolitischer Instrumente;
3. Erhalt eines universellen Zugangs zum Gesundheitssystem für Eltern und Kinder, bei gleichzeitig verbessertem Zugang zu präventiven Leistungen für sozial benachteiligte Familien;
4. Schaffung gesundheitsförderlicher Wohnverhältnisse und Verbesserung des Unfallschutzes durch verkehrspolitische Maßnahmen speziell in sozial benachteiligten Stadtvierteln;
5. Erhalt oder Aufbau kostenloser oder kostengünstiger Angebote der gesundheitsrelevanten Infrastruktur in den Gemeinden (Grünflächen, Sportanlagen, Freizeitangebote);
6. Ausbau von Betreuungsdiensten und Vorschuleinrichtungen für erwerbstätige bzw. erwerbsmotivierte Eltern kleiner Kinder, um deren Einkommenssituation zu verbessern;
7. Verstärkte Nutzung vorhandener institutioneller Möglichkeiten des Erziehungssystems, z. B. Ganztagesbetreuung bzw. -schulen und den damit verbunden Möglichkeiten sozial benachteiligte Kinder speziell zu fördern (gesundes Mittagessen, zielgruppenspezifische Sportangebote);
8. Aufsuchende Dienste zur Unterstützung von Erziehung und Sozialisation der Kinder aus sozial benachteiligten Familien, von der Schwangerschaft bis zur Vorschulerziehung;
9. Verstärkung von Maßnahmen zur Eindämmung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen von Schwangeren, jungen Eltern, heranwachsenden Kindern und Jugendlichen (Preispolitik, Werbeverbote, soziales Marketing, Förderung vitaminreicher Nahrungsmittelangebote, Gesundheitsförderprogramme in Kindertagesstätten und Schulen etc.).

Aus den europaweit gesammelten Erfahrungen zu Erfolgsbedingungen von Handlungsprogrammen mit dem Ziel der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich weiterhin folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Es bedarf einer konsequenten Strategie, welche die soziale Ungleichheit von Gesundheit als Thema verschiedener Politikbereiche von der Bildungs- über die Steuer- und Familienpolitik bis hin zur Gesundheitspolitik anerkennt. Diese Strategie setzt die Bereitschaft politisch verantwortlicher Akteure und Instanzen voraus, ein entsprechendes nationales Gesundheitsziel auf verschiedenen Ebenen umzusetzen. Wichtig erscheint zudem eine effektive Steuerung, die das übergreifende Thema der sozialen Ungleichheit in die einzelnen Fachbereiche transportiert und die Anstrengungen koordiniert. Erfahrungen mit solchen Instanzen liegen mit dem Bundesjugendkuratorium (BJK) vor.
- Die Umsetzung eines nationalen Gesundheitsziels zur Verringerung sozial ungleicher Gesundheitschancen erfordert eine landesweite Kooperation staatlicher und nicht-staatlicher Akteure (v. a. professioneller Verbände und Organisationen sowie bürgerschaftlicher Initiativen).
- Sozial-sensitive Prävention und Gesundheitsförderung muss auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen, um den komplexen Zusammenhängen gerecht zu werden. Der Wissenstransfer von den forschenden Institutionen zu den Trägern der Prävention muss gestärkt werden. Hierzu zählt auch die Forderung, dass präventive Maßnahmen konsequent auf ihre sozialen Auswirkungen hin überprüft werden müssen. Die Bemühungen, ein kontinuierliches Monitoring gesundheitlicher Ungleichheit zu ermöglichen, sind zum Teil mit dem KiGGS bereits erfolgreich gewesen. Es wäre begrüßenswert, wenn dieses Monitoring auch in einer Langzeitperspektive fortgeführt würde, und wenn routinemäßig ein eigener Report zur gesundheitlichen Ungleichheit den Stand der Dinge zusammenfasst und relevante zeitliche Entwicklungen und Trends aufzeigt.
- Eine intersektorale Vernetzung von Maßnahmen der Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Bildungsarbeit ist ebenso erforderlich wie die Option, den Gesundheitssektor als treibende Kraft regionaler Kooperationsprojekte zu etablieren (z. B. in Form ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, wie sie in einem flächendeckenden Modellvorhaben im Bundesland Nordrhein-Westfalen etabliert worden ist). Damit ist auch die Aufforderung verbunden, die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als lokaler Koordinator einer gemeinwesenorientierten Sozialpädiatrie entsprechend zu stärken.
- Ohne strukturbildende Maßnahmen und ohne eine mittel- bis längerfristig gesicherte Finanzierung der Basis entsprechender Programme werden nachhaltige Erfolge nur schwer zu erzielen sein. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel einer strukturbildenden Maßnahme zeigt Schweden mit der gezielten Senkung der Einkommenssteuer unterer Einkommensgruppen.

Als Folge dieser Maßnahme konnte die Kinderarmutsrate von 18 % auf 4,2 % gesenkt werden.

- Gesetzliche, finanzielle und organisatorische Maßnahmen sollten Hand in Hand mit der Entwicklung weicher Faktoren gehen, um wirksame Erfolge zu garantieren. An erster Stelle sind hier eine Schärfung des öffentlichen Bewusstseins und eine Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements in Kommunen, Vereinen und Selbsthilfeorganisationen zu nennen. Ohne gesellschaftliche Aufwertung ehrenamtlicher Tätigkeit und ohne Stärkung von Normen und Werten gemeinschaftlichen Handelns zum Zweck der Bildung sozialen Kapitals ist ein solches Ziel schwer zu erreichen.

Wenn es um die praktische Umsetzung von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen geht, so scheint es am vielversprechendsten auf bereits erprobte Strukturen aufzubauen. Einen Ansatz, strukturbildende Vernetzung mit bürgerschaftlichem Engagement zu verbinden, bietet das System der Kinder- und Jugendhilfe. Mit der Kinder- und Jugendhilfe existiert in Deutschland ein funktionierendes Netzwerk, das bereits heute zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit beiträgt, indem verschiedene Akteure der Kinder- und Jugendhilfe Familien und Kinder in sozialen, psychischen und auch gesundheitlichen Notlagen unterstützen. Der große Vorteil ist die lokale Verankerung der Kinder- und Jugendhilfe, die es erlaubt Netzwerke zu knüpfen, die eine unmittelbare und umfassende Erreichbarkeit von Kindern ermöglicht. Unter dem Stichwort „*Frühe Hilfen*“ sind hier in jüngster Zeit wichtige Fortschritte gemacht worden, indem lokale Frühwarnnetze zwischen Kindergärten, Schulen, Jugendämtern, sozialpädagogischen und psychiatrischen Diensten usw. geknüpft wurden. Diese Zugangsmöglichkeiten sind für die Reduktion der sozialen Ungleichheit von Gesundheit von hohem Wert, da gerade Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien über die klassischen Settings wie die Schule oder den Verein, nur schwer zu erreichen sind.

Aber auch hier, auf der Ebene der konkreten Hilfen und Interventionen, gilt die Forderung nach einer effektiven, am Gesundheitsziel ‚Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit‘ ausgerichteten Steuerung, Koordination und Mittelallokation für zusätzliche Aufgaben.

5 Literatur

- Arbeiterwohlfahrt (AWO) (2000): Gute Kindheit - Schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen. AWO-Bundesverband. Bonn
- Barker, D.J.P. (19982): Mothers, babies and health in later life. Edinburg: Churchill Livingstone
- Ben-Shlomo, Y./Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. In: International Journal of Epidemiology, 31, S. 285-293
- Bergmann, K.E./Bergmann, R.L./Ellert, U./Dudenhausen, J.W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 670-676
- Bertram, H. (2008): Mittelmaß für Kinder: Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. München
- Blane, D. (20062): The life course, the social gradient and health. In: Marmot, M./Wilkinson, R. (Hrsg.), Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press , S. 54-77
- Bolte, G./Kohlhuber, M. (2006) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden, S. 91-108
- Bolte, G./Elvers, H.D./Schaaf, B. u.a. Für die LISA-Studiengruppe (2004): Soziale Ungleichheit bei der Belastung mit verkehrsunabhängigen Luftschadstoffen: Ergebnisse der Kinderkohortenstudie LISA. In: Bolte, G./Mielck, A. (Hrsg.), Umweltgerechtigkeit: Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim, S. 175-198
- Bos, W./Lankes, E.M./Prenzel, M./Schwippert, K./Valtin, R./Walther, G. (Hrsg.) (2004): IGLU: Einige Länder der Bundesrepublik Deutschland im nationalen und internationalen Vergleich. Münster
- Bundesgesundheitsblatt (2007): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 529-910
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Forschungsbericht 310. Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.) (20073): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln
- Chen, E./Mathews, K./Boyce, W.T. (2002): Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? In: Psychological Bulletin, 128, S. 295-329
- Cubbin, C./Le Clere, F./Smith, G. (2000): Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants. In: Journal of Epidemiology and Community Health, 54, S. 517-524
- Davey Smith, G./Lynch, J. (20042): Life-course approaches to socio-economic differentials in health. In: D. Kuh,/Y. Ben-Shlomo (Hrsg.), A life-course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press, S. 77-115
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV) (2008): Kinder und Harz-IV: Eine erste Bilanz der Auswirkungen des SGB II. Verfügbar über: <http://www.infothek.paritaet.org>
- Deutsches Kinderhilfswerk (2007): Kinderreport Deutschland 2007. Freiburg

- Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 42, S. 18-25
- Erhart ,M./Schenk, L./Ravens-Sieberer, U. (2008). Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter. In: Richter, M./Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Weinheim, S. 141-159
- Geyer, S./Peter, R. (1998): Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status: Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. In: *Das Gesundheitswesen*, 60, S. 493-499
- Gordon-Larsen, P./Nelson, M.C./Page, P./Popkin, B.M. (2006): Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. In: *Pediatrics*, 117, S. 417-424
- Halfon, N./Hochstein, M. (2002): Life-course health development: An integrated framework for developing health, policy, and research. In: *The Milbank Quarterly*, 80, S. 433-479
- Hölling, H./Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 794-799
- Hradil, S. (2006): *Die Sozialstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich*. Wiesbaden
- Hurrelmann, K. (2004): *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim
- Janßen, C./Grosse Frie, K./Ommen, O. (2006): Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden, S. 141-155
- Kamtsiuris, P./Bergmann, E./Rattay, P./Schlaud, M. (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 836-850
- Klocke, A./Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO*. Weinheim/München, S 183-239
- Klocke, A. (2004): Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden, S. 85-96
- Klocke, A./Lampert, T. (2005): *Armut bei Kindern und Jugendlichen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 4), Robert-Koch-Institut. Berlin
- Kolip, P. (2002): *Familie und Gesundheit*. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, S. 497-517
- Krappmann L. (2001). *Lebenslagen von Familien mit Kindern*. In: Bundesministerium für Familie SFuJ, Hrsg. *Dokumentation von Expertisen zum Ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Materialien zur Familienpolitik Nr. 11. BMFSJ, Bonn,
- Kuh, D./Ben-Shlomo, Y. (Hrsg.) (2005): *A life-course approach to chronic disease*. Oxford University Press Oxford
- Kuh, D./Ben-Shlomo, Y. /Lynch, J./Hallqvist, J./Power, C. (2005): Life-course epidemiology. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, S. 778-783

- Kuh, D./Hardy, R./Butterworth, S. u.a. (2006): Developmental origins of midlife physical performance: Evidence from a British birth cohort. In: *American Journal of Epidemiology*, 164, S. 110-121
- Lampert, T./Schenk, L. (2004): Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden, S. 57-84
- Lampert, T./Richter, M. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden, S. 199-220
- Lampert, T. /Kurth, B.-M. (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104, A2944-2949
- Lampert, T./Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 600-608
- Lampert, T./Mensink, G.B.M./Romahn, N./Woll, A. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 634-642
- Lampert, T. (2008): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 105, S. 265-271
- Lampert, T./Hagen, C./Heizmann, B. (2008a): *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut (im Druck)
- Lampert, T./Mensink, G.B.M./Hölling, H./Kurth, B.-M. (2008b): Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche: Welchen Beitrag leistet der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts? In: Jungbauer-Gans, M./Hackauf, H. (Hrsg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden, S. 15-39
- Landesgesundheitsamt Brandenburg (2007): *Wir lassen kein Kind zurück: Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg*. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung 5. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. Potsdam
- Lange, M./Kamtsiuris, P./Lange, C./Schaffrath Rosario, A./Stolzenberg, H./Lampert, T. (2007): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 578-589
- Lange, C./Schenk, L./Bergmann, R. (2007a): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 624-633
- van Lenthe, F.J. (2006): Aggregate deprivation and effects on health. In: Siegrist, J./Marmot, M. (Hrsg.) *Social inequalities in health*. Oxford: Oxford University Press, S. 167-192
- Mackenbach, J. (2008): Sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa: Von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention. In: J. Siegrist/M. Marmot (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Huber, S. 281-315
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber

- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2002. Düsseldorf
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren (2006): Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein im Jahr 2006. Kiel
- Pistor, G./Märzheuser, S. (2008): Kinderunfälle. In: Lob, G./Richter, M./Pühlhofer F./ Siegrist, J. (Hrsg.), Prävention von Verletzungen. Köthen, S. 11-25
- Poethko-Müller, C./Kuhnert, R./Schlaud, M. (2007): Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 851-862
- Power, C./Kuh, D. (2006): Life-course development of unequal health. In: Siegrist, J./Marmot, M. (Hrsg.), Social inequalities in health: New evidence and policy implications. Oxford: Oxford University Press, S. 27-53
- Power, C./Kuh, D. (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: J. Siegrist/M. Marmot (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber, S. 45-76
- Prenzel, M./Baumert, J./Blum, W./Lehmann, R./Leutner, D./Neubrand, M. u.a. (2005): PISA 2003: Ergebnisse des zweiten Ländervergleichs. Zusammenfassung. Verfügbar über: http://pisa.ipn.uni-kiel.de/PISA2003_E_Zusammenfassung.pdf; 23/05/2006 [Zugriffsdatum].
- Ravens-Sieberer, U./Thomas, C./Erhart, M. (2003): Körperliche, psychische und soziale Ungleichheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. Weinheim/München, S. 19-98
- Ravens-Sieberer, U./Ellert, U./Erhart, M. (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 810-818
- Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden
- Richter, M./Lampert, T. (2009): Adolescent smoking behaviour: The role of socioeconomic status, peer, and school context. In: Archives of Public Health (im Druck)
- Richter-Kornweitz, A. (2007): Beispiele Guter Praxis in Europa. Unveröffentlichtes Manuskript.. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Hannover
- Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Roberts, I./Power, C. (1996): Does the decline in child injury death rates vary by social class? In: British Medical Journal, 313, S. 784-786
- Schlack, R./Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S.819-826
- Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 701-710

Schneider, S./Maul, H./Freerksen, N./Pötschke-Langer, M. (2008): Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. In: Public Health, 122:1210-1216.

Seifert, B. (2002): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkungen sozialer Benachteiligung. Ein Literaturbericht. In: Hackauf, H./Seifert, B./Beck, I./Jantzen, W./Mrozynski, P. (Hrsg.), Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen: Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht (Band 4). München, S. 87-173

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2006): Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin: Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006 (1). Berlin

Siegrist, J./Joksimovic, L. (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Europa. Köln

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart

Steinkamp, G. (1999): Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. In: Schlicht, W./Dickhuth, H.H. (Hrsg), Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität. Schorndorf, S. 101-154

