



Gefährdete Kindheit

Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die
Entwicklungschancen von Kindern in Bremen



Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60-70, 28203 Bremen
www.gesundheitsamt.info oder www.gesundheitsamt-bremen.de

Verantwortlich

Günter Tempel
Kommunale Gesundheitsberichterstattung / Abteilung Gesundheit und Umwelt
Eberhard Zimmermann
Sozialpädiatrische Abteilung

AutorInnen

Susanne Braaksma
Andreas Brockhaus
Elisabeth Horstkotte
Günter Tempel

Redaktion

Elisabeth Horstkotte
Kommunale Gesundheitsberichterstattung / Abteilung Gesundheit und Umwelt
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst / Sozialpädiatrische Abteilung
elisabeth.horstkotte@gesundheitsamt.bremen.de

Auflage: 500

Erscheinungsdatum: 01 / 2007



EINFÜHRUNG	5
KINDHEIT IM UMBRUCH - CHANCEN UND RISIKEN -	7
GESELLSCHAFTLICHES UMFELD	7
ERZIEHUNGSVORSTELLUNGEN	8
ERFAHRUNGEN MIT RAUM UND ZEIT	8
MEDIEN UND KONSUM	9
DIVERSIFIKATION DER KINDHEITSMUSTER	9
ARMUT IM KINDES- UND JUGENDALTER	12
DER ARMUTSBEGRIFF IN DER SOZIALFORSCHUNG	12
ENTWICKLUNG DER ARMUT IN DEUTSCHLAND	12
KINDER IN ARMUT	13
KINDERARMUT IN BREMEN	14
URSACHEN VON KINDERARMUT	14
SOZIALE FOLGEN VON KINDERARMUT	15
KINDERARMUT UND GESUNDHEIT	16
START IN DIE SCHULE - GLEICHE CHANCEN FÜR ALLE?	18
AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE AUS DEN SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNGEN IN BREMEN	19
ERGEBNISSE ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE - PRÄVENTION VON (VERMEIDBAREN) ERKRANKUNGEN	20
ERGEBNISSE ZU SOZIALEN UND KULTURELLEN TEILHABECHANCEN	24
SOZIALE POLARISIERUNG IN DER STADT BREMEN:	
ERGEBNISSE ZUM TREND ZWISCHEN DEN JAHREN 1998 UND 2005	29
ARMUT GRENZT AUS - ERFAHRUNGEN MIT BENACHTEILIGTEN KINDERN UND JUGENDLICHEN IN DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN BERATUNG -	36
ZUGANG UND ANLASS ZUR SOZIALPSYCHIATRISCHEN BERATUNG	38
WEITERVERMITTLUNG UND KOOPERATION MIT DER JUGENDHILFE	39
PSYCHOSOZIALE UMSTÄNDE	40
PSYCHOSOZIALE ANPASSUNG	42
RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN IM SOZIALEN KONTEXT - HANDLUNGSANSÄTZE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER PRAXIS -	44
WAS KINDER SCHÜTZT	44
SCHUTZFAKTOREN UND RESILIENZ	45
RISIKOBELASTETE LEBENSLAGEN	46
KRITERIEN FÜR EINE NACHHALTIGE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	47
FRÜHE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	48
INTEGRIERTE HANDLUNGSKONZEPTE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	50
INTEGRIERTES HANDLUNGSKONZEPT IN RISIKOBELASTETEN BREMISCHEN WOHNQUARTIEREN	51
LITERATUR	55
GLOSSAR	59
ANHANG	61





Einführung

Elisabeth Horstkotte

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung der Stadt Bremen greift mit dem Themenfeld „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ die Problematik der sozialmedizinischen Auswirkungen sich gegensätzlich entwickelnder Lebensverhältnisse auf. Auftakt zu einer Berichtsreihe, die diesem Themenfeld gewidmet ist, bildete der 2006 erschienene Gesundheitsbericht „Die Auswirkungen sozialer Polarisierung. Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten“.¹

Kinder sind besonders empfindliche Seismographen für Erschütterungen, die durch das Wachsen der sozialen Kluft verursacht werden. Der vorliegende Bericht „Gefährdete Kindheit“ konzentriert sich auf Kinder aus gesellschaftlichen Gruppen, die von Benachteiligung und Armut besonders bedroht sind. Hierbei geht es nicht um absolute Armut im Sinne „existenzieller Not“, sondern um relative Armut und daraus resultierenden geringeren Teilhabechancen. Die Auswirkungen von Armut und Benachteiligung werden mit Hilfe des Lebenslagenansatzes beschrieben.² Dieses Konzept betrachtet Armut nicht nur unter Einkommensaspekten, sondern sieht Armut als multidimensionales Problem, das auf Unterversorgung in verschiedenen Bereichen (z.B. Gesundheit, Wohnen, Bildung) basiert. Der Bericht geht der Frage nach, wie sich divergierende Lebensverhältnisse (benachteiligende und privilegierende) auf die Gesundheit sowie auf soziale Teilhabechancen und kulturelle Kompetenzen der Kinder auswirken. Es wird dargestellt, welche Maßnahmen hilfreich sein könnten, um Kinder zu schützen und ihnen faire Chancen trotz benachteiligender Lebenslagen zu gewährleisten. Aufeinander aufbauende Einzelberichte verschiedener Autorinnen und Autoren beschreiben die sozialmedizinischen Risiken von Kindern auch in der Stadt Bremen:

Kindheit im Umbruch - Chancen und Risiken -

von Elisabeth Horstkotte

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst / Kommunale Gesundheitsberichterstattung

beschreibt die durch den gesellschaftlichen Wandel von der Industriegesellschaft zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft bedingten Veränderungen im Kinderleben.

Armut im Kindes- und Jugendalter

von Günter Tempel

Kommunale Gesundheitsberichterstattung / Abteilung Gesundheit und Umwelt

betrachtet aus sozialwissenschaftlicher Sicht Ursachen und Auswirkungen von Armut auf Kinder und Jugendliche.

Start in die Schule - gleiche Chancen für alle?

von Elisabeth Horstkotte

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst / Kommunale Gesundheitsberichterstattung

zeigt Problemlagen von Kindern am Übergang zur Schule auf. An ausgewählten gesundheitlichen Indikatoren wird dargestellt, dass Kinder aus Familien in benachteiligenden Lebenslagen eine schlechtere gesundheitliche und soziokulturelle Ausgangslage haben als andere Kinder. Die Ergebnisse von Zeitreihen zwischen 1998 und 2005 (bzw. 2002) zeigen sowohl eine Verfestigung benachteiligender Lebenslagen in der Stadt Bremen auf, als auch eine überproportionale Zunahme gesundheitlicher und sozialer Problemlagen bei Kindern aus Familien mit vermehrten Risiken.

¹ Tempel 2006

² Holz 2003



Armut grenzt aus - Bericht aus der sozialpsychiatrischen Beratungspraxis mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen -

von Susanne Braaksma und Andreas Brockhaus

Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle / Sozialpsychiatrische Abteilung

beleuchtet Armuts- und Benachteiligungsaspekte von Kindern, Jugendlichen und deren Familien, die den sozialpsychiatrischen Beratungsdienst des Gesundheitsamtes aufsuchen. Er setzt sich mit psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen im Kontext von Armut und benachteiligenden Lebensbedingungen auseinander.

Risiko- und Schutzfaktoren im sozialen Kontext - Handlungsansätze für Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis -

von Elisabeth Horstkotte

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst / Kommunale Gesundheitsberichterstattung

zieht Schlussfolgerungen aus den vorgestellten Problemlagen vor dem Hintergrund, dass kindliche (und elterliche) Kompetenzen bei der Auseinandersetzung mit risikobelasteten Lebensbedingungen gestärkt werden müssen. Diese kindliche Kompetenzerweiterung hat besondere Relevanz für die Konzeption von Präventionsmaßnahmen. Aufträge von Akteuren, die mit benachteiligten Kindern und deren Familien zu tun haben, werden analysiert und Perspektiven aufgezeigt. Hier geht es darum, wirksame und nachhaltige Präventionsansätze und Netzwerke zur Stärkung kindlicher (und elterlicher) Kompetenz in ungünstigen Lebenslagen zu entwickeln.

Für eilige Leserinnen und Leser ist am Ende eines jeden Berichtes ein Fazit angefügt.

Unser Ziel ist, die Qualität unserer Gesundheitsberichte ständig zu verbessern. Daher ist uns Ihre Meinung wichtig. Über Rückmeldungen, seien sie positiv oder gerne auch kritisch, würden wir uns freuen.



Kindheit im Umbruch - Chancen und Risiken -

Elisabeth Horstkotte

„...so, wie sich das Leben der Erwachsenengesellschaft im Laufe der Geschichte verändert hat und weiter verändern wird, bleiben auch das Kinderleben und das Zusammenleben der Generationen nicht unberührt vom sozialen Wandel einer Gesellschaft...“³

Die Vorstellung von Kindheit als eigenständige Lebensphase, in der Kinder nach und nach an das Leben der Erwachsenenwelt herangeführt werden und sich zu Persönlichkeiten entwickeln sollen, hat ihre Wurzeln im Europa des 16. Jahrhunderts. Neil Postman bezeichnete die Idee der Kindheit als „...eine der großen Erfindungen der Renaissance, vielleicht ihre menschlichste...“⁴ Zum Durchbruch kam diese gesellschaftliche Idee aber erst vor etwa 150 Jahren.

Auch die moderne Kindheit unterliegt weiterem gesellschaftlichem Wandel. Allerdings scheinen sich diese Veränderungsprozesse in den letzten 50 Jahren zu beschleunigen. Der gegenwärtige tiefgreifende Wandel von der Industriegesellschaft in eine Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft ist in allen westlichen Industrieländern zu beobachten und stellt ihre Gesellschaften und deren Kinder vor große Herausforderungen.

Gesellschaftliches Umfeld

Die sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen einer Kindheit in den 1950er Jahren unterscheiden sich deutlich von denen der 1980er Jahre und erst recht von denen in der heutigen Zeit. Für die Lebenswelt von Kindern hat dieser rasante gesellschaftliche Wandel einschneidende Veränderungen mit sich gebracht.

Ab dem Ende der 1950er Jahre setzten der allgemein wachsende Wohlstand und die Bildungsexpansion einen Prozess in Gang, der als „Individualisierung“ bezeichnet wird. Kennzeichen dieser Entwicklung sind die schwächer werdende Bindungskraft herkömmlicher Milieus, die nachlassende Orientierung an tradierten Wertvorstellungen und Rollenmustern, die Zunahme individueller Freiheiten und, damit einhergehend, das Aufkommen pluralistischer Lebensstile. Im Zuge der Individualisierung traten neben die „Normalfamilie“, in der Kinder mit den (verheirateten) Eltern leben, immer häufiger andere familiäre Lebensformen: nicht verheiratete Elternpaare, alleinerziehende Mütter / Väter, Patchwork-Familien oder gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern. Allerdings sind, trotz zunehmender Ausdifferenzierung von Haushaltsformen und Lebensgemeinschaften, immer noch über 80% der Familien „Normalfamilien“. Davon abgesehen sind Kinder in der individualisierten Gesellschaft seltener geworden. Früher eine Selbstverständlichkeit ist Elternschaft mittlerweile eine Option, die mit anderen Lebensentwürfen konkurriert.

Die hohe Arbeitslosigkeit, die inzwischen auch Teile der sozialen Mittelschicht bedroht und dort Abstiegsängste schürt, beeinflusst ebenfalls die Umstände, unter denen Kinder heute aufwachsen. Auf der einen Seite ist die heutige Kindheit im geschichtlichen Kontext durch ein noch nie da gewesenes Ausmaß an sozialer und materieller Sicherheit gekennzeichnet.⁵ Andererseits nehmen mit wachsender Arbeitslosigkeit Armutslagen zu und verfestigen sich. Kinder sind hiervon überdurchschnittlich betroffen, nicht von ungefähr spricht man von der „Infantilisierung der Armut“.⁶ Für viele Kinder ist die Gefahr der Ausgrenzung durch Armut schon in jungen Lebensjahren gestiegen.

³ du-Bois-Reymond 1994

⁴ Postman 1984

⁵ Roux 1998, Kraft 2001, Kröhnert u.a. 2006

⁶ Buhr 2004



Erziehungsvorstellungen

Auch das Autoritätsverhältnis in der Familie änderte sich grundlegend zwischen den 50er und 80er Jahren „... vom Befehlen und Gehorchen zum Verhandeln ...“.⁷ Erziehungsmodalitäten werden zwischen Eltern und Kindern diskutiert und verhandelt. Kinder und Jugendliche beteiligen sich relativ eigenständig am eigenen Erziehungsprozess und entwickeln damit ein neues Eltern-Kind-Verhältnis. Das Autoritätsgefüge verändert sich hin zu einer „Partnerschaft“. Dabei werden Kinder einerseits früh als selbstständige „autonome“ Familienmitglieder gefordert. Andererseits besteht die Gefahr, Kinder kognitiv und emotional zu überfordern. Das Generations- und Erziehungsverhältnis zwischen „restriktivem Befehlshaushalt“ und „Erziehung an der langen Leine“ ist insgesamt komplexer geworden.⁸ Entsprechend der Individualisierungsthese werden Familie und Verwandtschaft durch die Loslösung aus historisch vorgegebenen Sozialbindungen zunehmend bedeutungsloser für die Lebensbewältigung, sowohl in ihrer eigentlichen Funktion als auch in ihren Unterstützungsmöglichkeiten.⁹ Traditionelle Werteorientierung im Hinblick auf Glauben, Wissen und die Bewältigung des Alltags verlieren ihren hohen Stellenwert. Viele Eltern reagieren hierauf mit Erziehungsunsicherheiten, in deren Folge zunehmend Elterntrainings angeboten und kommerzialisiert werden (Erziehungsprogramme, Super-Nanny etc.).

Für Familien mit Migrationshintergrund kann Erziehung angesichts der Notwendigkeit der Integration in die Mehrheitsgesellschaft einerseits und der Bewahrung kultureller Identität andererseits besonders spannungsgeladen sein. Insbesondere Kinder, die sich durch schulische Sozialisation im Einwanderungsland schneller als ihre Eltern die neue Kultur aneignen, verlieren dadurch gleichzeitig ihre Bindungen an ihre Herkunftskultur und ihr Zuhause.¹⁰ Mangelnde Teilhabemöglichkeiten und Ausgrenzung durch sprachliche und kulturelle Barrieren können bei diesen Eltern zum Verlust ihrer eigenen tradierten Erziehungsvorstellungen und Erziehungsfähigkeiten führen oder zu besonders engen Disziplinierungsmaßnahmen.

Erfahrungen mit Raum und Zeit

Traditionelle Orte für Kinder wie Straßen, Wiesen und Wälder als Spielplätze stehen immer seltener zur Verfügung. Natürliche Spielräume im innerstädtischen Bereich verschwinden, eine optimierte Flächennutzung und eine Zersiedlung von Wohnräumen führt zunehmend zu einer „Verinselung“ kindlicher Lebensräume. Erhöhtes Verkehrsaufkommen in Städten und Gemeinden gefährdet die Kindersicherheit im öffentlichen Raum. Diese veränderten räumlichen Lebensbedingungen engen den kindlichen Bewegungsradius ein.

Kinder und Jugendliche verfügen über veränderte „Zeitbudgets“: Schule und Freizeit ist in feste Zeittakte aufgeteilt. Auch Freizeitaktivitäten finden in der Regel organisiert statt. Freiräume zur eigenen Gestaltung werden dadurch zunehmend eingegrenzt. Erwachsene organisieren künstlich ausgestaltete Spielwelten für Kinder, wobei Spielen quasi zum „Termingeschäft“ wird, welches hohe Anforderungen an Pünktlichkeit und Ausdauer stellt.¹¹

Der Alltag für Kinder in der heutigen Zeit verlagert sich von außen nach innen. Die elterliche Wohnung muss als Spiel- und Erlebnisraum erhalten. Einerseits sind Kinder in diesen eingegrenzten Räumen geschützt, andererseits bestehen geringere Möglichkeit zu gesellschaftlicher Sozialisation. Kindliche Erlebnisräume werden, abhängig von der Art der Wohnverhältnisse, aus dem Blick und der Verantwortung der Öffentlichkeit verdrängt. Dies hat zur Folge, dass Kinderleben heutzutage in der öffentlichen Wahrnehmung nur eine untergeordnete Rolle spielt.

⁷ Büchner 1991

⁸ Lange 2006

⁹ Beck 1986

¹⁰ Usculan 2005

¹¹ Zeiher / Zeiher 1994



Medien und Konsum

Nicht nur die Spielumwelt, sondern auch das Spielverhalten hat sich gewandelt. Traditionelle Spiele werden von Fernsehen, Video und Computer als „elektronische Partner“ abgelöst. Computer und Computerspiele beeinflussen zunehmend die Erlebniswelt von Kindern. Erfahrungen werden in einer virtuellen Welt „aus zweiter Hand“ gemacht. Nicht von der Hand zu weisen ist zudem die Gefahr einer Verrohung durch brutale Computerspiele und Gewaltvideos. Die Zeiträume, die Kindern zum Spielen und sozialem Umgang mit anderen Kindern zur Verfügung stehen, müssen mit Fernseher, Video und Computer geteilt werden. Hinzu kommt der Druck, in der Gruppe mithalten zu können sowie Ausgrenzung aus der Gruppe bei fehlenden materiellen Möglichkeiten. Andererseits eröffnen die Medien Kindern neue Chancen zur eigenständigen Wissenserweiterung sowie Möglichkeiten, neue Kontakte und Netzwerke aufzubauen.

Kinder sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor geworden und werden als attraktive Zielgruppe stark umworben. Kinder und Jugendliche haben eine beachtliche Kaufkraft. Sie verfügen jährlich über 5,5 Mrd. € an Einnahmen, hinzu kommen 4 Mrd. € Sparguthaben.¹² Art und Angebot von Spielzeug, Vermarktung von Kinderkleidung und Ausstattung sowie kulturelle Angebote für Kinder haben sich zu einer Kinderkultur entwickelt, die zunehmend durch Konsum bestimmt wird. Natürliche Spiel(um)welten werden durch Erlebnis- und Freizeitparks ersetzt, in denen Kinder und Eltern „bespielt“ werden.¹³

Diversifikation der Kindheitsmuster

Die veränderten kindlichen Lebensbedingungen wirken sich entscheidend auf die Entwicklung von Kindern aus. Abhängig von den verschiedenen *Lebensnormalitäten* eröffnen sich neue *Chancen*, aber auch *Risiken*. In einem förderlichen Umfeld bieten die beschriebenen veränderten gesellschaftlichen Lebensbedingungen Kindern viel mehr Selbstständigkeit und Kreativitätsschancen als in früheren Generationen. Kinder in schwierigen Lebensbedingungen, in deren „Normalität“ Väter nicht in der Familie leben, das Einkommen vom Sozialamt bzw. Arbeitsamt kommt und Ausgrenzung und Gewalt täglich erlebt wird, können diese veränderten Bedingungen jedoch nicht als Chance wahrnehmen. Sie wirken eher als Risiko auf die kindliche Entwicklung.¹⁴

Neue Familienkonstrukte (z.B. neue Geschwister, 6-8 Großeltern, aber keine „stabilen“ Eltern) eröffnen für Kinder eine Zunahme von Bindungschancen und Entwicklungsmöglichkeiten, vermitteln aber auch einen Zuwachs an Trennungszumutungen und Verlustängsten. Von ihnen wird eine hohe Flexibilität abverlangt, sich auf ständig wechselnde Beziehungskonstellationen einzustellen, sie anzuerkennen und psychosozial zu bewältigen.

Erziehungsprozesse, in denen kommunikative, emotionale und alltagspraktische Freiheiten und Zwänge immer wieder ausgehandelt werden müssen, fordern Kinder schon früh als „autonome“ Familienmitglieder. In den verschiedenen Lebenswelten machen Kinder unterschiedliche Erfahrungen mit Erziehungsstilen zwischen „restriktivem Befehlshaushalt“ und „Erziehung an der langen Leine“. Veränderungen des familiären Autoritätsgefüges, der Verlust traditioneller Werteorientierung im Hinblick auf die Bewältigung des Alltags und ein häufig zu beobachtender Mangel an Kommunikation innerhalb der Familie kann zu Orientierungsproblemen und Erziehungsunsicherheiten führen.

¹² Holz 2006a

¹³ Rohlf 1989, Holz 2006b

¹⁴ Strohmeier / Kersting 2003



Kinder müssen immer kompetenter, immer souveräner mit (potentiellen) Freiheitsgewinnen umgehen, zugleich werden die Gestaltungsräume immer enger. Organisierte Freizeitaktivitäten in Zeittakten mit festem "Zeitbudget" erfordern ein hohes Maß an Flexibilität und Ausdauer.¹⁵

Die Nutzung audiovisueller Medien als wesentlicher Bestandteil der Freizeitgestaltung kann einerseits zur Anregung unterschiedlicher Aktivitäten beitragen, andererseits aber auch besonders jüngere Kinder kognitiv überfordern oder die Entfaltung eigenständiger (selbst entwickelter) Interessen hemmen.

Zwar stellt sich Kindheit heutzutage anders dar als früher, jedoch nicht als Ansammlung von beklagenswerten Defiziten, sondern als Unterschiede und Problemkonstellationen, die beachtet werden müssen und sowohl neue Chancen als auch Risiken beinhalten. Neue Formen von Belastungen wie z.B. notwendige Flexibilität, wechselnde Beziehungskonstellationen, Stress u.a. können die Bewältigungsressourcen von Kindern überfordern.¹⁶ Nicht alle Kinder können die Chancen und Freiheiten der Lebensbewältigung nutzen. Insbesondere benachteiligende Lebenslagen, in der Regel durch Armut ausgelöst, schränken den kindlichen Entfaltungsspielraum ein:

Alleinerziehende Mütter und auch Väter tragen besondere Belastungen wie z.B. die alleinige Zuständigkeit für Kindererziehung, Haushaltsführung und Lebensunterhalt. Eine schwierige finanzielle Situation und soziale Probleme (mangelnde soziale Unterstützung) können diese Belastungen verstärken und sich benachteiligend auf die Lebenssituation auswirken. Besonders Mütter sind hierdurch häufig von Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen betroffen, wobei dieses in der Regel Auswirkungen auf die gesamte Familie hat.¹⁷

Familien mit *Migrationshintergrund*, Arbeitsmigranten und nachziehende Familien, Flüchtlinge und Asylsuchende, deutschstämmige und jüdische Einwanderer aus Osteuropa u.a. stammen in der Regel aus einem anderen Kulturkreis. Familiäre und kulturelle Ressourcen können diese Familien stärken. Kommen jedoch Schwierigkeiten wie z.B. ein ungeklärter Aufenthaltsstatus, Kommunikationsprobleme (sprachlich, kulturell) und Leben im sozialen Brennpunkt hinzu, beeinflussen diese Schwierigkeiten als zusätzliche Risikofaktoren die jeweilige Lebenslage.

Finanzielle Belastungen und eingeschränkte Teilhabechancen erschweren die Lebenssituation dieser Familien. Kinder aus diesen Familien haben geringere Entwicklungsmöglichkeiten und können deshalb Chancen, die der Wandel der Kindheit in den vergangenen Jahrzehnten eröffnet hat, häufig nicht wahrnehmen.

¹⁵ Zeiher / Zeiher 1994, Kraft 2001

¹⁶ Bründel / Hurrelmann 1996, Keupp 1996

¹⁷ Helfferich 2003



Auf einen Blick

Der soziokulturelle Wandel von der Industriegesellschaft zur heutigen Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft bedeutet für Kinderleben auf vielen Ebenen tiefgreifende Veränderungen:

- Soziales Umfeld
(Einzelkinder, Ein-Eltern-Familien, alternative Familienformen, „Individualisierung“ etc.)
- Erziehungsvorstellungen
(Verändertes Autoritätsverhältnis, Verlust von historisch vorgegebenen Sozialbindungen, Veränderung der Werteorientierung etc.)
- Erfahrungen mit Raum und Zeit
(Verlust von Freiraum zugunsten organisierter Freizeit, „Verinselung“ der Lebensräume mit Rückzug in die häusliche Wohnung, etc.)
- Mediennutzung als Alltagsgewohnheit
(Virtuelles Erleben als Sekundärerfahrung, gesellschaftlicher Erwartungsdruck, neue Erfahrungsräume etc.)

Diese veränderten Lebensbedingungen bieten zwar mehr Autonomie, verlangen aber von Eltern und Kindern, das eigene Leben stärker als bisher zu planen. Sie eröffnen Kindern in ihrer Entwicklung neue Chancen, aber auch vermehrte Risiken. In einem förderlichen Umfeld bieten diese Veränderungen mehr Selbständigkeit und Kreativitätschancen zur Lebensbewältigung als in früheren Generationen.

Allerdings bergen diese Freiheiten zusätzliche Belastungen und Risiken für diejenigen Kinder, deren Teilhabechancen und Entfaltungsspielräume durch benachteiligende Lebenslagen eingeschränkt sind.



Armut im Kindes- und Jugendalter

Günter Tempel

Der Armutsbegriff in der Sozialforschung

Während man im alltäglichen Sprachgebrauch mit dem Begriff „Armut“ mehr oder weniger klare Vorstellungen verbindet, tut sich die wissenschaftliche Diskussion schwer mit der Frage, woran sich Armut eigentlich festmachen lässt. Armut ist zunächst eine Frage des Maßstabs. Dabei ist *relative Armut*, die sich am Wohlstandsniveau der Gesellschaft bemisst, zu trennen von *absoluter Armut*, die schlichtweg existenzielle Not bedeutet. Relative Armut verringert gesellschaftliche Teilhabechancen und kann daher ausgrenzend wirken, gefährdet aber nicht das physische Überleben. Obwohl es eine Reihe teilweise konkurrierender Ansätze zur Messung von Armut gibt, sind sich die meisten Experten darüber einig, dass hierzu-lande Armut relativ zum gesellschaftlichen Wohlstand definiert werden muss.

Entwicklung der Armut in Deutschland

Zur Erfassung relativer Armutslagen haben sich in der Sozialforschung zwei zentrale Konzepte durchgesetzt: der *Ressourcenansatz* und der *Lebenslagenansatz*. Der *Ressourcenansatz* betrachtet Personen bzw. Haushalte dann als arm, wenn sie über zuwenig Geldmittel verfügen, um sich eine „normale“ Lebensführung leisten zu können. Das Problem dabei ist die Bestimmung des Einkommensniveaus, unterhalb dessen die Armutsschwelle beginnt. Gängig sind Armutdefinitionen auf der Basis der Einkommensverteilung innerhalb der Gesellschaft. Danach sind Haushalte arm, wenn sie mit einem deutlich unter dem Durchschnitt liegenden Einkommen auskommen müssen. Als deutlich unter dem Durchschnitt liegend gelten Einkommen, die höchstens 50% oder 60% des gesellschaftlichen Durchschnittseinkommens erreichen. Beim *Lebenslagenansatz* hingegen sind ökonomische Verhältnisse ein Aspekt neben anderen. In erster Linie geht es um die Frage, in welchen Lebensbereichen (z.B. Wohnen, Gesundheit, Bildung) Unterversorgung besteht, wobei auch hier zu definieren ist, welche Konstellationen als Unterversorgung gelten sollen.

In den Jahren des Wirtschaftswunders beschränkte sich Armut in Deutschland auf wenige Mitglieder einiger Randgruppen, die trotz der rasant wachsenden Wirtschaft keinen Anschluss an die Gesellschaft fanden. Für sie wurde 1961 das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) verabschiedet. Der Ausbau des Sozialstaates trug zur Verringerung von Armut und sozialer Benachteiligung bei. Zwischen 1962 und 1973 sank in Westdeutschland der Anteil der Armen an der Bevölkerung um rund ein Drittel von 10,6% auf 6,5%.¹⁸

Mit dem sog. ersten Ölchock von 1973, der eine tiefe Wirtschaftskrise auslöste, änderte sich die Situation grundlegend. Die Arbeitslosigkeit begann schubweise zu steigen und erreichte nach jeder weiteren Rezession höhere Sockelwerte. Registriert wurde eine „neue Armut“:¹⁹ Arm waren jetzt nicht mehr ausschließlich die Arbeitsunfähigen, Kranken und Alten, sondern im zunehmenden Maße auch junge und arbeitsfähige Menschen, die auf einen immer enger werdenden Arbeitsmarkt trafen. In den 1980er Jahren endete „*Der kurze Traum immerwährender Prosperität*“.²⁰ Gesellschaftliche Gegensätze begannen sich auszuweiten, und aus der „*nivellierten Mittelstandsgesellschaft*“ der Boom-Jahre wurde die postindustrielle „*Zweidrittelgesellschaft*“, in der unsichere, schlecht bezahlte Arbeitsverhältnisse zunehmen und in der ein Teil der Bevölkerung am Wohlstand nicht mehr partizipiert.

¹⁸ Geißler 2002., S. 249f.

¹⁹ Geißler 1976

²⁰ Lutz 1989



2003 lebten in Deutschland rund 12% der Bevölkerung in relativer Armut und weitere knapp 25% im Bereich des prekären Wohlstands.²¹ Prekärer Wohlstand bezeichnet eine Zone niedriger Einkommen, die zwischen 50% und 75% des gesellschaftlichen Durchschnittseinkommens betragen. Damit ist ein gutes Drittel der Bevölkerung entweder arm oder lebt zumindest in Sichtweite der Armutsgrenze, insofern hat das Schlagwort von der Zweidrittelgesellschaft schon eine gewisse Berechtigung.

Gewandelt hat sich auch die Struktur der Armutsbevölkerung. Zu Beginn der 1960er Jahre waren ältere Menschen und (ältere) Frauen die typischen Armutsgruppen.²² Inzwischen ist das Armutsrisiko von Frauen und Senioren stark gesunken. Ältere Menschen sind nach dem Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung nunmehr deutlich seltener arm als der Durchschnitt der Bevölkerung,²³ und auch die Armutsquote unter den Frauen ist nur noch geringfügig höher als unter den Männern.²⁴ Von Armut besonders bedroht sind jetzt Arbeitslose, ausländische Staatsbürger, alleinerziehende Elternteile und kinderreiche Familien. Die Tatsache, dass Altersarmut zurückgegangen ist und statt dessen immer mehr Kinder in Armut aufwachsen, bezeichnen einige Autoren als „*Infantilisierung der Armut*“. Andere sprechen jedoch lieber von der „*Maternalisierung der Armut*“,²⁵ um auszudrücken, dass Frauen mit Kindern schlechtere Beschäftigungschancen und dadurch ein hohes Armutsrisiko haben.

Kinder in Armut

Seit den 1990er Jahren nimmt in Deutschland die Armut unter Kindern zu. Nach einer UNICEF-Studie lebten 2001 10,2% aller Kinder, das entspricht 1,4 Mio. Kinder, in relativer Armut.²⁶ 1991 betrug die Armutsquote unter Kindern noch 7,6%. Als Armutsgrenze wurde ein Haushaltseinkommen unterhalb von 50% des gesellschaftlichen Durchschnittseinkommens definiert.

Unter Kindern ist Armut verbreiteter als in der übrigen Bevölkerung. So wiesen Haushalte ohne Kinder eine Armutsquote von lediglich 8,8% (2001) auf. Von Armut besonders betroffen sind Kinder in Haushalten mit einem nicht-deutschen Haushaltsvorstand, hier lag 2001 die Kinderarmutsquote bei 15%. Vor allem aber in Haushalten mit einem alleinerziehenden Elternteil kommt Armut vor. 2001 betrug die Armutsrate in diesem Haushaltstyp 38%. Kinder bilden also keine eigenständige Armutsgruppe, in Kinderarmut spiegelt sich vielmehr das Armutsrisiko bestimmter Haushaltstypen wider.²⁷

Die wachsende Armut unter Kindern und Jugendlichen zeigt sich auch im Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt.²⁸ Zwischen 1991 und 2001 wuchs in Deutschland die Zahl der minderjährigen Sozialhilfeempfänger (außerhalb von Einrichtungen) um 33,5% von knapp 750 Tsd. auf fast 1 Million. Dieser Anstieg lag etwas über dem Zuwachs an Sozialhilfeempfängern insgesamt (+32,6%). Mehr als jeder dritte Sozialhilfeempfänger, nämlich 36,9 %, war unter 18 Jahre alt. Die Sozialhilfequote – das ist der Anteil der Sozialhilfebezieher an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe – war unter Minderjährigen mit 6,5% (2001) beinahe doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt (3,3%).

Familien und Kinder erhielten deutlich länger Hilfe zum Lebensunterhalt als andere Gruppen.²⁹ Vor allem bei Kindern unter drei Jahren und bei Kindern von alleinerziehenden Eltern lag die Dauer des Sozialhilfebezugs weit über dem Durchschnitt. Etwa ein Drittel dieser Kinder waren Langzeitbezieher, d.h. sie erhielten fünf Jahre und länger Sozialhilfe. Betrachtet man alle Kinder die Sozialhilfe erhielten, lag der Anteil der Langzeitbezieher mit gut einem Viertel deutlich niedriger.

²¹ Statistisches Bundesamt (Hg.) 2005, S. 629

²² Hradil 2001, Geißler 2002

²³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005)

²⁴ Hradil 2001

²⁵ Beisenherz 2002, S. 35 (Fußnote 46), S. 53ff und S. 74

²⁶ Corak / Fertig / Tamm 2005

²⁷ Beisenherz 2002

²⁸ Statistisches Bundesamt 2003

²⁹ Buhr 2001



Kinderarmut in Bremen

2004 (Stichtag 31.12.) lag die Sozialhilfequote in der Stadt Bremen bei 8,3%.³⁰ Unter Kindern und Jugendlichen war diese Quote mit 19,7% fast zweieinhalb mal höher. Insgesamt 45.334 Personen erhielten Sozialhilfe, davon waren 17.187 unter 18 Jahre alt. Damit waren auch in der Stadt Bremen über ein Drittel der Hilfebezieher, nämlich 37,9%, minderjährig. Der Anteil der unter 18jährigen an der Bremer Bevölkerung betrug lediglich 16%. Im April 2006 bezogen in der Stadt Bremen fast 21.000 Kinder unter 15 Jahren Sozialgeld nach SGB II, das sind knapp 30% aller Kinder in dieser Altersgruppe.³¹ Diese Zahlen machen noch einmal deutlich, dass Armutslagen bei Kindern und Jugendlichen überdurchschnittlich häufig auftreten.

Ursachen von Kinderarmut

Eine wichtige Ursache von Kinderarmut sind die schlechten Chancen von Müttern auf dem Arbeitsmarkt.³² Mittlerweile reicht ein Durchschnittseinkommen für die Versorgung von Haushalten, in denen mehr als eine Person lebt, kaum mehr aus. Fällt ein Einkommen – in der Regel das der Mütter – weg, kann der Haushalt in die Nähe der Armutsgrenze geraten oder sogar darunter rutschen. Im besonderen Maße gilt dies für alleinerziehende Elternteile, die, wenn überhaupt, häufig nur niedrige Einkünfte aus Erwerbsarbeit erzielen. Kinderarmut kann man im wesentlichen durch das Zusammenwirken von drei Faktoren erklären, die nur Frauen betreffen: Durch die geringeren Löhne von Frauen, durch die schlechteren Beschäftigungschancen von Müttern sowie durch Möglichkeiten von Vätern, sich der Zahlung von Unterhalt zu entziehen.

Kinderarmut lässt sich aber auch deuten vor dem Hintergrund fortschreitender Globalisierung, die für eine Reihe von Familien auf den Verlust von Sicherheiten hinausläuft.³³ Das sozial abgesicherte „Normalarbeitsverhältnis“ wird zugunsten prekärer Beschäftigungen ausgehöhlt, Forderungen nach Flexibilität und Mobilität verstärken den Zerfall der „Normalfamilie“, und die Erosion des Wohlfahrtsstaates verschlechtert die Lebensbedingungen vieler Familien.

Keinen überzeugenden Beleg gibt es dagegen für die populäre These, dass Kinder, genauer gesagt die Kosten der Kinder, die Ursache von Armut sind. Zwar lässt sich sagen, dass Arme durch Kinder noch ärmer werden, aber Kinder machen nicht per se arm.³⁴ Gut verdienende Elternpaare können ihre Konsumausgaben ohne Probleme umschichten. Gerade in Haushalten mit hohem Einkommen leben relativ oft drei und mehr Kinder, allerdings haben auch arme Familien häufig viele Kinder. Ein Grund für die hohe Zahl von Kindern in armen Haushalten kann sein, dass Kinder höhere Sozialleistungen und damit zusätzliches Einkommen bedeuten. Insofern rentiert sich eine hohe Kinderzahl, wenn die *Kinder „mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und ihrem Konsum ‚klein‘ gehalten werden.“*³⁵ Das Bestreben der Sozialpolitik, Kinderkosten zumindest teilweise auszugleichen, kann also paradoxerweise dazu beitragen, die Kinderarmutsquote zu erhöhen.

³⁰ Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2005), S. 94, Tabelle 2.1/2004

³¹ Nach einem internen Papier des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendhilfe e.V. (BIAJ) 2006

³² Beisenherz 2002

³³ Butterwegge / Klundt / Zeng 2005, S. 57ff

³⁴ Beisenherz 2002

³⁵ Beisenherz schreibt dazu: „Die alte vorindustrielle Einstellung zu Kindern als Einkommensquelle – sei es durch Arbeit oder Verkauf – kehrt dann in pervertierter Form zurück.“ (Beisenherz 2002, S. 105)



Soziale Folgen von Kinderarmut

Ob Armutserfahrungen in der Kindheit dauerhaft benachteiligen oder nicht hängt von vielen Dingen ab. Ein entscheidender Faktor dürfte der Umgang mit Armutslagen im Elternhaus sein.³⁶ Die Wirkung der Dauer von Armut ist hingegen schwer einschätzbar. Während auf der einen Seite selbst lange Armutperioden nicht zwangsläufig tiefe Spuren hinterlassen, können auf der anderen Seite bereits kurze und vorübergehende Armutphasen nachhaltig belastend sein.³⁷ Einige Armutforscher gehen davon aus, dass Armut in der Kindheit Armut im Erwachsenenalter bedingt. Armut werde somit intergenerationell weitergegeben, also gewissermaßen „vererbt“. Diese Annahme beruht auf der These von der „*Kultur der Armut*“. Danach führen benachteiligende Sozialisationsbedingungen und die Übernahme bestimmter Einstellungen und Verhaltensmuster von den Eltern zu „*erlernter Hilflosigkeit*“, die eine dauerhafte Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen wahrscheinlich macht. Systematisch wurde diese These bislang nur in den USA untersucht. Nach den Ergebnissen verschiedener Studien haben junge Erwachsene, die in ihrer Kindheit Sozialhilfe bezogen, tatsächlich ein höheres Armut- und Sozialhilferisiko als junge Erwachsene ohne Armutserfahrungen.

Gut dokumentiert sind die unmittelbaren Auswirkungen von Armutslagen auf Kinder. So birgt ein geringer Lebensstandard die Gefahr sozialer Ausgrenzung. Auch wenn die Grundversorgung halbwegs gesichert ist, fehlen Kindern und Jugendlichen aus armen Haushalten häufig die finanziellen Möglichkeiten zum Erwerb von sog. „*life style*“-Produkten, die in der „*peer group*“ große Statusbedeutung haben.³⁸ Berichtet wird auch über die negativen Folgen häufiger Wohnungswechsel, die durch Mietschulden und offene Rechnungen bei den Versorgungsunternehmen erzwungen werden. Durch ständige Umzüge brechen Sozialkontakte ab, oftmals führt der Umzug in Wohngebieten mit mangelhafter Infrastruktur und schlechtem Ruf. Offenkundig ist die Benachteiligung von Kindern aus sozialen Unterschichten im Bildungswesen.³⁹ Zusätzliche Aufwendungen, z.B. für einen Schulausflug, können von armen Haushalten kaum getragen werden. Kinder aus Haushalten, deren Einkommen gerade über der Armutsgrenze liegt, haben schlechte Aussichten, ein Gymnasium zu besuchen.⁴⁰

Nach den Ergebnissen der jüngsten PISA-Studie (**P**rogramme for **I**nternational **S**tudent **A**ssessment) ist die relative Chance, ein Gymnasium zu besuchen, bei Jugendlichen (i.e. Fünfzehnjährigen) aus statushohen Bevölkerungsgruppen um ein Vielfaches höher als bei Jugendlichen aus statusniedrigen Gruppen. Etwas abgeschwächt zeigt sich dieses Gefälle sogar auch, wenn die kognitiven Fähigkeiten vergleichbar sind. Niedriger sozialer Status ist ebenfalls die wesentliche Erklärung dafür, dass Jugendliche aus Migrantenhaushalten höhere Schulen kaum besuchen.

³⁶ Beisenherz 2002, S. 76

³⁷ Buhr 2001

³⁸ Beisenherz 2002, S. 76f

³⁹ Beisenherz 2002, S. 81ff, Butterwegge / Klundt/ Zeng 2005, S. 140ff

⁴⁰ Beisenherz (2002), S. 82



Kinderarmut und Gesundheit

Kinder, die unter Armutbedingungen aufwachsen, haben vergleichsweise hohe Gesundheitsrisiken.⁴¹ Berichtet werden:

- eine höhere Morbidität und eine Häufung gesundheitlicher Risikofaktoren, vor allem Übergewicht,
- eine vergleichsweise geringe Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und relativ niedrige Durchimpfungsraten,⁴²
- motorische Schwächen, Verhaltensauffälligkeiten und Defizite in der Sprachentwicklung bei der Schuleingangsuntersuchung,
- ein wesentlich häufigeres Vorkommen tödlicher Unfälle,⁴³
- und eine relativ hohe Säuglingssterblichkeit.⁴⁴

So sterben in den Hochhaussiedlungen am Rand der Stadt Bremen, die sich schon seit längerem zu sozialen Brennpunkten entwickelt haben, von 1.000 lebend geborenen Kindern fast 11 im ersten Lebensjahr. In den privilegierten (bürgerlichen) Vierteln Bremens ist die Säuglingssterblichkeit nicht einmal halb so hoch, dort liegt sie bei 4,5 pro 1.000 lebend Geborenen.⁴⁵

Ein markantes Indiz für die physiologischen Folgen dauerhafter Wohlstandsunterschiede sind die abweichenden Körpergrößen gleichaltriger Kinder unterschiedlicher sozialer Herkunft. Es ist bekannt, dass die Statur mit der Schichtzugehörigkeit variiert: Je höher der soziale Status, desto höher die mittlere Körpergröße. Diese Differenz wird zum einen zurückgeführt auf Unterschiede in den Lebensverhältnissen, und zwar hauptsächlich auf die unterschiedliche Qualität der Ernährung im Kinder- und Jugendalter.⁴⁶ Mittlerweile hat sich in der wirtschaftshistorischen Forschung das Merkmal „Körpergröße“ als Wohlstandsindikator etabliert, und auch in der Soziologie wird die Eignung dieser anthropometrischen Variablen zur Messung von Unterschieden im Lebensstandard zunehmend diskutiert. Daneben gibt es aber auch Hinweise darauf, dass chronische Stresserfahrungen in der frühen Kindheit physiologische Veränderungen hervorrufen, die in Richtung einer geringeren Körpergröße im Erwachsenenalter wirken.⁴⁷

Der Effekt ungleicher Lebensverhältnisse auf die mittlere Körpergröße zeigt sich bereits bei der Schuleingangsuntersuchung. Jungen aus den privilegierten Wohngebieten sind im Durchschnitt etwa einen Zentimeter größer als ihre Altersgenossen aus sozialen Problemvierteln. Bei den Mädchen gibt es diese Unterschiede ebenso, sie sind aber schwächer ausgeprägt. Da die Körpergröße als Wohlstandsindikator nur innerhalb eines Kulturkreises bzw. einer ethnischen Gruppe sinnvoll interpretierbar ist,⁴⁸ beschränkt sich der Vergleich auf in Deutschland geborene Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit (Anhang: Tabelle 4).

⁴¹ Butterwegge / Klundt / Zeng 2005, S. 137ff, Klocke 2001, Altgeld / Hofrichter 2000, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998

⁴² Zimmermann 2000b

⁴³ Zimmermann 2000a

⁴⁴ Butterwegge / Klundt / Zeng 2005, S. 137

⁴⁵ Tempel 2006

⁴⁶ Kriwy / Komlos / Bauer 2003

⁴⁷ Wilkinson 2001, S. 241ff

⁴⁸ Kriwy / Komlos / Bauer 2003, S.552



Auf einen Blick

- In Deutschland haben Armutslagen zugenommen, verändert hat sich auch die Struktur der Armutsbevölkerung.
 - 2003 lebten etwa 12% der Bevölkerung in Deutschland in relativer Armut und knapp 25% im Bereich des sog. prekären Wohlstandes.
 - Von Armut bedroht sind vor allem Arbeitslose, ausländische Staatsbürger, Alleinerziehende und kinderreiche Familien. Im Gegensatz zu früher haben ältere Menschen ein geringes Armutsrisiko.
- Die Armutsquote unter Kindern ist deutlich gestiegen:
 - 2001 lebten in Deutschland 10,2% aller Kinder (1,4 Mio.) in relativer Armut. 1991 betrug die Armutsquote unter Kindern noch 7,6%.
 - 2001 war die Sozialhilfequote unter Minderjährigen fast doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt (6,5% vs. 3,3%).
 - 36,9% der Sozialhilfeempfänger waren unter 18 Jahre alt.
 - In Kinderarmut spiegelt sich das Armutsrisiko bestimmter Haushaltstypen wider.
- 2004 lag die Sozialhilfequote unter Kindern und Jugendlichen in der Stadt Bremen bei 19,7%. Im Jahr 2006 beziehen fast 30% der Bremer Kinder unter 15 Jahren Sozialgeld nach SGB II (April 2006).
- Zu den Hauptursachen von Kinderarmut gehören die schlechten Beschäftigungschancen von Müttern sowie die wachsende Zahl prekärer Arbeitsverhältnisse
- Kinderarmut führt zu sozialer Benachteiligung (Ausgrenzung, geringere Bildungschancen). Kinder, die in benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, weisen höhere Gesundheitsrisiken auf.



Start in die Schule - gleiche Chancen für alle?

Elisabeth Horstkotte

Kinder und Jugendliche müssen in ihrer Biografie viele Entwicklungsschritte und Umbrüche bewältigen. Kinder können diese Umbrüche um so besser bewältigen, je mehr Spielraum ihnen zur eigenständigen Entwicklung und damit Teilhabe- und Teilnahmechancen zur Verfügung stehen. Für diese eigenständige Entwicklung sind, neben der Einkommenssituation der Eltern, soziale und kulturelle Ressourcen der Familie entscheidend.

Nach dem Modell der Lebenslagendimensionen entscheiden folgende Bereiche *kindesbezogener Lebensbedingungen* über ein Aufwachsen im Wohlergehen oder in Benachteiligung:⁴⁹

- Materielle* Dimension (Grundversorgung des Kindes)
- Soziale* Dimension (soziale Kontakte, soziales Verhalten und Kompetenzen)
- Kulturelle* Dimension (Sprache, Bildung, Basiskompetenzen, Lernmöglichkeiten)
- Psychische /physische* Dimension (Gesundheitszustand, körperliche Entwicklung)

Soziokulturelle und gesundheitliche Ressourcen können Risiken, die durch Armut entstehen, vermindern. Allerdings gilt nicht nur die materielle Armut allein als Risiko für ein Aufwachsen in Benachteiligung. Das Aufwachsen in Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil, in Familien mit Migrationshintergrund oder in Familien mit mehr als drei Kindern zählt ebenfalls zu den zentralen Risikofaktoren.⁵⁰ Die Tatsache des Migrationshintergrundes an sich muss nicht grundsätzlich als Risikofaktor bewertet werden. Hier muss der Status im Heimatland und der Anlass der Immigration genauer betrachtet werden. Kommen aber Faktoren wie z.B. ein ungeklärter Aufenthaltsstatus, Leben im sozialen Brennpunkt durch örtliche Zuweisung von Behörden wegen niedriger Mietpreise, Kommunikationsprobleme (sprachlich, kulturell) und Diskriminierungserfahrungen hinzu, so müssen diese migrationsspezifischen Probleme, insbesondere in ihrer Anhäufung, als zentraler Risikofaktor bewertet werden. Auch der Status des Alleinerziehens oder das Leben mit mehr als drei Kindern wirkt in der Regel erst dann als Risikofaktor, wenn materielle Armut, Arbeitslosigkeit, benachteiligender Wohn- und Lebensraum und/oder mangelnde Teilhabechance am sozialen Leben hinzu kommen. Eine Kumulation oben genannter verschiedener Risiken verstärkt die Gefahr, in einer dauerhaft benachteiligenden Lebenslage aufzuwachsen.

An dieser Stelle sollen einige ausgewählte Daten von Schulanfängern diskutiert werden, die Risiken beim Start in die Schule durch das Aufwachsen in benachteiligenden Lebenslagen widerspiegeln. Anhand der Daten aus der Schuleingangsuntersuchung 2001 des Schulärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Bremen werden Untersuchungsbefunde den oben beschriebenen kindlichen Lebenslagendimensionen zugeordnet.

Daten über das Präventionsverhalten (Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen) sowie Übergewicht zeigen Versorgungsbereiche der *gesundheitlichen Lebenslage* auf. Daten zu den Basiskompetenzen Sprache, Motorik und Sozialverhalten, die für einen erfolgreichen Schulbesuch Voraussetzung sind, werden den *sozialen* und *kulturellen Lebenslagendimensionen* zugeordnet. Hierunter fallen ebenfalls Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund. Ausreichende Deutschkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache bilden die Grundlage für Kommunikation und soziale Integration im Aufnahmeland und sind eine notwendige Vorbedingung für einen erfolgreichen Bildungserwerb.

⁴⁹ Holz 2003

⁵⁰ Holz 2003



Methode

Die Daten entstammen als Prozessdaten der Schuleingangsuntersuchung 2001 in Bremen, einer flächendeckenden, lt. Schulgesetz verpflichtenden Untersuchung eines Schülerjahrgangs vor Eintritt in die Schule. Der Schulärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Bremen dokumentiert neben somatischen und für den zukünftigen Schulbesuch gesundheitsrelevanten Daten u. a. Nationalität, Geburtsort und deutsche Sprachkenntnisse. Mit Hilfe dieser Angaben wurde der Begriff Migrationshintergrund auf Kinder aus Familien anderer Nationalität auch in der dritten Generation, auf Kinder aus Aussiedlerfamilien oder auf eingebürgerte Kindern erweitert. In der Migrationsforschung werden Migranten als Zuwanderer bezeichnet, die aus dem Ausland stammen und in ein Zielland einreisen, um dort für eine bestimmte Zeit oder dauerhaft zu bleiben. Hierunter fallen überwiegend Arbeitsmigranten und nachziehende Familien, Flüchtlinge bzw. Asylsuchende, deutschstämmige und jüdische Einwanderer aus Osteuropa.⁵¹ Ausgewählte Sozialdaten (Kindertagesheim-Besuch und Erziehungsstatus) wurden auf freiwilliger Basis mit Hilfe eines Elternfragebogens (Rücklauf von 99%) erhoben.

Die Zuordnung zum sozialräumlichen Status der Kinder und deren Familien wurde über eine sozialökologische Analyse hergestellt, in der geografische (Wohn-)Räume, deren Bewohner ähnliche soziostrukturelle Merkmale aufwiesen, miteinander verglichen wurden. Sozialökologische Analysen können eine räumliche Ungleichverteilung von Bevölkerungsgruppen innerhalb eines Stadtgebietes und den damit verbundenen kollektiven Lebensbedingungen erfassen.⁵²

Der Wohnort der Kinder wurde einer Rangfolge der bremischen Ortsteile nach dem Benachteiligungsindex aus dem Jahr 2003 des Bremer Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit Jugend und Soziales zugeordnet. Für die Analyse wurden die Ortsteile innerhalb der Rangfolge in fünf gleich große Gruppen (Quintile) unterteilt. Das 1. Quintil (privilegiert) und das 5. Quintil (benachteiligt) bilden hier jeweils die Pole für die soziale Rangskala. Zur Darstellung der sozialen Polarisierung wurde in der Auswertung das 1. und 2. Quintil zu einer Gruppe „privilegiert“ zusammengefasst, die Gruppe „benachteiligt“ bezeichnet das 5. Quintil. Im Folgenden werden die sozialräumlichen Zuordnungen „privilegiert“ und „benachteiligt“ gegenübergestellt (Anhang, Abb. 13).

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung 2001 (sowie der Schuleingangsuntersuchungen 1998 bis 2005 für die Trendberechnungen) wurden durch die Mitarbeiter/innen des Schulärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes erhoben. 4704 Datensätze konnten in die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung 2001 einbezogen werden.

Ausgewählte Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen in Bremen

Wie verteilen sich Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil, Familien mit beiden Elternteilen sowie Familien mit Migrationshintergrund auf privilegierte und benachteiligte Wohnviertel?

20% aller Kinder lebten mit einem alleinerziehenden Elternteil (*Alleinerziehende*).

26% aller Kinder lebten in Familien mit *Migrationshintergrund*.

26% aller Kinder lebten in „benachteiligten“ Wohnvierteln.

32% aller Kinder lebten in „privilegierten“ Wohnvierteln.

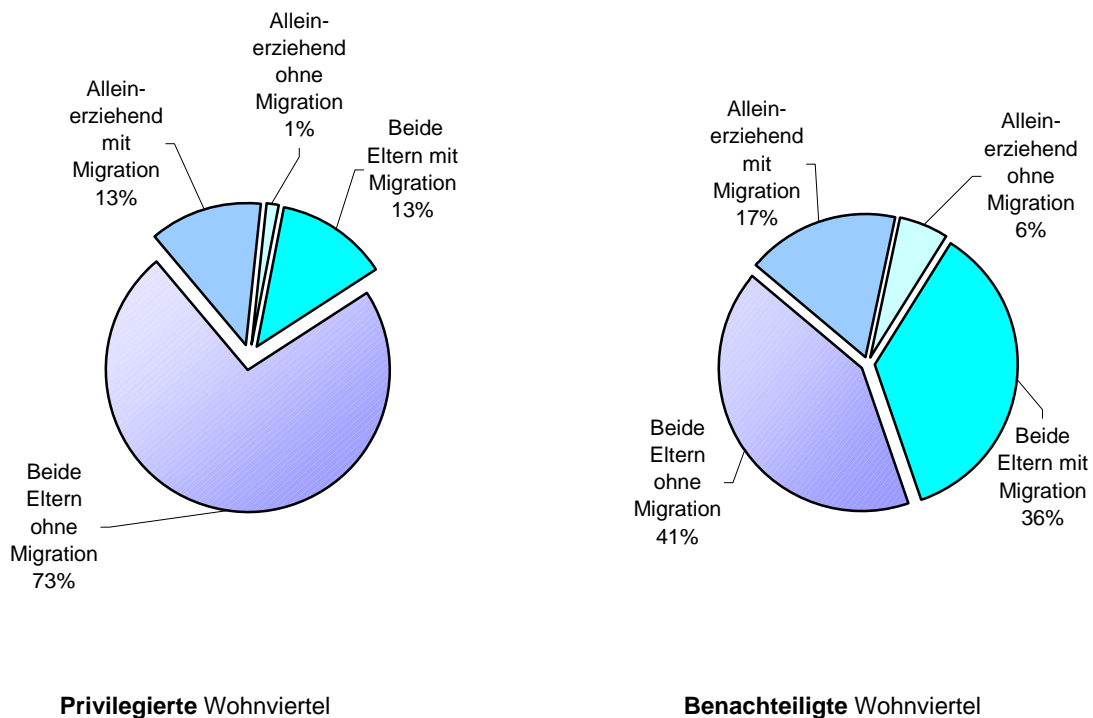
In den privilegierten Wohnvierteln lag der Anteil der Kinder aus Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil und aus Familien mit Migrationshintergrund deutlich niedriger als in den benachteiligten Wohnvierteln. 86% der Kinder aus privilegierten Wohnvierteln lebten mit beiden Elternteilen zusammen, nur jedes 7. dieser Kinder wies einen Migrationshintergrund auf bzw. lebte bei einem alleinerziehenden Elternteil. In benachteiligten Wohnvierteln lebten zwar immerhin noch 77% der Kinder mit beiden Elternteilen zusammen, allerdings wiesen hier 42% der Familien einen Migrationshintergrund auf, nahezu jedes 4. Kind lebte mit einem alleinerziehenden Elternteil. (Abbildung 1)

⁵¹ Tempel, Mohammadzadeh 2004

⁵² Tempel 1990 und 2006; Tempel / Witzko 1994



Abbildung 1: Anteil der Familien mit einem alleinerziehenden bzw. mit beiden Elternteilen aus privilegierten/ benachteiligten Wohnvierteln nach Migrationshintergrund



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2001, Gesundheitsamt Bremen

Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage - Prävention von (vermeidbaren) Erkrankungen

Die Inanspruchnahme der kindlichen Früherkennungsuntersuchungen (U2 bis U9) und die Teilnahme an den gesetzlich empfohlenen Impfungen für Kinder ist u.a. ein Indikator für das Gesundheitsbewusstsein ihrer Eltern. Allerdings kann auch bei gesundheitsbewusster Lebensweise der Zugang zum hiesigen Gesundheitssystem für Eltern mit Migrationshintergrund durch Sprachbarrieren, Informationsdefizite über Angebote des hiesigen Gesundheitssystems oder durch aufenthaltsrechtliche Beschränkungen erschwert sein.

Signifikant seltener nahmen Eltern mit Migrationshintergrund*, aus benachteiligten Wohnvierteln (im Weiteren „Benachteiligte“ genannt) oder alleinerziehende Elternteile kindliche Früherkennungsuntersuchungen bzw. Impfungen wahr**.

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein vor 35 Jahren entwickeltes mehrteiliges Vorsorgeprogramm. Hierdurch sollen frühzeitig wesentliche Erkrankungen in Form eines Screenings aufgedeckt und Therapiemöglichkeiten möglichst zeitig eingesetzt werden (sekundäre Prävention). Jedes Kind hat einen rechtlichen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen. Die Teilnahme an diesen Untersuchungen ist bisher freiwillig. Allerdings werden in diesem Programm bisher weder „neue Erkrankungen“ (z.B. Entwicklungs- und Verhaltensstörungen), noch vorbeugende Maßnahmen (primäre Prävention) ausreichend berücksichtigt. Eine Reform dieses Vorsorgeprogramms wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss 2004 beschlossen. Neben Dokumentation, Evaluation und Qualitäts-

* Die Auswertung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen bei Kindern mit Migrationshintergrund berücksichtigt nur Kinder mit Geburtsort in Deutschland, da die Eltern dieser Kinder i. d. R. zumindest theoretisch uneingeschränkter Zugang zum deutschen Gesundheits- und Vorsorgesystem mit gesetzlichem Anspruch auf Schutzimpfungen und Früherkennungsuntersuchungen für ihre Kinder hatten.

** Die Auswertung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen konnte nur bei Kindern berücksichtigt werden, deren Untersuchungsheft bzw. Impfpass vorlag.



sicherung sollten aus pädiatrischer Sicht sowohl Untersuchungsintervalle als auch Maßnahmen der primären Prävention den heutigen Anforderungen angepasst werden.

Es ist hinlänglich bekannt, dass die Früherkennungsuntersuchungen (U2 bis U6) im ersten Lebensjahr eine hohe Akzeptanz erfahren, jedoch ab dem 2. bis zum 6. Lebensjahr (U7 – U9) kontinuierlich weniger in Anspruch genommen werden. Im Rahmen der wichtigen U8 und U9 im 4. und 6. Lebensjahr können Entwicklungsstörungen z.B. von Sprache oder Motorik noch rechtzeitig vor Schulbeginn ausgeglichen oder zumindest gemindert werden. Geschieht dieses nicht, sind Kinder schon bei Schuleintritt benachteiligt. Insbesondere die Inanspruchnahme der U8 und der U9 weist in einzelnen Bevölkerungsschichten noch große Lücken auf, z.B. bei Familien mit Migrationshintergrund oder in benachteiligten Lebenslagen.

Schutzimpfungen erzeugen Immunität, schützen vor Infektionskrankheiten und zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Neben dem Schutz des Einzelnen wird durch Impfungen ein kollektiver Schutz der Bevölkerung angestrebt. Bei hohen Durchimpfungsraten können somit Krankheitserreger regional eliminiert werden (Herdimunität). Schutzimpfungen werden auf der Grundlage der Beschlüsse der **Ständigen Impfkommmission (STIKO)** am Robert-Koch-Institut von den Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlen und über die Krankenkassen abgerechnet. Eine Grundimmunisierung gegen die häufigsten Infektionskrankheiten ist in den ersten zwei Lebensjahren vorgesehen. Die Teilnahme an den Impfungen ist freiwillig. Als Gesundheitsziel strebt die World-Health-Organisation (WHO) eine Steigerung der Durchimpfungsraten gegen Masern auf über 95% bis 2007 in Europa an, damit bis zum Jahr 2010 die einheimischen Masern ausgerottet werden können.⁵³ Diphtherie-Erkrankungen in den GUS-Staaten sowie immer wieder auftretende größere Masernausbrüche in einzelnen Bundesländern, zuletzt 2006 in Nordrhein-Westfalen, zeigen die Notwendigkeit eines hohen Impfschutzes in der Bevölkerung auf. Bei einer ausreichend hohen Durchimpfungsrate von etwa 80% für Diphtherie und 92% - 95% bei Masern kann eine Herdimunität erreicht bzw. können die Krankheitserreger für diese Erkrankungen eliminiert werden. Zur Bewertung des Immunstatus unterschiedlicher Risikogruppen wird der dokumentierte Diphtherie- und Masernimpfstatus der Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2001 exemplarisch vorgestellt.

Die im Weiteren beschriebene Inanspruchnahme von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen beruhen auf der Auswertung der vorgelegten Untersuchungshefte und Impfpässe. Etwa vier Fünftel der Eltern legten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung das Untersuchungsheft bzw. den Impfpass vor. Bei den knapp 20% der Eltern, die kein Früherkennungsuntersuchungsheft oder Impfpass vorgelegt hatten, muss davon ausgegangen werden, dass Früherkennungsuntersuchungen bzw. Impfungen überwiegend lückenhaft wahrgenommen wurden. Eltern mit Migrationshintergrund, aus Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil oder aus benachteiligten Wohnvierteln legten teilweise signifikant seltener das Untersuchungsheft oder den Impfpass vor als Eltern ohne Migrationshintergrund, aus Familien mit beiden Elternteilen und aus privilegierten Wohnvierteln (im Weiteren „privilegiert“ genannt).

Früherkennungsuntersuchungen

Die Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 werden wegen ihrer Bedeutsamkeit für die Erfassung von motorischen, sprachlichen oder psychosozialen Entwicklungsverzögerungen hier eingehender betrachtet. Die Dokumentation der o.g. Früherkennungsuntersuchungen wies eine Teilnehmerate von 87% aller Kinder an der U8 und von 80% aller Kinder an der U9 auf (Anhang: Tabelle 5).

Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, mit einem alleinerziehenden Elternteil oder aus benachteiligten Wohnvierteln hatten signifikant seltener an den Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 teilgenommen.

⁵³ Reiter 2004



Nur 71% der Kinder mit einem alleinerziehenden Elternteil bzw. der Kinder aus benachteiligten Wohnvierteln hatten an der U9 teilgenommen, gegenüber 82% der Kinder aus Zweielternfamilien bzw. aus privilegierten Wohnvierteln.

Weniger als zwei Drittel der Kinder mit einem alleinerziehenden Elternteil in benachteiligten Wohnvierteln und der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund hatten an der Früherkennungsuntersuchung U9 teilgenommen.

Impfungen

Die Dokumentation des Impfstatus für *Diphtherie* und *Masern* zeigt ein anderes Bild. Als vollständige Grundimmunisierung wurde für die Altersgruppe der zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 2001 etwa 6-jährigen Kinder entsprechend der 1998 gültigen STIKO-Empfehlungen eine mindestens 3-malige Impfung gegen Diphtherie bzw. eine einmalige Impfung gegen Masern gefordert.

In den untersuchten Sozialgruppen schwankte die Grundimmunisierungsrate für Diphtherie zwischen 97% und 99%. Diese hohe Immunisierungsrate bedeutet für den kollektiven Schutz der Bevölkerung eine Herdimmunität für Diphtherie. (Anhang: Tabelle 6)

Bei der Immunisierung gegen Masern bestanden jedoch noch erhebliche Lücken. Sowohl in den Sozialgruppen mit erhöhten Risiken als auch in den Sozialgruppen ohne erhöhte Risiken ist das Ziel der Herdimmunität noch lange nicht erreicht. Signifikante Unterschiede zeigten sich bei Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil und bei Familien mit beiden Elternteilen (82% vs. 87%). Im Gegensatz dazu wiesen Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund einen höheren Immunisierungsstatus auf als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund (90% vs. 85%). Der hohe Anteil der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, die eine Masernimpfung erhalten hatten, könnte darin begründet liegen, dass die international empfohlenen Basisimpfungen den Eltern mit Migrationshintergrund aus ihrem Heimatland bekannt sind. Andererseits könnte sich hinter den 15% Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund, die keine Masernimpfung erhalten hatten, derjenige Anteil verstecken, der aus weltanschaulichen Gründen eine Masernimpfung ablehnt. Der Schulärztliche Dienst des Gesundheitsamtes in Bremen bemüht sich seit vielen Jahren erfolgreich, Impflücken durch ein regelmäßiges Angebot einer kombinierten Masern-Mumps-Rötelnimpfung in den 5. Klassen zu schließen.⁵⁴

Übergewicht

Die Zahl übergewichtiger Kinder ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Diese Entwicklung ist Besorgnis erregend: Zum einen werden aus übergewichtigen Kindern und Jugendlichen häufig übergewichtige Erwachsene. Zum anderen können bereits im Kindes- und Jugendalter Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Arteriosklerose und Diabetes mellitus auftreten. Das Risiko für Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter steigt an.

Bei übergewichtigen Kindern stehen in erster Linie die psychosozialen und nicht die gesundheitlichen Folgen des Übergewichtes im Vordergrund. Sie werden häufig gehänselt und ausgegrenzt, was zu sozialer Isolation und geringem Selbstwertgefühl führen kann.

Es existiert nicht nur eine einzige Ursache für Übergewicht. Von den oftmals vielschichtigen Ursachen treten lediglich einige gehäuft auf. Dazu gehört bei Kindern und Jugendlichen im Wesentlichen die ständige Verfügbarkeit von Nahrung sowie mangelnde Bewegung. Chronischer Bewegungsmangel, stundenlanges Sitzen vor dem Computer und ein Übermaß an TV-Konsum können zu Übergewicht führen. Hinzu kommen falsche Essgewohnheiten und ein mangelndes Bewusstsein für gesunde und nahrhafte Nahrung. Auch unzureichende Kenntnisse über Qualität und gesunde Zubereitungsmöglichkeiten von Nahrung sowie Einflüsse durch die Werbung können ursächlich für Übergewicht verantwortlich sein. Essen kann Langeweile verdrängen sowie Stress und Angst reduzieren. Ungünstiges Essverhalten kann aber auch Ausdruck dafür sein, dass der Umgang mit der Ernährung in der Familie nicht

⁵⁴ Zimmermann 2000b



stimmt. Häufig sind Kinder betroffen, die übergewichtige Eltern haben, ebenso Kinder von beruflich stark geforderten Eltern oder sozial benachteiligten Familien. Ein enges Korrelat zwischen dem Bildungsniveau der Eltern und Übergewicht ist bekannt. Knapp 10% aller Schulanfänger waren (gemessen an der Definition von Übergewicht nach Kromeyer-Hauschild) übergewichtig⁵⁵.

Mit 12,0% bzw. 11,8% lag der Anteil übergewichtiger Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und aus Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil deutlich über dem Anteil aus Familien ohne Migrationshintergrund oder Familien mit beiden Elternteilen. Auch bei Kindern aus benachteiligten Familien fand sich eine höhere Übergewichtsrate als bei Kindern aus privilegierten Familien.

Geschlechtsunterschiede zu Lasten der Jungen konnte bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund (13,8% vs. 10,1% der Mädchen), bei Kindern aus benachteiligten Familien (10,7% vs. 8,7% der Mädchen) und bei Kindern aus Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil in benachteiligten Wohnvierteln (13,7% vs. 11,4% der Mädchen) beobachtet werden. (Tabelle 1)

Tabelle 1:

Übergewicht bei Schulanfängern (BMI >P90 nach Kromeyer-Hauschild) (n=47024, korrigiert n=4679)			
Alle			9,3%
Mädchen			8,7%
Jungen			9,9%
		<i>Migrationshintergrund</i>	<i>kein Migrationshintergrund</i>
Alle		12,0%*	8,4%
Mädchen		10,1%	8,3%
Jungen		13,8%*	8,6%
(n=2742)	<i>Benachteiligt</i>		<i>Privilegiert</i>
Alle		9,7%	8,1%
Mädchen		8,7%	7,9%
Jungen		10,7%	8,4%
(n=4637)	<i>Alleinerziehend</i>		<i>Beide Erziehen</i>
Alle		11,8%*	8,7%
Mädchen		11,6%*	7,9%
Jungen		12,0%	9,4%
(n=914)	<i>Alleinerziehend + Benachteiligt</i>		<i>Alleinerziehend + Privilegiert</i>
Alle		12,5%	10,3%
Mädchen		11,4%	10,3%
Jungen		13,7%	11,0%

* Signifikanzniveau: p<0.05

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2001, Gesundheitsamt Bremen

Die Datenlage erlaubte es, die Gruppe der Kinder mit türkischer Nationalität, etwa ein Drittel der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, getrennt auszuwerten. Hier lag der Anteil übergewichtiger Kinder, insbesondere der Jungen, über dem der übrigen Kinder mit Migrationshintergrund. Kulturelle Vorstellungen könnten hierfür verantwortlich sein. Bis in die heutigen Tage findet sich Übergewicht vorwiegend in der türkischen Mittel- und Oberschicht und symbolisiert u.a. den Wohlstand der Familie. Für einen großen Teil der Bevölkerung in der Türkei ist Übergewicht kulturell positiv besetzt und wird nicht als langfristiges Gesundheitsrisiko angesehen. Stärker als in deutschen Familien bestimmen Mütter in türkischen Familien, wie sich die ganze Familie ernährt. Ein „molliges“ Kind wird nicht unbedingt als „übergewichtig“ angesehen.

⁵⁵ Kromeyer-Hauschild u.a. 2001



Es würde die Ehre einer Mutter sehr treffen, wenn gesagt würde „Du ernährst Dein Kind nicht gut“. Hier ist der gesellschaftliche Druck insbesondere in türkischen Familien sehr hoch.⁵⁶ *

„...Dennis* ist übergewichtig. Mit seinen 6 Jahren wiegt er 12 kg zu viel. Das letzte Jahr vor der Einschulung hat er den Kindergartenbesuch verweigert. Die Vorsorgeuntersuchungen wurden nur lückenhaft wahrgenommen. Wegen mehrfacher Krankenhausaufenthalte war die Mutter in den vergangenen Jahren immer wieder abwesend. Der Vater stammt aus der Türkei, er arbeitet lange und ist wenig zu Hause. Dennis besitzt nur geringe Grundfertigkeiten, er hat kein Selbstvertrauen. Gegenständliches Malen gelingt ihm kaum, in der Farbbenennung ist er unsicher, sein Bewegungsablauf ist unbeholfen. Wahrscheinlich fühlte er sich schon im Kindergarten wegen seines Übergewichtes ausgegrenzt. Nun soll Dennis in die Schule.“

* (Name geändert, Beispiel aus der schulärztlichen Praxis: Gesundheitsamt Bremen)

Wird er sich da wohler fühlen als im Kindergarten, den er zuletzt verweigert hat...?

Ergebnisse zu sozialen und kulturellen Teilhabechancen

Motorische, sprachliche und soziale Fähigkeiten sind Basiskompetenzen, die u. a. die Grundlage für einen erfolgreichen Schulbeginn bilden. Für schulisches Lernen sind Kommunikationsfähigkeit, sozial-emotionale Kompetenz sowie Grob- und Feinmotorik wesentliche Entwicklungsbereiche. Jedes dritte untersuchte Kind zeigte Auffälligkeiten in einem oder mehreren dieser Bereiche, die möglicherweise den Schulerfolg beeinflussen können.

Unsere Ergebnisse bestätigen die hinlänglich bekannten Geschlechtsunterschiede in diesem Entwicklungsalter: Bei Jungen fanden sich fast doppelt so viele Auffälligkeiten in einem der o. g. Entwicklungsbereiche wie bei Mädchen (40% vs.21%).

Betrachtet man nun die Sozialgruppen mit erhöhten Risiken, so finden sich sowohl bei Kindern aus Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil als auch aus benachteiligten Familien deutlich mehr Entwicklungsauffälligkeiten als bei Kindern aus den entsprechenden Sozialgruppen ohne erhöhte Risiken. Insbesondere Kinder aus benachteiligten Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil, und hier wiederum die Jungen, haben ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsauffälligkeiten in den o. g. Basiskompetenzen. Entwicklungsauffälligkeiten im motorischen, sprachlichen und sozialemotionalen Bereich fanden sich bei:

33% der Kinder aus Migrantenfamilien (vs. 30% keine Migrantenfamilien)

34% der Kinder aus benachteiligten Wohnvierteln
(vs. 29% aus privilegierte Wohnvierteln)

36% der Kinder Alleinerziehender (vs. 30% Beide Eltern)

40% der Kinder Alleinerziehender aus benachteiligten Wohnvierteln
(vs. 29% aus privilegierten Wohnvierteln)

Jungen aus benachteiligten Wohnvierteln mit einem alleinerziehenden Elternteil wiesen den höchsten Anteil an Entwicklungsauffälligkeiten auf:

Bei jedem zweiten Junge (und jedem vierten Mädchen) wurden Auffälligkeiten in der Motorik, Sprache oder im Verhalten registriert. Hier muss in Teilbereichen von einer nicht altersgerechten Entwicklung ausgegangen werden, wodurch der Start in die Schule erschwert wird. (Anhang: Tabelle 7 und Glossar)

⁵⁶ Kagitcibasi 1996, Kirchengast 2006



Basiskompetenzen Motorik, Sprache und Verhalten

Motorik:

Kinder mit motorischen Schwächen fallen besonders durch Bewegungsüberschuss, Bewegungsarmut oder Bewegungsunsicherheit auf. Durch grobmotorische Schwächen und Koordinationsschwächen „ecken“ diese Kinder in der Gruppe häufig an und provozieren unbeabsichtigt Konfliktsituationen. Für den Schriftspracherwerb ist eine ausreichend entwickelte Feinmotorik und Hand-Auge-Koordination unverzichtbar. Kinder, die in diesen Bereichen Schwächen aufweisen, werden nur unter Mühen ihr Lernziel erreichen:

17% aller Kinder wies Schwächen in der Basiskompetenz „motorische Entwicklung“ auf, 25% der Jungen und 10% der Mädchen.

Verhalten:

Altersentsprechende soziale und emotionale Kompetenzen werden für das Lernen (alleine oder in einer Gruppe) benötigt. Diese sind entscheidend für die Kontakt- und Gruppenfähigkeit des Kindes, für Lernbereitschaft und Lernfähigkeit. Verhaltensauffälligkeiten sind also für den schulischen Erfolg von Bedeutung.

9% der Kinder, wiederum überwiegend Jungen, zeigten Verhaltensauffälligkeiten, die den Lernerfolg u.U. negativ beeinflussen können.

Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität, Verweigerung, Distanzlosigkeit oder aggressives Verhalten können im Schulalltag Probleme bereiten. Ausweichendes Verhalten bei schulischen Anforderungen, häufig als „Klassenclown“ beschrieben, führt schnell zu einer Außen-seiterposition in der Klasse. Das Selbstwertgefühl dieser Kinder ist gering, oft fühlen sie sich von der Gruppe nicht angenommen.

„... Michelle* ist sechs Jahre alt und soll eingeschult werden. Sie ist rastlos, unruhig, verweigert Anforderungen. Rückzugsverhalten schlägt leicht in Aggressionen um. Seit vielen Wochen fehlt sie im Kindergarten, wo sie wegen der Verhaltensauffälligkeiten zusätzlich gefördert werden soll. Die junge, alleinerziehende Mutter ist zum wiederholten Mal umgezogen, die Wohnungen wurden ihr immer wieder gekündigt. Vereinbarte Termine wurden nicht eingehalten, die Mutter war nicht erreichbar. Trotz familienunterstützender Maßnahmen fühlte die Mutter sich nicht im Stande, Michelle adäquat zu versorgen. Als eine Sozialarbeiterin und die Tante Michelle aus der mütterlichen Wohnung holen, liegen Hundekot und Essensreste verstreut, passende Kleidung und Bettzeug für Michelle ist nicht aufzutreiben. Michelles erste Worte sind: „Endlich kümmert sich jemand um mich!“...“

*(Name geändert, Beispiel aus der schulärztlichen Praxis: Gesundheitsamt Bremen)

Sie ist emotional so verunsichert, dass es nicht möglich sein wird, sie zeitgerecht einzuschulen.



Kommunikation:

Sprachliche Fähigkeiten entscheiden über Integration oder Ausgrenzung aus einer Gruppe. Je älter Kinder werden, desto zentraler rückt Sprache als Kommunikationsmittel in den Mittelpunkt. Kindern, deren Sprachentwicklung verzögert ist, fehlt eine wesentliche Kommunikationsgrundlage. Häufig führt die unzureichende Möglichkeit der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit zu Ausgrenzung und Isolation. Auch schulisches Lernen wird überwiegend über Sprache vermittelt. Einschränkungen in der expressiven Sprache oder des Sprachverständnisses verschlechtern die Lernausgangsbasis. Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung werden in der Regel schon in der Muttersprache beobachtet. Hierzu zählen muttersprachliche Auffälligkeiten in Artikulation, Grammatik, Wortschatzerwerb und Redefluss.

16% aller Kinder zeigten Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, 20% der Jungen und 12% der Mädchen.

Diese Ergebnisse sind hinlänglich bekannt und überraschen nicht. Sie stimmen mit vergleichbaren Untersuchungen bei Schulanfängern in anderen Bundesländern überein.⁵⁷ Der Vergleich innerhalb der einzelnen *Sozialgruppen mit bzw. ohne erhöhte Risiken* zeichnet jedoch ein differenzierteres Bild:

Kinder mit einem *alleinerziehenden Elternteil* fielen signifikant häufiger in ihrer motorischen, ihrer Sozialentwicklung oder ihrer Sprachentwicklung auf als Kinder aus Familien mit beiden Elternteilen. Hier waren es wiederum überwiegend die Jungen, bei denen Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt wurden:

Jeder dritte Junge zeigte motorische Auffälligkeiten, etwa jeder fünfte zeigte Auffälligkeiten in seiner Sprach- oder Sozialentwicklung. In *benachteiligten Wohnvierteln* fiel nahezu jeder vierte Junge, der bei einem alleinerziehenden Elternteil lebte, durch Verhaltensauffälligkeiten auf. (Anhang: Tabelle 7)

Bei Kindern aus Familien mit *Migrationshintergrund* zeigte sich hingegen eine andere Verteilung. Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung wurden zwar häufiger beobachtet als bei Kindern ohne Migrationshintergrund, dagegen fanden sich signifikant weniger Verhaltensauffälligkeiten bei diesen Kindern. Das mag an einem vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund wertekonservativeren Elternhaus und traditionelleren Familienstrukturen liegen. Insbesondere die Mädchen scheinen hier eher einem traditionellen Rollenverständnis (brav, fleißig, diszipliniert, gehorsam) zu entsprechen. Der Anteil sprachauffälliger Kinder im Sinne einer Sprachentwicklungsverzögerung (auch in der Muttersprache) unterschied sich nicht von dem der übrigen Kinder.

Allerdings können auch *unzureichende Deutschkenntnisse* Kinder vor unüberwindbare Probleme im schulischen Lernen stellen, wenn Wortschatz und Grammatik gering oder nur umgangssprachlich beherrscht werden. Zudem kann eine erschwerte Verständigung im Deutschen bei Kindern, die Deutsch als Zweitsprache sprechen, ein Indikator für eine bislang unzureichende Integration der Familie in das Aufnahmeland sein.

Was bedeuten diese Ergebnisse für die Lernausgangslage und im Weiteren für die schulische Laufbahn der Kinder aus diesen Familien?

Jedes dritte Kind aus einer Familie mit Migrationshintergrund konnte sich im Deutschen nur erschwert oder gar nicht verständlich machen. Eine schulärztliche Empfehlung für den Lernbeginn in einer „Ersten Klasse“ einer Grundschule konnte *nur für jedes zweite* dieser Kinder ausgesprochen werden. Bei diesen Kindern besteht die Notwendigkeit zur Förderung der deutschen Sprachkenntnisse schon vor Schuleintritt.

⁵⁷ Stadt Osnabrück 2002, Stadt Salzgitter 2002, Landeshauptstadt Düsseldorf 2003, Kreis Mettmann 2004



Vorschulische Förderung

Auch unzureichende vorschulische Förderung schränkt die Lernausgangslage ein: 5% aller Kinder besuchten vor Schuleintritt kein Kindertagesheim.

„...Samir's* Familie lebt sehr isoliert und zurückgezogen. Samir's Vater kommt aus Tunesien, in der Familie wird überwiegend arabisch gesprochen. Alle fünf Kinder der streng religiösen Familie haben keinen Kindergarten besucht. Samir ist inzwischen acht Jahre alt. Er kann sich nur schwierig in der deutschen Sprache verständigen, in der Schule teilt er sich nur selten mit. Außerhalb der Schule darf er sich nicht mit anderen Kindern verabreden. Deutsche Spiele und Rituale sind ihm fremd. Die Entwicklung der Feinmotorik ist noch nicht altersgerecht und bereitet ihm Probleme im Schreiberwerb. Er hält sich kaum an Regeln, die Mitarbeit im Unterricht verweigert er. Lieder, die im Unterricht gesungen werden, lässt er mit gesenktem Kopf widerwillig über sich ergehen. Anscheinend belastet ihn der Konflikt zwischen den beiden Kulturen, in denen er aufwächst...“

* (Name geändert, Beispiel aus der schulärztlichen Praxis: Gesundheitsamt Bremen)

In Familien mit Migrationshintergrund erhielten sogar fast doppelt so viel Kinder (8,9%) keine vorschulische Erziehung. Die Anforderungen an den Besuch einer „Ersten Klasse“ einer Grundschule erfüllten nach schulärztlicher Einschätzung nur ein Drittel dieser Kinder. Kinder aus benachteiligten Familien (6,1% vs. 4%) und insbesondere Kinder alleinerziehender Elternteile aus benachteiligten Wohnvierteln (7,3% vs. 3,4%) hatten signifikant seltener an einer vorschulischen Erziehung in einem KTH teilgenommen als die Kinder aus privilegierten Wohnvierteln. (Tabelle 2)

Tabelle 2:

Kein KTH-Besuch vor Schuleintritt (n=4702)	
Alle	5,1%
Mädchen	4,8%
Jungen	5,4%
<i>Migrationshintergrund</i>	<i>kein Migrationshintergrund</i>
8,9%*	3,8%
<u>davon:</u>	
Lernort 1. Klasse: 36,4%*	63,6%
(n=2742) <i>Benachteiligt</i>	<i>Privilegiert</i>
6,1%*	4,0%
(n=914) <i>Alleinerziehend + benachteiligt</i>	<i>Alleinerziehend + privilegiert</i>
7,2%*	3,4%

* Signifikanzniveau: p<0.05

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2001, Gesundheitsamt Bremen



Lernort „Erste Klasse“

Die Chancen auf einen unproblematischen Übergang aus der vorschulischen Lebenswelt in den Schulalltag und für erfolgreiches schulisches Lernen stehen für die Mädchen besonders gut. Nur 75% der Jungen, aber 83% der Mädchen brachten nach schulärztlicher Einschätzung die Voraussetzungen zum unproblematischen Einstieg in die „Erste Klasse“ einer Grundschule mit. Auch in Familien mit erhöhten Risiken überwog der Anteil der Mädchen, die diese Voraussetzungen zum Besuch einer „Ersten Klasse“ in einer Grundschule mitbrachten.

Allerdings fanden sich signifikante Unterschiede im Vergleich der Sozialgruppen mit erhöhten Risiken gegenüber den entsprechenden Sozialgruppen ohne erhöhte Risiken.

Grundsätzlich scheinen Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund, aus Familien mit beiden Elternteilen oder aus privilegierten Familien bessere Voraussetzungen zum Besuch einer „Ersten Klasse“ mitzubringen als Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, aus benachteiligten Familien oder Kinder alleinerziehender Elternteile. (Tabelle 3)

Während sich bei den Mädchen mit einem alleinerziehenden Elternteil diese Unterschiede nur geringfügig bemerkbar machten, fanden sich bei Mädchen aus benachteiligten Familien oder aus Familien mit Migrationshintergrund doch deutliche Unterschiede.

Tabelle 3:

Schulärztliche Empfehlung für den Lernort „Erste Klasse“		
(n=47024)		
Alle	79%	
Mädchen	83%*	
Jungen	75%	
	<i>Migrationshintergrund</i>	<i>kein Migrationshintergrund</i>
Mädchen	76,0%*	86,5%
Jungen	66,2%*	78,7%
(n=2742)	<i>Benachteiligt</i>	<i>Privilegiert</i>
Mädchen	81,8%*	85,5%
Jungen	71,2%*	77,8%
(n=4637)	<i>Alleinerziehend</i>	<i>Beide Erziehen</i>
Mädchen	82,3%	84,3%
Jungen	72,1%*	76,2%
(n=914)	<i>Alleinerziehend + Benachteiligt</i>	<i>Alleinerziehend + Privilegiert</i>
Mädchen	82,1%	83,8%
Jungen	61,2%*	85,7%

* Signifikanzniveau: $p < 0.05$

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2001, Gesundheitsamt Bremen



Gravierende Nachteile zeichneten sich jedoch für die Jungen aus benachteiligten Wohnvierteln mit einem alleinerziehenden Elternteil sowie Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund ab. Nur 66% der Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund (vs. 79% ohne Migrationshintergrund) und 61% der Jungen mit einem alleinerziehenden Elternteil aus benachteiligten Wohnvierteln (vs. 86% privilegiert) brachten die Voraussetzungen für einen problemlosen Einstieg in eine „Erste Klasse“ einer Grundschule mit. Insbesondere in der Häufung der Risiken, „benachteiligt“ + „alleinerziehend“ + („männliches“ Geschlecht) zeigten sich die verschlechterten Ausgangschancen.

Soziale Polarisierung in der Stadt Bremen: Ergebnisse zum Trend zwischen den Jahren 1998 und 2005

Seit einigen Jahren wird in Deutschland eine zunehmende soziale Polarisierung beobachtet. In den Städten führt dieser Prozess zu einer schärferen sozialen Segregation – eine „soziale Spaltung der Stadt“. Während in einigen Quartieren der Wohlstand wächst und die Lebens- und Freizeitqualität zunimmt, verwahrlosen und veröden andere Stadtviertel.⁵⁸

Die Gesundheit und Lebenserwartung von Kindern wird durch soziale und ökonomische Umweltbedingungen wesentlich beeinflusst. „*Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben*“⁵⁹ hat auch in der heutigen Wissensgesellschaft noch Gültigkeit. Der soziale Einfluss auf das Geburtsgewicht und die Körpergröße wird in der Literatur immer wieder beschrieben.⁶⁰ Diese biologischen Merkmale sind wichtige Gesundheitsindikatoren, bei denen ein Zusammenhang mit der sozialen Lage gefunden wurde. Vorgeburtliche Risiken, insbesondere gesundheits-schädigende Verhaltensweisen wie Alkohol- und Zigarettenkonsum, ungesunde Ernährung, Stress sowie eine unzureichende medizinische Versorgung in der Schwangerschaft wirken sich negativ auf das Wachstum des Embryos aus. Häufig kumulieren diese Risiken bei Müttern aus sozial benachteiligten Wohnvierteln.⁶¹

Soziokulturelle und gesundheitliche Risiken und Ressourcen sind schon vor der Geburt ungleich verteilt und führen zu Chancenungleichheit in der weiteren Entwicklung. Dieser Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand ist in der Literatur vielfach beschrieben worden.⁶² Kinder werden in ihr soziales Umfeld hineingeboren. Sie können sich weder ihr Umfeld aussuchen, noch können sie es als Abhängige verlassen oder verändern.

Lebensformen

Anhand der Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes Bremen zwischen 1998 und 2005 lässt sich eine zunehmende soziale Polarisierung innerhalb der Stadt Bremen anhand einer Verschiebung des Anteils alleinerziehender Elternteile verfolgen. Während der Anteil an alleinerziehenden Elternteilen zwischen den Jahren 1998 und 2005 nahezu konstant bei etwa 19% lag, sank dieser Anteil in privilegierten Wohnvierteln um 30% von 15,4% (1998) auf 10,8% (2005). Gleichzeitig stieg der Anteil alleinerziehender Elternteile in benachteiligten Wohnvierteln um 25% von 19,4% (1998) auf 24,2% (2005).

(Abbildung 2, Anhang: Tabelle 8)

Hierbei handelt es sich überwiegend nicht um eine frei gewählte Lebensform, sondern um alleinerziehende Mütter mit geringem oder keinem Einkommen, die in der Regel auf billigen Wohnraum und Sozialgeld angewiesen sind. Auch das „Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ (Hartz IV) verschärft mit Umzugsaufrufen an Familien mit „zu großem Wohnraum“ diese soziale Segregation.

⁵⁸ Walter – spiegel online 08.05.06, Tempel 2006

⁵⁹ Oppolzer 1986

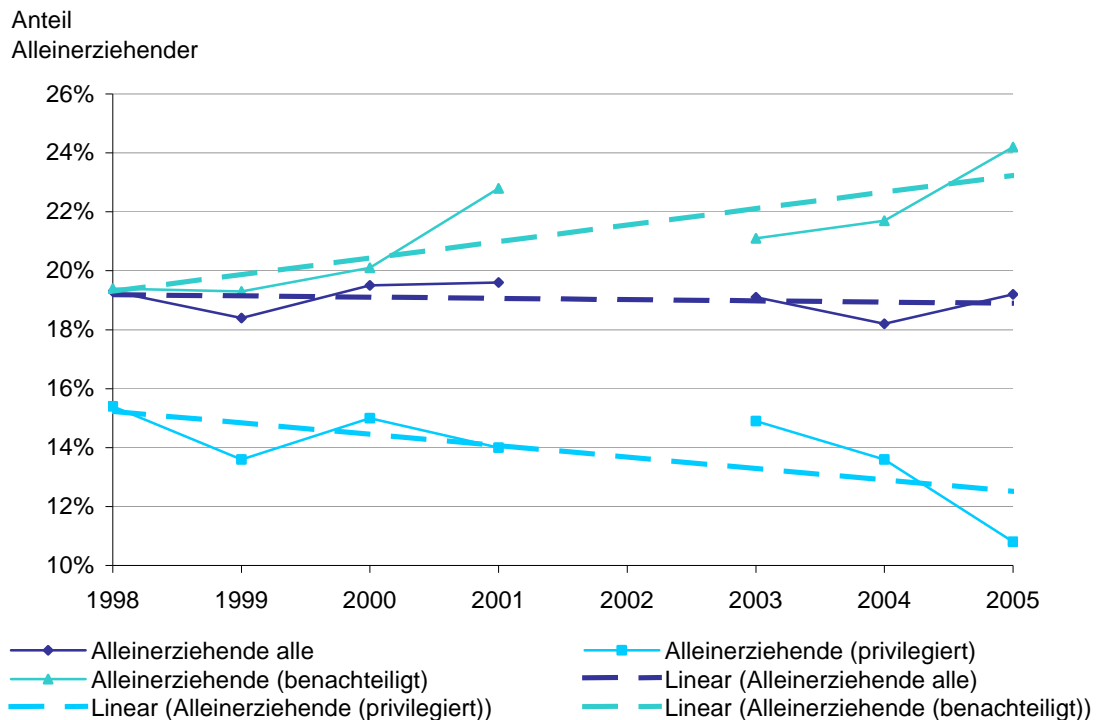
⁶⁰ Siegrist u.a. 1998, Tamm 2005, Kriwy 2003

⁶¹ Spencer / Logan 2002; Stanwell-Smith 2005

⁶² Altgeld 2000, Mielck 2000 und 2002, Klocke 2001



Abbildung 2: Anteil alleinerziehender Elternteile aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln - lineare Trendberechnung



Gesundheitliche Auffälligkeiten

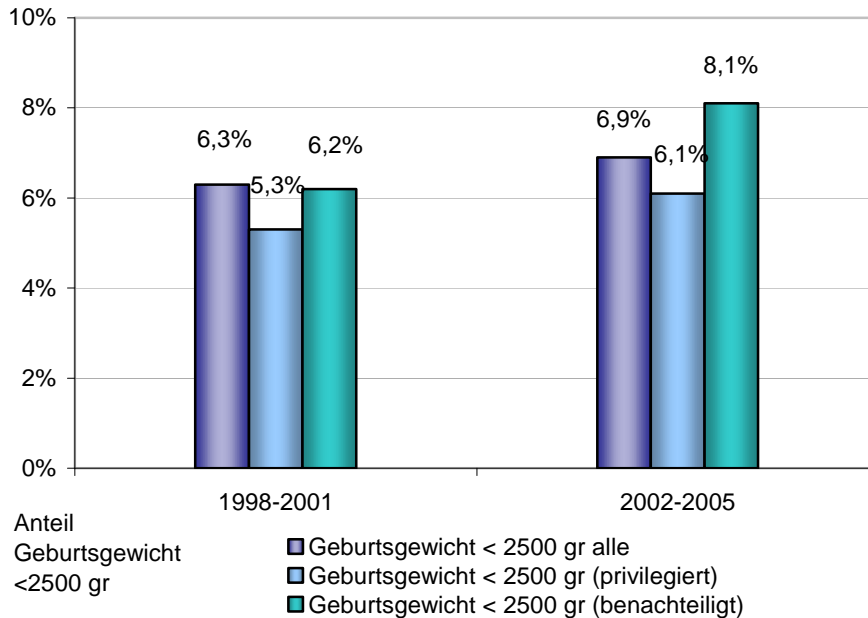
Geburtsgewicht:

Die ungleiche Verteilung sozialer und gesundheitlicher Risiken schon vor der Geburt führt zu ungleichen Chancen in der weiteren Entwicklung. Auch in der Stadt Bremen verschob sich der Anteil von Kindern mit einem Geburtsgewicht <2500 gr. aus privilegierten und aus benachteiligten Wohnvierteln überproportional zu Ungunsten von Familien aus benachteiligten Wohnvierteln zwischen den Jahren 1998 und 2005. Da das Geburtsgewicht in unterschiedlichen ethnischen Gruppen differiert, wurden in diese Auswertung nur Kinder deutscher Nationalität mit Geburtsort in Deutschland einbezogen. Dabei wird angenommen, dass alle Mütter in der Schwangerschaft zumindest theoretisch den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem hatten.

Bei einem Gesamtanstieg des Anteils aller Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (<2500gr.) zwischen den Jahren 1998 und 2005 um 9,5% (1998-2001: 6,3%; 2002-2005: 6,9%) lag der Anstieg in den benachteiligten Wohnvierteln doppelt so hoch wie in den privilegierten Wohnvierteln. (Abbildung 3, Anhang: Tabelle 9)



Abbildung 3: Schulanfänger aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln mit einem Geburtsgewicht <2500 gr.
(in Bremen geboren u. deutsche Nationalität)



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 – 2001; 2002 - 2005 , Gesundheitsamt Bremen

Übergewicht:

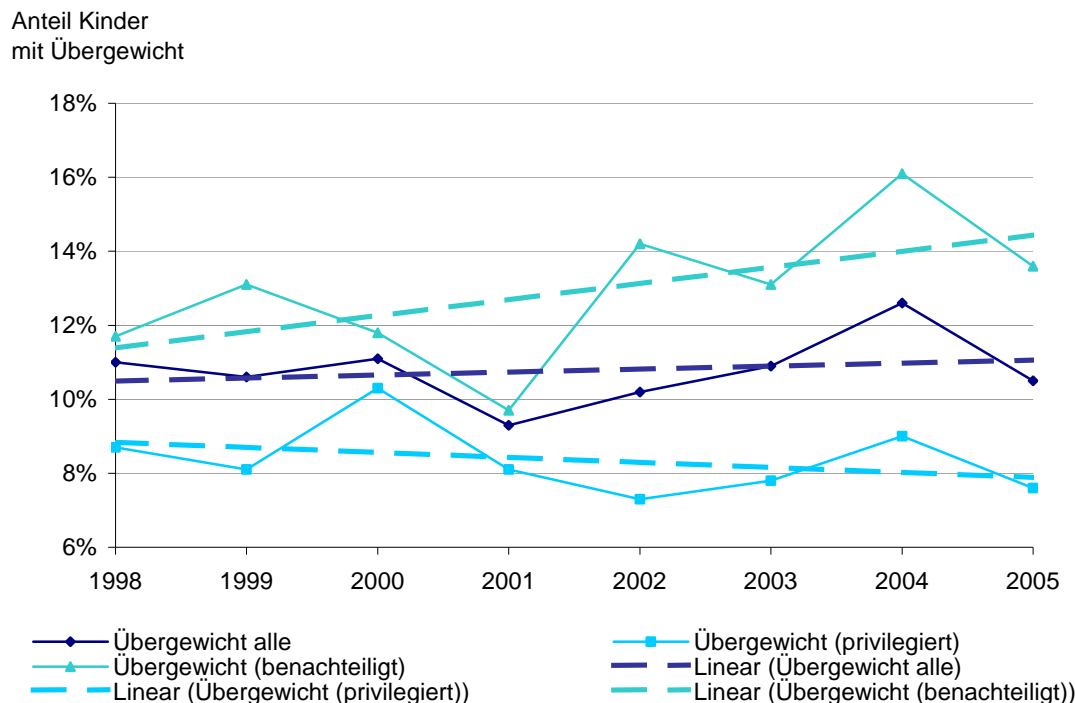
Die soziale Lage der Eltern ist ein wesentlicher Risikofaktor für Übergewicht bei Kindern. Der Anteil übergewichtiger Schulanfänger/innen schwankte zwischen den Jahren 1998 und 2005 nur geringfügig und lag 2005 bei 10,5%. Allerdings zeigten sich signifikante Unterschiede in der Übergewichts-Prävalenz bei Kindern aus privilegierten und benachteiligten Wohnviertel:

Während der Anteil übergewichtiger Kinder aus privilegierten Wohnvierteln tendenziell sank (1998: 8,7%; 2005: 7,6%), stieg der Anteil in benachteiligten Wohnvierteln von 11,7% (1998) auf 13,6% (2005) an.

Zwar scheinen die überwiegend mittelschichtorientierten Präventionsprogramme einen Gesamtanstieg verhindert zu haben, die Familien in benachteiligenden Lebenslagen wurden aber offensichtlich nicht erreicht (Abbildung 4, Anhang: Tabelle 10).



Abbildung 4: **Übergewicht bei Schulanfängern aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln - lineare Trendberechnung**



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 – 2005, Gesundheitsamt Bremen

Sprache und Motorik:

Wachsende soziale Unterschiede konnten auch bei den Basiskompetenzen Sprache und Motorik festgestellt werden. Durch eine Veränderung in Ablauf und Umfang der Schuleingangsuntersuchung ab 2003 standen leider nur die Daten von 1998 bis 2002 zur Verfügung. Trotzdem lässt sich insbesondere bei den Auffälligkeiten in der Sprache bei moderatem Anstieg insgesamt zwischen 1998 und 2002 ein Trend zu Ungunsten von Kindern aus benachteiligten Wohnvierteln feststellen. Bei einem Anstieg der Sprachauffälligkeiten aller Kinder von 16,8% auf 18,6% nimmt tendenziell der Anteil der sprachauffälligen Kinder aus privilegierten Wohnvierteln um 5% ab, während bei Kindern aus benachteiligten Wohnvierteln die Prävalenz der Sprachauffälligkeiten um 28% ansteigt (1998: 17,8%; 2002: 22,7%). Hier könnte sich bei Eltern aus privilegierten Wohnvierteln ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein, ein leichter Zugang zum Gesundheitssystem sowie ein förderliches Umfeld bemerkbar machen. (Abbildung 5 + 6, Anhang: Tabelle 11)

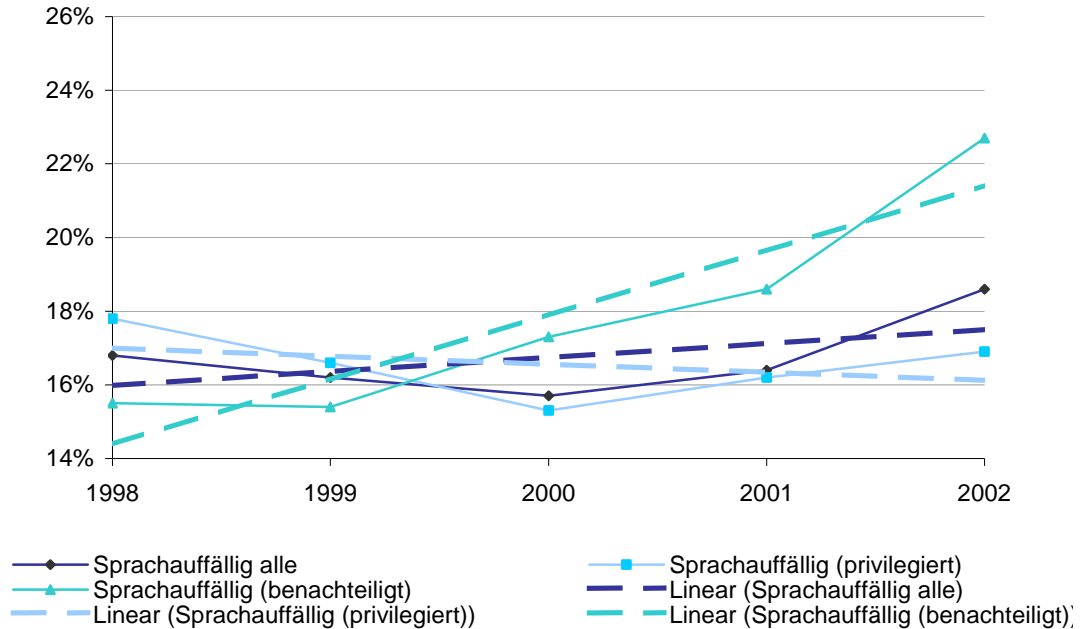
Zwischen 1998 und 2002 stieg der Anteil aller *motorisch* auffälligen Kinder von 15,2% auf 20,4% um ein Drittel, der Anteil *sprachauffälliger* Kinder stieg im selben Zeitraum von 18,0% auf 24,1% ebenfalls um ein Drittel.

Während der Anteil motorisch auffälliger Kinder aus privilegierten Wohnquartieren nur unterdurchschnittlich um ein Viertel anstieg (1998: 15,3%; 2002: 19,1%), verlief der Anstieg bei Kindern aus benachteiligten Wohnquartieren bei höherem Ausgangsniveau deutlich steiler.



Abbildung 5: Sprachauffälligkeiten bei Schulanfängern aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln - lineare Trendberechnung

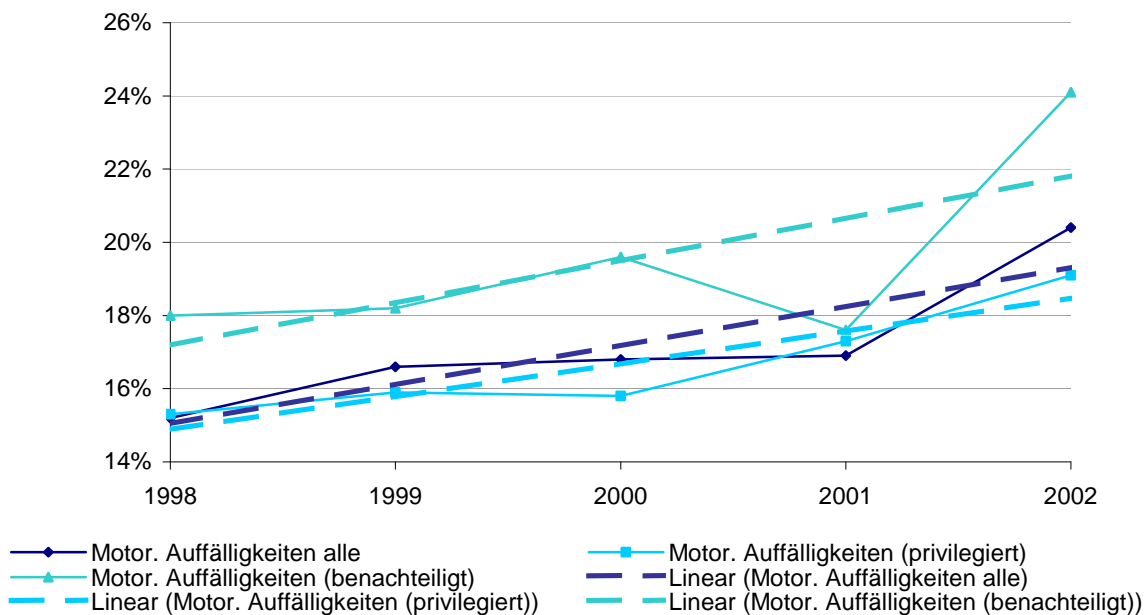
Anteil Sprach-
Auffälligkeiten



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 – 2002, Gesundheitsamt Bremen

Abbildung 6: Motorische Auffälligkeiten bei Schulanfängern aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln - lineare Trendberechnung

Anteil motorische
Auffälligkeiten



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 – 2002, Gesundheitsamt Bremen



„Der fühl- und sichtbare Gegensatz von Gewinnern und Verlierern ist im Deutschland des Jahres 2006 jedenfalls größer und elementarer als im Jahr 1996 oder 1986“ schreibt der Göttinger Politikwissenschaftler Franz Walter in seinem Beitrag: „Fusel oder Premier cru – Soziale Spaltung in Deutschland“.⁶³

Dieser Gegensatz lässt sich durch zwei Faktoren erklären: Zum einen können selektive Wanderungen beobachtet werden, die zur sozialstrukturellen Entmischung von Wohnvierteln und damit zur räumlichen Konzentration von Problemfällen führen. Haushalte, die gesellschaftlich integriert sind, verlassen problematisch werdende Nachbarschaften. In der Folge entwickeln sich diese immer mehr zu Wohnorten benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Zum anderen haben sich die Lebensbedingungen in den unteren Gesellschaftsschichten verschlechtert. Bei den armen Teilen der Bevölkerung ist die Armutskluft - d.h. der Abstand im Lebensstandard zum Bevölkerungsdurchschnitt - größer geworden. Ungelernte Kräfte auf dem Arbeitsmarkt sind zudem mittlerweile fast chancenlos. Welche der beiden Faktoren das größere Gewicht besitzt, lässt sich auf dieser Ebene allerdings nicht entscheiden, vermutlich sind beide Effekte kaum trennbar.

⁶³ Walter 2006



Auf einen Blick

Ausgewählte Ergebnisse aus Schuleingangsuntersuchungen:

- *Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil* oder Familien mit *Migrationshintergrund* sind besonders häufig von *Armut* bedroht. Für Kinder in Armut besteht die Gefahr, in gesundheitlicher und soziokultureller Lebenslage benachteiligt und ohne Teilhabechance zu leben. In benachteiligten Wohnvierteln lebte jedes 4. Kind mit einem alleinerziehenden Elternteil, 42% stammten aus Familien mit Migrationshintergrund,
- Soziokulturelle und gesundheitliche Ressourcen von Familien können diese Risiken vermindern. Die *gesundheitliche Lebenslage* von Kindern in benachteiligten Wohnvierteln unterscheidet sich deutlich von denen in privilegierten Wohnvierteln. Zudem haben Jungen ein höheres gesundheitliches Risiko als Mädchen.

Teilnahme an der U9: Nur etwa zwei von drei Kindern aus Familien in benachteiligten Wohnvierteln, aus Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil und aus Familien mit Migrationshintergrund hatten an der Vorsorgeuntersuchung im 5. Lebensjahr (U9) teilgenommen.

Übergewicht fand sich überwiegend bei Kindern mit einem alleinerziehenden Elternteil und bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund. Hier fielen insbesondere die Jungen auf.

- Auch beim Start in die Schule sind die Chancen auf einen erfolgreichen Schulbeginn durch das Aufwachsen in benachteiligenden Lebenslagen geringer. *Unzureichende motorische, sprachliche oder soziale Fähigkeiten* als Basiskompetenzen für einen erfolgreichen Schulbesuch fanden sich überproportional bei Kindern mit einem alleinerziehenden Elternteil, aus Familien mit Migrationshintergrund und aus benachteiligten Wohnvierteln

Jeder zweite Junge zeigte Entwicklungsauffälligkeiten in einer der o.g. Basiskompetenzen! Jedes 3. Kind aus einer Familie mit Migrationshintergrund konnte sich nur unzureichend in der deutschen Sprache verständigen!

- Ein Trend zunehmender sozialer und räumlicher Polarisierung zwischen 1998 und 2005 (bzw. 2002) ist erkennbar. In *benachteiligten Wohnvierteln* findet sich ein
 - Anstieg der Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil um 25%,
 - überproportionaler Anstieg des Kinderanteils mit einem Geburtsgewicht <2500 gr.,
 - Anstieg des Anteils übergewichtiger Kinder auf 13,6% bei nahezu gleichbleibender Gesamtprävalenz von 10,5% (2005),
 - Überproportionale Zunahme von Sprachauffälligkeiten auf 22,7% (2002).

Kinder in benachteiligten Wohnvierteln weisen im Verlauf der Jahre zunehmend mehr gesundheitliche und soziokulturelle Risiken auf als Kinder in privilegierten Wohnvierteln. Hier scheint sich die Schere im Sinne einer sozialen Spaltung weiter zu öffnen!



Armut grenzt aus - Erfahrungen mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen in der sozialpsychiatrischen Beratung -

*Susanne Braaksma
Andreas Brockhaus*

Unter dem Motto „Wege aus psychischer Erkrankung und Krise“ versteht sich der sozialpsychiatrische Beratungsdienst für Kinder und Jugendliche am Gesundheitsamt Bremen als ambulante therapeutische Einrichtung für seelisch gestörte, kranke oder behinderte Kinder oder Jugendliche und deren Familien, die aus sozialen oder persönlichen Gründen Schwierigkeiten haben, von sich aus Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen. An der Schnittstelle von freiwilliger Betreuung bzw. Behandlung („Therapie“) und aktiver Intervention („Kontrolle“) liegt ein besonderes Augenmerk auf der sozialen Realität der betroffenen Kinder und deren Familien. Diese werden bei Bedarf in geeignete therapeutische oder soziale Hilfemaßnahmen weitergeleitet. Ziel der Beratung ist eine psychosoziale (Re-)Integration unter gesundheitlichen Aspekten, die Vermittlung von sozialer Kompetenz, Selbständigkeit und Teilhabe am Lebensalltag. Die Motivierung zu innerer und äußerer Veränderung einer als problematisch erlebten (Lebens-)Situation ist ein wichtiger Aspekt der therapeutischen Arbeit. Neben Krisen- und Notfallhilfe zur Aktivierung von Bewältigungsstrategien und Ressourcen werden psychiatrische Krankheitsbilder abgeklärt und Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten durchgeführt. Durch Kooperation mit dem Jugendamt und enge Zusammenarbeit mit betreuenden und unterstützenden Institutionen wird die Integration in soziale Bezüge gefördert.

Der nachfolgende Beitrag beleuchtet Armuts- und Benachteiligungsaspekte von Kindern und Jugendlichen in der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle. Schon auf dem 10. Kongress „Armut und Gesundheit“ 2004 in Berlin wurde materielle Armut als Einflussfaktor auf die seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter thematisiert.⁶⁴ U.a. wurde der negative Einfluss von Armut auf die Entwicklungschancen von Kindern bei entwicklungs- und förderabhängigen Störungen diskutiert.

Die diesem Beitrag zugrunde liegenden Daten beruhen auf der Versorgungsstatistik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Bremen aus dem Jahr 2005. Die Auswertung der Daten erfolgte selektiv im Kontext des im Beitrag „Start in die Schule“ dargestellten Lebenslagenkonzeptes, das Armut bzw. Benachteiligung als einen Zustand mehrdimensionaler Unterversorgung definiert.⁶⁵ Hierzu zählen die folgenden vier Kategorien:

Materielle Dimension (Grundversorgung des Kindes)

Soziale Dimension (soziale Kontakte, soziales Verhalten und Kompetenzen)

Kulturelle Dimension (Sprache, Bildung, Kommunikation, Lernmöglichkeiten)

Psychische / physische Dimension (psychische und physische Gesundheit)

Die sozialpsychiatrische Beratungsstelle wird überwiegend von Kindern und Jugendlichen aufgesucht, die in schwierigen Verhältnissen leben und Armut bzw. Benachteiligung „wahrscheinlich“ machen, mit ihr einhergehen oder in diese hineinführen können. Hierzu zählen u.a. Arbeitslosigkeit der Eltern, Bezug von Sozialhilfeleistungen, sozialer und/oder kultureller Erfahrungsmangel, Migrationshintergrund, Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil oder psychiatrische Erkrankungen von Eltern. Eine mit diesen Risikolagen einhergehende gegenseitige Bedingtheit von „Benachteiligung“ und subjektiver Erfahrung von Ausgrenzung wird in diesem Bericht beleuchtet.

⁶⁴ Bilke u.a. | 2004

⁶⁵ Holz 2003

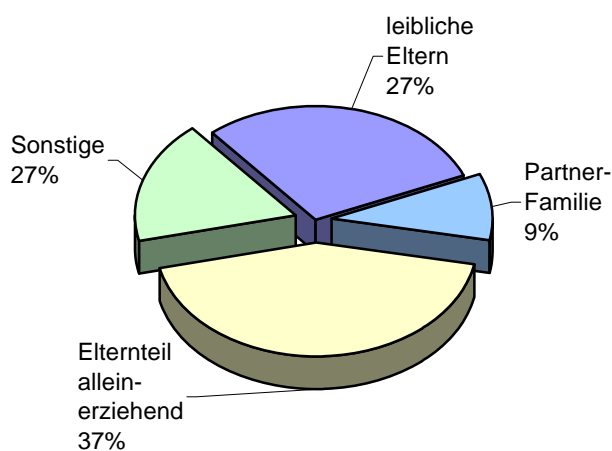


Eine statistische Auswertung der Tätigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes in 2005 zeigt, dass die oben beschriebenen Risikolagen für die Kinder und Jugendlichen aus dem Behandlungs- und Beratungsbereich überwiegend zutreffen:

Die Versorgungsdokumentation 2005 wies unter den 326 Kinder und Jugendlichen 44% Mädchen und 56% Jungen aus. Zu 73% waren es Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren. 24% der Kinder- und Jugendlichen besaßen eine ausländische Nationalität*.

Abbildung 7: **Betreuungsort**

**Kinder und Jugendliche in sozialpsychiatrischer
Beratung (n=326)**



Datenquelle: Versorgungsdokumentation 2005 der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle, Gesundheitsamt Bremen

37% lebten bei einem *alleinerziehenden Elternteil*, jedoch nur 27% bei den *leiblichen Eltern*
27% bei Großeltern, in Pflegestellen, Heimen, betreutem Wohnen u.a.
9% in *Partnerfamilien* mit einem neu hinzugekommenen Elternteil

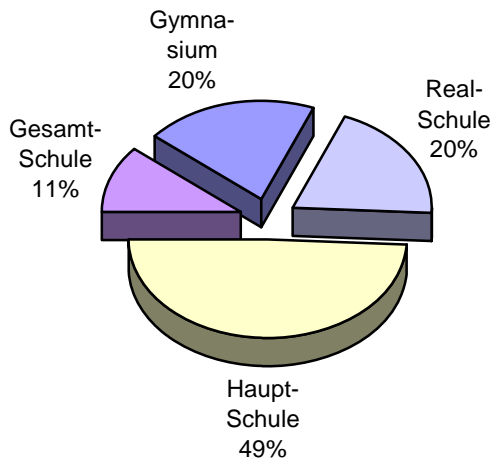
Die Hälfte (52%) der Kinder und Jugendlichen, die in der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle im Jahr 2005 betreut wurden, besuchte eine weiterführende allgemeinbildende Schule in der Sekundarstufe I bzw. II. Der überwiegende Anteil dieser Schüler/innen befand sich in einer Hauptschule (49%), nur jeweils 20% in einer Realschule oder einem Gymnasium, 11% in einer Gesamtschule. Im Gegensatz hierzu besuchten im Jahr 2005 in der Stadt Bremen nur 10% der Schüler/innen in weiterführenden allgemeinbildenden Schulen eine Hauptschule (und 7% eine Sekundarschule), dagegen 50% ein Gymnasium, 16% eine Realschule und 17% eine Gesamtschule. (Abbildung 7 + 8)

* Zum Vergleich: nur etwa 7% aller Schüler an öffentlichen und privaten Schulen der Stadt Bremen besaßen keine deutsche Staatsangehörigkeit (Schulschnellmeldung 01.11.2005, Senator für Bildung, Bremen)



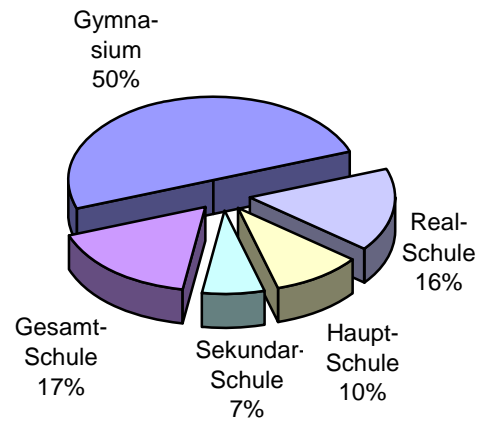
Abbildung 8: Schulbesuch nach Schulgattung (ohne Grundschule)

Kinder und Jugendliche in sozialpsychiatrischer Beratung (n=161)



Datenquelle: Versorgungsdokumentation 2005 der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle

Schüler an allgemeinbildenden Schulen der Stadt Bremen 2005

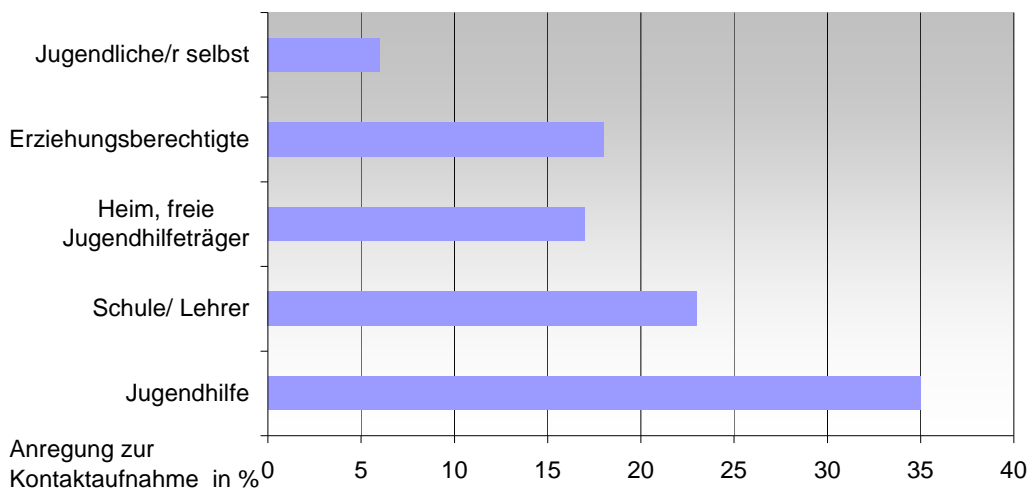


Datenquelle: Bremen in Zahlen 2005 Statistisches Landesamt Bremen

Zugang und Anlass zur sozialpsychiatrischen Beratung

Jede dritte (35%) sozialpsychiatrische Beratung wurde durch Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe vermittelt, jede 4. Beratungen (23%) durch Schulen. Nur 18% der Eltern bzw. 6% der Kinder und Jugendlichen gelang es, sich aus eigenem Antrieb für eine Beratung zu entscheiden.

Abbildung 9: **Anregung zur Kontaktaufnahme** (n=326, Mehrfachnennungen möglich)



Datenquelle: Versorgungsdokumentation 2005 der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle, Gesundheitsamt Bremen



Die überwiegenden Gründe für die Kontaktaufnahme waren „Schwierigkeiten in sozialen Bezügen“ (41%) und „Probleme mit Bezugspersonen“ (37%). Bei 20% bestand Drogen-, Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauch, 12% hatten eine depressive Symptomatik.

Schulvermeidendes Verhalten wurde bei nahezu jedem zweiten, aggressives Verhalten bei jedem zweiten bis dritten Schüler dokumentiert.

In jeder dritte Familie wurden psychische Störungen bzw. abweichendes Verhalten eines Elternteiles verzeichnet. (Abbildung 9 + 10)

Abbildung 10: Anlässe für die Kontaktaufnahme und auffällige Erscheinungen
(n=326, Mehrfachnennungen möglich)

- 45% Schulvermeidungsverhalten (148x)
- 41% Probleme mit Bezugspersonen (135x)
- 40% aggressives Verhalten (130x)
- 37% Schwierigkeit in sozialen Bezüge (120x)
- 36% psychisch Störungen der Eltern (109x)
- 20% Drogen- / Alkohol- / Med.-Missbrauch (64x)
- 12% depressive Symptomatik (38x)
- *u.a.*

Datenquelle: Versorgungsdokumentation 2005 der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle, Gesundheitsamt Bremen

Weitervermittlung und Kooperation mit der Jugendhilfe

Im Beratungsprozess nahm die „Abstimmung flankierender oder weiterführender Maßnahmen“ mit „Anderen“ (Jugendamt, Klinik, Therapeut/innen etc.) einen hohen Stellenwert ein. Für jeden vierten Schüler bzw. Schülerin wurde eine ambulante Eingliederungs- bzw. Jugendhilfe-Maßnahme oder eine Unterbringung in einem (therapeutischen) Heim oder einer Wohngruppe empfohlen. Eine ambulante psychotherapeutische Maßnahme erschien für jede siebte Schülerin bzw. Schüler erforderlich. (Abbildung 11)

98% der Beratungen wurden innerhalb eines Jahres abgeschlossen. Ein derart hoher Anteil kurz- oder mittelfristigen Beratungen bei den oft sehr komplexen Problemlagen war nur durch (Weiter-)Vermittlung in ambulante oder stationäre therapeutische Hilfen, dabei insbesondere Jugendhilfemaßnahmen, möglich. Die sozialpsychiatrische Beurteilung hatte Einfluss auf Art, Umfang und Ausgestaltung der professionellen sozialpädagogischen (Jugend-)Hilfeleistungen. Hieran zeigt sich, wie wichtig die professionelle Jugendhilfe - neben dem therapeutischen Versorgungssystem - auch für sozialpsychiatrische Arbeit ist. Sie kann in vielen Familien nur wirksam werden, wenn ergänzend professionelle psychosoziale Unterstützung vorhanden ist. Häufig fehlen den Eltern die notwendigen Kompetenzen zur Bewältigung ihrer Erziehungsaufgaben (z.B. selbständiges Aufsuchen von Beratung, Erkennen psychischer Störungen). Ihre Kinder haben in der Regel keinen Zugang zu kompensatorischem Ausgleich im Sinne von Ressourcen (wie z.B. Selbstbewusstsein, finanzielle Ausstattung, kulturelle und soziale Anregungen), mit denen sie ihre Entwicklungsschwierigkeiten bewältigen könnten.



Abbildung 11 Empfohlene Weiterbehandlung (n=326)

- 15% in (therapeutisches) Heim / Wohngruppe
- 14% in ambulante Psychotherapie
- 9% in Eingliederungs- und Jugendhilfemaßnahmen
- 9% in stationäre Behandlung
- 4% an niedergelassenen Arzt/ Ärztin
- u.a.

Datenquelle: Versorgungsdokumentation 2005 der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle, Gesundheitsamt Bremen

Psychosoziale Umstände

Die diagnostische Zuordnung in der Versorgungsdokumentation 2005 beruht auf den Diagnosekriterien der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ der Weltgesundheitsorganisation, kurz ICD 10.⁶⁶ Die ICD 10 bezieht sich auf ein „multiaxiales Klassifikationsschema“ psychischer Störungen im Kindesalter mit sechs Diagnoseebenen, den sog. Achsen. Wichtig für die sozialpsychiatrische Arbeit ist die fünfte Achse mit Zuordnung zu (krankheits-) assoziierten „aktuellen abnormen psychosozialen Umständen“, in der auch Armut als Risikofaktor kodiert ist, sowie die sechste Achse mit der „Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung“ im Lebensalltag. Auf diese beiden Achsen wird hier näher eingegangen, da sie in enger inhaltlicher Verbindung zu dem Lebenslagenkonzept stehen; sie machen Aussagen über „Risikolagen“, über soziale und kulturelle Benachteiligung und Unterversorgung von Kindern und deren Familien möglich.

Die Statistik des Jahres 2005 weist einen hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen mit „aktuellen abnormen psychosozialen Umständen“ (ICD 10, 5. diagnostische Achse) auf. Hierzu zählen u.a.:

- abnorme intrafamiliäre Beziehungen (43%)*
- abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie (40%)*
- abnorme Erziehungsbedingungen (61%)*
- abnorme unmittelbare Umgebung (46%)*

„Abnorme intrafamiliäre Beziehungen“ bedeutet Mangel an elterlicher Wärme (Abweisung, Desinteresse, fehlendes Mitgefühl), Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen (Kontrollverlust, Gewalt, längere Feindseligkeiten), feindselige Ablehnung, körperliche Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch.

⁶⁶ Dilling 1992, Remschmidt 2001



Die jetzt 17 jährige Nadine* kam wegen Depression, Drogenmissbrauch und Schulvermeidung zur Beratung. Sie wurde von ihrem 3. bis zu ihrem 14. Lebensjahr von ihrem körperbehinderten Vater regelmäßig geschlagen. Die Mutter schaute aus Angst vor dem Ehemann zu. Die Kindheit war geprägt durch Streit, Demütigung, Abwertung, psychische und physische Gewalt. Nadine konnte sich mit therapeutischer Hilfe und Unterstützung durch das Jugendamt daraus befreien. Heute kämpft sie mit ihren heftigen Aggressionen und dem inneren Zwang, ihren Freund ständig abwerten zu müssen. Ihr „Kontrollzwang“ in Beziehungen bringt sie oft in innere und äußere Isolation. Die Erziehung ihres inzwischen geborenen Kindes ist durch starke Ambivalenz geprägt.

Unter **„abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie“** werden psychische Störungen bzw. abweichendes Verhalten von Elternteilen, Behinderung der Elternteile oder der Geschwister verstanden.

Die 16 jährige Marie* kam wegen latenter Selbstmordgefahr zur Behandlung. Sie hat einen psychisch kranken Vater, der u. a. in Situationen der Eifersucht und des dadurch entstandenen Streits mit ihrer Mutter die Familie terrorisiert und mehrfach schon die Tochter mit Suizidhandlungen real bedroht hat. Marie ist hierdurch tief verunsichert. Indem sie die Rolle der „Streitschlichterin“ übernimmt und dem inneren Zwang folgt, die Eltern ständig „kontrollieren“ zu müssen, übernimmt sie sehr viel Verantwortung für die Erwachsenen. Das „Familiengeheimnis“ (der psychisch kranke Vater) bindet sie übermäßig, isoliert sie sozial, blockiert ihre emotionale und schulische Entwicklung und führt zu selbstverletzendem Verhalten. In enger Zusammenarbeit mit der Schule konnte hier Besserung erzielt werden.

„Abnorme Erziehungsbedingungen“ beziehen sich sowohl auf elterliche Überfürsorge, als auch auf ungenügende Aufsicht und Steuerung, auf eine Erziehung mit unzureichender Erfahrungsvermittlung sowie auf unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern.

Melanie* kam wegen Drogen- und Beziehungssucht zur Behandlung, die sie jedoch bald abgebrochen hat. Der sehr prinzipientreue und bemühte Vater, der „Hausmann“ ist und sich um die Kinder kümmert, verbietet der 15-jährigen Tochter mit ihm am Mittagstisch zu sitzen, weil sie unzureichende Schulnoten hat und gerne Party's besucht. Auch darf sie sich nicht mit ihm im gleichen Zimmer aufhalten. Melanie's Reaktion auf diese „Erziehung“ ist beginnender Alkoholismus und Opferhaltung für sexuelle Ausbeutung. Sie hat den Schulbesuch aufgegeben.

„Abnorme unmittelbare Umgebung“ meint Erziehung in einer Institution, abweichende Elternsituation, isolierte Familie oder Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung.

* Name geändert, Fallbeispiele aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle, Gesundheitsamt Bremen



Der 14-jährige Ali*, in Bremen geborener Sohn libanesischer Eltern, taucht immer wieder in Panik und Verzweiflung in der Beratungsstelle auf, wenn $\frac{1}{2}$ jährlich der Aufenthaltsstatus geprüft wird und die Ausweisung droht. Er hat vor 3 Jahren in den frühen Morgenstunden eine Polizeirazzia erlebt, die ihm immer wieder alpträumartig vor Augen steht und ist in Bezug auf persönliche Ziele völlig resigniert. Er schläft mit 3 Geschwistern in einem Zimmer, hat sich sozial weitgehend isoliert und den Kontakt zu Freunden abgebrochen. Die Schule besucht er nur noch unregelmäßig, wahrscheinlich wird er das Gymnasium nicht mehr schaffen, obwohl er eine gute Intelligenz hat.

In diesen Beispielen werden unterschiedliche Facetten einer Gewaltproblematik deutlich: physische, psychische, väterliche und staatliche Gewalt. Eine wichtige Ursache für die psychische Erkrankung ist die langzeitliche Einwirkung und die Ungeschütztheit der Betroffenen.

Psychosoziale Anpassung

Auch in der „Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung“ der Versorgungsdokumentation 2005 (ICD 10, 6. diagnostische Achse) zeigen die Kinder und Jugendlichen deutliche Auffälligkeiten: zwei Drittel weisen klare (alltags-)funktionelle Beeinträchtigungen auf. Diese zeichnen sich durch mangelnde Teilhabe und Anpassung in Beziehungen, in der Bewältigung von sozialen Situationen (Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung), in Schule und Berufsausbildung, bei Freundschaften, Interessen und Freizeitaktivitäten aus.

Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen ist psychosozial „unangepasst“ und von „teilnehmenden“ förderlichen soziokulturellen Bezügen (z.B. Schule, Freundschaften) ausgegrenzt. Gesellschaftliche Ausgrenzung aufgrund von „psychischer Störung“ ist hier eine indirekte Folge von Benachteiligung und relativer Armut.

An dieser Stelle überschneiden sich die beiden Konzepte von „Lebenslage“ und „WHO-Klassifikation psychischer Störungen“. In beiden steht das Risiko psychischer Erkrankung in direkter Verbindung mit der subjektiven Erfahrung des „Nicht-Teilhaben-Könnens“. Das Gefühl der „Teilhabe“ aber ist grundlegende Voraussetzung, um die „Selbstwirksamkeit“ zu erfahren, was wiederum Individualität und Identitätsgefühl möglich macht.

So wird die Notwendigkeit der Unterstützung durch die Jugendhilfe im Rahmen der sozial-psychiatrischen Beratung erklärlich, sowie die Tatsache, dass in Verbindung mit der psychiatrischen Intervention die gezielte Förderung durch pädagogische Hilfen oft unentbehrlich ist.

Diese Kinder und Jugendlichen benötigen einen professionell gestützten Lebensrahmen, der die vielfältigen Nachteile in der Befähigung zur psychosozialen und kulturellen Eingliederung ausgleicht. Es geht um die Stärkung ihrer personalen, kulturellen und sozialen Ressourcen durch pädagogische Hilfestellung in Begleitung und in Fortsetzung von therapeutischen Maßnahmen, damit letztere effektiv und sinnvoll sind. Eine „rein“ klinisch-psychiatrische Symptombehandlung (z.B. Psychotherapie, Medikamente) wird diesen Ansprüchen nicht gerecht.

* Name geändert, Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle, Gesundheitsamt Bremen



Auf einen Blick

- „*Motivierung zu Veränderung einer als problematisch erlebten Lebenssituation*“ ist ein wichtiger Anteil der therapeutischen Arbeit in der ambulanten sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche am Gesundheitsamt Bremen. Überwiegend stammen die Kinder und Jugendlichen mit ihren (Ersatz-) Familien aus schwierigen sozialen und kulturellen Verhältnissen und können Beratung und Hilfe nicht von sich aus in Anspruch nehmen.
- *Materielle Armut und Benachteiligung* sind Einflussfaktoren auf die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In Diagnostik und Beratung müssen deshalb insbesondere „schwierige psychosoziale Lebensumstände“ und „psychosoziale Anpassungsprobleme“ berücksichtigt werden
 - Die Vermittlung zur sozialpsychiatrischen Beratung erfolgte im Jahr 2005 überwiegend durch das Jugendamt / Sozialamt (Erzieher/innen, Sozialpädagoge/innen u.a.) oder durch die Schule (Lehrer/innen).
 - Nur ca. 6% der Kinder bzw. Jugendlichen bzw. 18% der Eltern wandten sich direkt an die Beratungsstelle.
 - Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in der sozialpsychiatrischen Beratung lebte bei einem alleinerziehenden Elternteil.
 - Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in der sozialpsychiatrischen Beratung besaß eine ausländische Nationalität.
 - Jede/r zweite Jugendliche in der sozialpsychiatrischen Beratung, die/der eine weiterführende allgemeinbildende Schule besuchte, befand sich in einer Hauptschule.
- Das „*Verhalten mit Krankheitsfolge*“ ist für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Lebenslagen ein Lösungsmuster, das offensichtlich gesellschaftspolitisch akzeptiert wird.
- *Jugendhilfe* mit zusätzlichen sozialpädagogischen Hilfsangeboten ist häufig Grundvoraussetzung für sinnvolle therapeutische Arbeit. Diese Unterstützungsangebote wirken sich stabilisierend auf die Lebenssituation dieser Kinder und Jugendlichen aus.



Risiko- und Schutzfaktoren im sozialen Kontext - Handlungsansätze für Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis -

Elisabeth Horstkotte

Was Kinder schützt

Die wachsende soziale Polarisierung in Städten macht auch vor den Kindern nicht halt. Risikobelastete Lebenslagen mit unzureichenden soziokulturellen und gesundheitlichen Ressourcen, wie z.B. Armutslagen, Bildungsmangel, führen zu grundlegenden Erfahrungen von Einschränkung und Ausgrenzung. Sie beeinflussen die Persönlichkeitsentfaltung von Kindern und können ihre Entwicklung gravierend beeinträchtigen.

Auch für Kinder und Jugendliche in der Stadt Bremen öffnet sich zwischen den Jahren 1998 und 2005 die Schere im Sinne einer Verfestigung benachteiligender Lebenslagen und damit wachsender Ausgrenzungsgefahr zunehmend. Die vorgestellten Ergebnisse aus den Schulingangsuntersuchungen des Schulärztlichen Dienstes zwischen 1998 und 2002 bzw. 2005 weisen auf eine überproportionale Zunahme gesundheitlicher und sozialer Risiken bei Kindern aus benachteiligten Wohnvierteln hin.

Im Nachfolgenden wird dargestellt, was Kinder schützen kann und welche Ressourcen sie für eine gelingende Lebensbewältigung benötigen. Es wird den Fragen nachgegangen, welche Stärken und Kompetenzen Kindern am besten helfen, die Risikolagen ihrer Entwicklung zu bewältigen und auf welchen Wegen diese Widerstandskräfte gestärkt werden können, um die eigene Entwicklung positiv zu gestalten.

Entwicklungsübergänge mit ihren zahlreichen Aufgaben und erhöhten Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit erfordern besondere Anstrengungen von Kindern und Jugendlichen. Risikobelastete Lebenssituationen, insbesondere Armutslagen, wirken sich nachteilig vor allem auf Schwangerschaft und Geburt, auf die Säuglingszeit, die Grundschulzeit und die Pubertät aus. Biologische Risiken, wie z.B. niedriges Geburtsgewicht oder Erkrankungen in der frühen Kindheit, treten mit zunehmendem Lebensalter in den Hintergrund. Sie werden abgelöst von psychosozialen Risiken, die überwiegend im familiären und im schulischen Bereich liegen (z.B. familiäre Gewalt, Verhaltensprobleme in der Schule).⁶⁷ Dennoch entwickeln sich viele Kinder trotz des Zusammentreffens mehrerer Risikofaktoren erstaunlich positiv. Die Widerstandskraft der Kinder, die trotz benachteiligender Lebensbedingungen eine gute Entwicklung durchlaufen, wird *Resilienz* genannt.⁶⁸

Eine Schlüsselfunktion bei der Bewältigung von Stress- und Risikosituationen nehmen moderierende Schutzfaktoren ein. Sie können dazu beitragen, dass belastende Lebenssituationen mit geringerer Wahrscheinlichkeit zu Entwicklungsstörungen führen.⁶⁹ Dabei sind die Effekte schützender (aber auch risikoerhöhender) Faktoren abhängig von Alters- und Geschlechtseinflüssen. Während z.B. Mädchen in der Regel eher über personale Ressourcen (wie z.B. Temperament, Problemlösefertigkeiten, Selbstwertgefühl) verfügen, ist für Jungen die soziale Unterstützung durch andere Menschen wichtig.⁷⁰ Diese Erkenntnisse aus der Resilienzforschung sind für Präventionsansätze bedeutsam.

⁶⁷ Laucht 2000

⁶⁸ Werner 1999

⁶⁹ Wustmann 2004 und 2005

⁷⁰ Petermann 1998



Schutzfaktoren und Resilienz

Ein *positives Bindungsverhalten* von Kindern zu ihren Eltern ist Grundlage für eine gelingende Elternschaft. Ergebnisse der Bindungsforschung zeigen auf, dass Säuglinge mit einem „schwierigen“ Temperament seltener eine sichere Bindung zu ihren Müttern (und Vätern) entwickeln können als „pflegeleichte“ Säuglinge. Entscheidend für ein sicheres bzw. unsicheres Bindungsverhalten sind aber weniger die angeborenen Temperamentsunterschiede, sondern eher die Folgen positiver oder negativer Erziehungsreaktionen der Mütter (und Väter). Hierbei stehen das kindliche Temperament sowie das Erziehungsverhalten in einer wechselseitigen Abhängigkeit. Resiliente Kinder verfügen in der Regel über ein sicheres Bindungsverhalten.

Im Schulalter wirken altersangemessene Kommunikationsmöglichkeiten, ein gutes Sprach- und Lesevermögen sowie die Fähigkeit zur Aufmerksamkeits- und Impulskontrolle als Schutzfaktoren. Diese *soziokulturellen Ressourcen* befähigen Kinder auch in schwierigen Lebenssituationen, sich Wissen anzueignen und unterschiedliche Perspektiven wahrzunehmen, um komplexe Zusammenhänge erkennen zu können.

Im Jugendalter nimmt zunehmend die *Selbstwirksamkeitsüberzeugung (internale Kontrollüberzeugung)* einen wichtigen Stellenwert ein. Die subjektive Überzeugung der Kontrolle über das eigene Leben („Ich bin dem gewachsen, ich kann das selber bewältigen“) ist eine wichtige Ressource. Ein positives Selbstkonzept und Sozialkompetenz sind Voraussetzungen für die Bewältigung von Krisen und Gestaltung des eigenen Lebensraumes. Die schützende Wirkung dieser Selbstwirksamkeitsüberzeugung liegt in der Motivation und Durchführung von aktiven Bewältigungsversuchen in Krisensituationen.⁷¹

Kinder und Jugendliche in risikobelasteten Lebenslagen benötigen zur Bewältigung von Stress- und Belastungssituationen *unterstützende Lebenswelten*: Soziale Kontakte zu Bezugspersonen außerhalb der Familie, die Sicherheit vermitteln und als positive Vorbilder dienen (z.B. Nachbarn, LehrerInnen, Freunde), können bei der erfolgreichen Bewältigung von Stress- und Belastungssituationen helfen. Ein wertschätzendes Schulklima mit transparenten und konsistenten Strukturen, positiver Verstärkung der Leistungsbereitschaft und Förderung von Basiskompetenzen wirkt ebenfalls als Schutzfaktor. Professionelle Hilfsangebote sozialer Einrichtungen (Beratungsstellen, Frühförderstellen, Angebote der Familienbildung) aber auch Sportvereine mit niedrigschwelligen Zugangsmöglichkeiten zählen zu den sozialen Ressourcen auf kommunaler Ebene.

Unterstützende Lebenswelten bedeuten:

Eine stabile emotionale Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder zu einer *verlässlichen Versorgungsperson*

Emotionale und soziale Unterstützung außerhalb der Familie (z.B. durch Nachbarn, Verwandte, ErzieherInnen, LehrerInnen)

Transparente und konsistente *Strukturen und Regeln*

Positive Rollenvorbilder, Normen und Werte in der Gesellschaft

Ressourcen auf *kommunaler Ebene* (z.B. Beratungsstellen, Familienbildung, Vereine)

⁷¹ BZGA 1998



Risikobelastete Lebenslagen

Anhaltend benachteiligende Lebenslagen können den Entwicklungsverlauf von Kindern grundlegend ungünstig beeinflussen. Die Startchancen sind ungleich schlechter, je länger psychosoziale Risiken während Schwangerschaft und Säuglingszeit anhalten. Insbesondere Familien in Armutslagen, häufig Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil und/oder Familien mit Migrationshintergrund, verfügen zumeist nur unzureichend über soziokulturelle (soziales Netz, Sprache, Bildung etc.) und gesundheitliche Ressourcen.

So kann auch die geringere Bereitschaft von Eltern, die kostenlosen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen ihrer Kinder wahrzunehmen, dazu führen, dass Entwicklungsrückstände häufig erst im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen entdeckt werden. Mangelnde Basiskompetenzen in den Bereichen Bewegung, Sprache und Sozialverhalten beeinflussen den Kindergarten- und Schulalltag dieser Kinder negativ und können schon frühzeitig zu Ausgrenzung und psychosozialen Anpassungsproblemen führen. Übergewicht bei Kindern scheint sich inzwischen zu einem zuverlässigen Gesundheitsindikator für soziale Benachteiligung zu entwickeln.

Kindertagesheime sind in der Regel die erste außerfamiliäre Sozialisationsinstanz für Kinder. Über die Kinder kann ein niedrigschwelliger Zugang zu Müttern und Vätern in benachteiligten Lebenslagen gewonnen werden. Im Lebensraum Kindertagesheim können Eltern ohne Diskriminierung oder Ausgrenzung eine Stärkung ihrer Erziehungskompetenzen erfahren. Kinder können ein Lernklima vorfinden, das Sicherheit und Stabilität bietet. Das geschützte Umfeld kann unterstützende Beziehungen außerhalb der Familie (ErzieherInnen, Freunde) fördern und neue Kulturerfahrungen (z.B. Essgewohnheiten) bieten. Hierdurch können die ungleichen Chancen, die diese Kinder insbesondere im Hinblick auf den Schulbeginn haben, ausgeglichen werden. Für diese Aufgaben sollten Kindertagesheime gestärkt werden, wobei auch die Rahmenbedingungen dem Unterstützungs- und Beratungsbedarf entsprechen müssen. Trotz vielfacher Anstrengungen, ErzieherInnen zu qualifizieren, erschweren die Rahmenbedingungen in bremsenden Kindertagesheimen mit einer Gruppengröße von in der Regel 20 (3-6-jährigen) Kindern eine Umsetzung des Erziehungs- und Bildungsauftrages.

Schule kann Risiko und Chance zugleich sein. In Deutschland verstärkt Schule jedoch häufig soziale Ungleichheiten und produziert u.a. systembedingt Versagerkarrieren. Hierfür verantwortlich ist ebenfalls die Tendenz zur sozialen Entmischung an Schulen. Andererseits setzt sich auch in Pädagogik und Sozialpädagogik zunehmend die Erkenntnis der neueren Resilienzforschung durch, dass „Resilienzförderung“ ein Aspekt des schulischen Bildungsauftrages gerade für Kinder aus schwierigen Lebensverhältnissen sein sollte.⁷² Schule kann gerade für risiko- und problembelastete Kinder zur „positiven Gegenerfahrung“ werden. Struktur, Kontinuität, positive Kontakte mit verständnisvollen Erwachsenen, Freundschaften etc. können die Basis für eine positive Entwicklung bieten, in der Kinder und Jugendliche Anerkennung erfahren.⁷³ Vor allem Ganztagschulen besitzen theoretisch gute Voraussetzungen, soziale Kompetenzen und Gesundheitsbewusstsein zu vermitteln und zu stärken, die im geschützten Lebensraum Schule erlernt und ausprobiert werden können. Auch hier müssen die Rahmenbedingungen sowohl für Schüler/innen als auch für Lehrkräfte dem Anspruch an ganzheitliches Lernen entsprechen.

⁷² Göppel, 1999

⁷³ Schlenker-Schulte 1999



Kriterien für eine nachhaltige Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel einer positiven Lebensbewältigung trotz benachteiligender Lebenslagen muss in der jeweiligen sozialen Lebenswelt einsetzen. Benachteiligte Kinder und Jugendliche können am ehesten in den „Settings“ *Kindertagesheim* und *Schule* erreicht werden. Hierbei sollte sich Gesundheitsförderung nicht nur an einzelne Kinder und Jugendliche bzw. deren Familien richten, sondern die gesamte Organisation (ErzieherInnen, LehrerInnen, Arbeitsbedingungen etc.) in den gesundheitsfördernden Prozess einbeziehen. Bisher überwiegen Projekte, die Einzelaspekte der Prävention und Gesundheitserziehung aufgreifen (Bewegungs- und Sprachförderung, Ernährungserziehung etc.), ohne den Kontext der sozialen Gesamtorganisation einzubeziehen.

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und deren Familien

Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit (z.B. aufsuchend, begleitend)

Settingansatz (Gesundheitshandeln und strukturelle Veränderungen) sollte berücksichtigt werden

Beteiligungs- und Gestaltungsmöglichkeit für die Zielgruppe (*Partizipation*)

Stärkung von Ressourcen und Befähigung der Zielgruppe (*Empowerment*)

Wertschätzung unter allen Akteur/innen einschließlich der Zielgruppe

Integrierte Handlungskonzepte (Ressourcenbündelung/ Einbezug aller Akteur/innen)

Vernetzung aller Handelnden im Sozialraum

Nutzung und Ausbau von vorhandenen und *bewährten regionalen Strukturen*

Verlässlichkeit und *Kontinuität* der professionell Handelnden

Nachhaltigkeit (Langfristige Projektwirkung auch über das Projektende hinausgehend)

(BZGA 2005, JMK 2006)

Die Arbeitsgemeinschaften der Obersten Landesjugendbehörden und der Obersten Landesgesundheitsbehörden kommen in ihrem gemeinsamen Bericht „Kinder und Gesundheit“ für die Jugendministerkonferenz 2006 u. a. zu folgenden Schlüssen:⁷⁴

Die Förderung der Kindergesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sie ist politisch als eine ressortübergreifende Querschnittsaufgabe anzusehen:

„...Demgemäß wäre es auch folgerichtig, die Kosten, die aus einer Verstärkung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern erwachsen, nicht allein der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen anzulasten...“ (Zitat)

⁷⁴ JMK 2006



Vorhandene Strukturen müssen effektiver und effizienter genutzt werden (Gesundheitsämter, Jugendhilfe).

„Geh-Strukturen“ zu bestimmten Zielgruppen müssen verstärkt ausgebildet werden, um dort als „Türöffner“ zu dienen.

Zugehende und regional vernetzte Hilfen für junge Familien (z. B. Familienhebammen, Familiengesundheitspfleger/innen) sollten intensiver gefördert werden.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindertagesheimen und Schulen sollten auch die ErzieherInnen bzw. Lehrkräfte mit einbeziehen (soziale Organisation).

Ganztagsschulen machen durch veränderte Strukturen eine enge Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule möglich.

Frühe Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung müssen frühzeitig einsetzen. Der Bezugspunkt sollte der unmittelbare Lebensraum sein, in dem die Kinder und ihre Familien leben. Erprobte Modelle für Prävention und Gesundheitsförderung haben mit unterschiedlichen Interventionsansätzen die Zielgruppe „sozial benachteiligte (arme) Kinder“ im Blick. Das Spektrum der Interventionsziele reicht von der *Sicherstellung des Kindeswohls* (Düsseldorf) über *frühzeitiges Erkennen und Gegensteuern von Entwicklungsdefiziten* (NRW) bis hin zum Aufbau einer *Präventionskette (Bausteinsystem)* und eines *Trägernetzwerkes* im Stadtteil (Monheim).

Soziale Frühwarnsysteme

„*Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen*“, ein Präventionsprojekt, welches mit dem Deutschen Präventionspreis 2006 ausgezeichnet wurde, hat die Sicherung des Kindeswohls von Kleinstkindern und eine frühzeitige Entwicklungsförderung im Blick. Das Projekt unter Führung des Jugendamtes und des Gesundheitsamtes sowie der Gesundheitskonferenz Düsseldorf kooperiert mit Düsseldorfer Geburts- und Kinderkliniken, Hebammen, niedergelassenen Kinder- und Frauenärzten, Frühfördereinrichtungen, Kinderschutzambulanz, Kindertagesstätten u.a.. Kinder in gesundheitlichen bzw. sozialen Risikolagen werden frühzeitig, möglichst vor der Geburt über eine zentrale Clearingstelle (Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes und des Jugendamtes) im Projekt angemeldet. Die Clearingstelle leitet nach einem Hausbesuch eine koordinierte Vorsorge und Beratung der Eltern während der ersten drei Lebensjahre ein. Verbindliche zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr sichern eine engmaschige Entwicklungsbegleitung des Kindes. Angebote zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung werden für diese Elterngruppe intensiviert.⁷⁵

„*Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien*“ ist ein aus verschiedenen Einzelprojekten bestehendes Modellprojekt in NRW, das an mehreren Standorten zwischen 2001 und 2004 erprobt wurde. Allen Projekten liegen die Basiselemente „Wahrnehmen“ (von riskanten Entwicklungen), „Warnen“ und „Handeln“ zugrunde, um in verbindlicher Zusammenarbeit verschiedener Akteure riskante Entwicklungen frühzeitig erkennen und interdisziplinär im Sinne von „Hilfe für die Familie“ handeln zu können. Bezugsdimension der einzelnen Projekte sind die Zielgruppe benachteiligter Kinder und Familien oder deren Sozialraum.

Projektziele sind „Früherkennung riskanter Entwicklungen im Säuglings- und frühen Kindesalter“, „Begleitung biografischer Übergänge im Kinderleben“ bis hin zu „integrierte (Sozial-)Raumwahrnehmung“. Mit einem landesweiten Ausbau von Frühwarnsystemen im Sinne von Wahrnehmen, Warnen und Handeln ist in NRW mit Unterstützung des Ministeriums für

⁷⁵ Landeshauptstadt Düsseldorf 2006



Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und des Institutes für Soziale Arbeit Münster inzwischen begonnen worden.⁷⁶

„*TippTapp – Gesund ins Leben*“ ist ein auf die regionalen Besonderheiten in der Stadt Bremen zugeschnittenes Präventionsprojekt mit verschiedenen Bausteinen zur Sicherung der kindlichen Entwicklung. Zielgruppe dieses geplanten Projektes sind (werdende) Eltern in Wohnquartieren mit außergewöhnlich großer sozialer und gesundheitlicher Risikodichte. In Bremen sind das die 20% aller Ortsteile, die die größte soziale Benachteiligung aufweisen. (s. Benachteiligungsindex: Anhang Abbildung 13)

Im Sinne eines sozialen Frühwarnsystems soll der bewährte Arbeitsansatz der Bremer Familienhebammen und des dezentral in den Stadtteilen tätigen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes um eine aufsuchende Frühberatung durch Kinderkrankenschwestern erweitert werden. Dabei liegt die Planung und Verantwortung bei der Sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes Bremen.

Drei Projektbausteine mit unterschiedlichen Interventionsansätzen sollen die gesundheitliche Entwicklung von gefährdeten Säuglingen und Kleinkinder sicherstellen:

Die „*Aufsuchende Beratung*“ hat neben einer individuellen Beratung zu Bedürfnissen des Kindes das Ziel, die Familiensituation im Hinblick auf das Kindeswohl einzuschätzen und ggf. verbindliche Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls einzuleiten. Diese Hausbesuche haben eine „Türöffnerfunktion“, um Eltern zu motivieren, weitere unterstützende Angebote im Sinne einer „Frühberatung“ im Stadtteil anzunehmen. Das Teilprojekt „*Read to me*“ ist als weiterer Baustein in die „Aufsuchende Beratung“ integriert.⁷⁷ Dieses in Kanada erprobte Modell des frühkindlichen Lernens mit dem Ziel einer verbesserten Kommunikation und frühen Unterstützung der Sprachentwicklung soll als sozialkompensatorische Maßnahme an die Familien herangeführt werden. Fünf zeitnahe „*Einladungen zu den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen*“ U6 bis U9 als dritter Baustein sollen die Teilnahmequote an Früherkennungsuntersuchungen zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr insbesondere bei Familien in risikobelasteten Lebenslagen verbessern.

„Aufsuchende Beratung“: Kinderkrankenschwestern der regionalen Stadtteilteams des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes führen bei Familien in besonders belasteten Wohnquartieren innerhalb des ersten Lebensjahres ihres Kindes drei aufsuchende Gesundheitsberatungen (Hausbesuche) durch. Neben Informationen zur Gesundheit und Kindesentwicklung sowie zum sozialen Netzwerk des Wohnumfeldes, ist eine Beurteilung zur Gefährdung (bzw. Nichtgefährdung) des Kindeswohls vorgesehen. Bei erkanntem Beratungs- oder Unterstützungsbedarf sollen diese Familien adäquate Hilfe erhalten und schnell und zuverlässig an vorhandene Angebote im Stadtteil verbindlich vermittelt werden. An der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe ist hier eine enge Kooperation und Vernetzung zu den vorhandenen Akteuren im Stadtteil erforderlich.

Zu diesen zählen:

- Kinder- / Geburtskliniken,
- niedergelassene Kinder- / Frauenärzte,
- Familienhebammen,
- Frühförderstellen,
- Ambulanter Sozialdienst,
- Häuser der Familie,
- Sozialpädagogische Familienhilfe,
- Psychologische Beratungsstellen,
- Kinderschutzbund u.a.

⁷⁶ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2005

⁷⁷ Millhofer 2005



„Read to me“ - ein in Kanada mit gutem Erfolg erprobtes Projekt, möchte die praeliteral-symbolische Kompetenz der Kinder als wichtigen Bestandteil der gesunden Entwicklung und des Wohlbefindens frühzeitig fördern. Junge Familien sollen schon möglichst vor der Geburt ihr Wissen um die Bedürfnisse und Lernfähigkeit ihres Kindes erweitern und erhalten im Rahmen der aufsuchenden Beratung Projektmaterial und Informationen zu altersgerechter Bildungsmöglichkeit und Lektüre im ersten Lebensjahr ihres Kindes.

Zeitnahe „Einladungen zu Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen“ zu den jeweils vorgesehen Untersuchungsterminen zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr verfolgen das Ziel, die unzureichende Teilnahme von Kindern aus Familien in risikoreichen Lebenslagen zu steigern und damit eine bessere gesundheitliche Versorgung dieser Kinder zu gewährleisten.

Ein Projektbeirat aus Vertreter/innen der Sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes, des Teilprojektes „Read to me“, der ambulanten Jugendhilfe sowie der Frühkindlichen Förderung / Bildung soll Verantwortlichkeiten für Rahmenbedingungen des Projektes zusammen führen.

Die Besonderheiten dieses Projektes liegen einerseits in der aufsuchenden Tätigkeit durch Mitarbeiterinnen, die im jeweiligen Stadtteil gut integriert und akzeptiert sind. Andererseits können, ohne dass neue Instanzen geschaffen werden müssen, durch aufsuchende Gesundheitsberatung (*Geh-Struktur, Türöffnerfunktion*) und regional vernetzte Hilfen für junge Familien relativ kostengünstig die vorhandenen Strukturen aus den Bereichen Gesundheit und Jugendhilfe effektiv und effizient genutzt werden.

Integrierte Handlungskonzepte in der Gesundheitsförderung

Kindertagesheime und Schulen als Setting haben ein großes Potenzial als Knotenpunkt für kommunale Vernetzungsstrategien. Dort kann Gesundheitsförderung auf mehreren Ebenen im Sinne eines *integrierten Handlungskonzeptes* ansetzen. Ziele sollten sein:

Unterstützung der Familien in ihrem Alltag, ihrer Erziehungskompetenz, ihrem Gesundheitsverhalten und ihrem SelbsthilfePotenzial

Intensivierung der direkten und informellen Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Jugendhilfe, Kindertagesheim, Schule, Gesundheitsamt und anderen lokalen Akteuren

Effektive Nutzung und Ausbau vorhandener Ressourcen: Vernetzung und Kooperation im jeweiligen Sozialraum sowie Verknüpfung und Ergänzung der vorhandenen Strukturen

Vermeidung mittelfristiger Maßnahmen aus dem Bereich Hilfen zur Erziehung durch frühzeitige Stärkung der Familien

Das Projekt „*Mo.Ki. – Monheim für Kinder*“ wurde 2002 – 2004 von der Stadt Monheim und der AWO Niederrhein für das Berliner Viertel in Monheim, einem „Stadtteil mit besonderem Erneuerungsbedarf“ entwickelt.⁷⁸ Das mit dem Deutschen Präventionspreis 2004 ausgezeichnete Projekt besteht aus zwei Schwerpunkten, die sich als zukunftsweisend und tragfähig erwiesen haben:

- Aufbau einer kommunalen mehrschichtigen Präventionskette für Kinder
- systematische Entwicklung eines Trägernetzwerkes

Kindertagesheime in einem benachteiligten Stadtteil als erste allgemeine öffentliche Angebote von Bildung, Erziehung und Betreuung sind Knotenpunkte für eine zentrale Vernetzungsstrategie. Die Präventionskette enthält Bausteine mit präventionsorientierten Aktivitäten für Kinder, Eltern und Fachkräfte im Sozialraum. Sie kann mit ihrer Vielzahl unterschiedlicher Angebote auch in anderen Settings verwirklicht werden:

⁷⁸ Holz 2005



Neben Bausteinen für die Arbeit mit Kindern zur „Sprach-, Bewegungs- und Gesundheitsförderung“ wurden Module zur „Familienberatung und Familienbildung“ entwickelt.

Angebote zur Qualifizierung von Fachkräften enthalten Bausteine zur „Erzieherlinnenausbildung“, „KiTa-Leitungsrunde“ u.a.

Der Sozialraum mit seinen Ressourcen wird in den Bausteinen „Kommunale Kinder- und Jugendhilfeplanung“, „Interkulturelle Öffnung des Stadtteils“ u.a. berücksichtigt.

Integriertes Handlungskonzept in risikobelasteten bremischen Wohnquartieren

Knapp 30% aller Kinder unter 15 Jahren in der Stadt Bremen sind im Jahr 2006 Sozialgeldempfänger, Tendenz steigend.⁷⁹ Viele dieser Familien haben einen erhöhten Unterstützungsbedarf in ihren Erziehungskompetenzen. Die Stärkung der Ressourcen ihrer Kinder im Rahmen von settingorientierter Gesundheitsförderung in Kindertagesheim und Schule scheint dringend geboten.

Gesundheitsförderung von Kindern und deren Familien in benachteiligenden Lebenslagen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss politisch als *ressortübergreifende Querschnittsaufgabe* akzeptiert sein. Nur dann kann es gelingen, die vorhandenen Strukturen in den Ressorts Jugend, Bildung und Gesundheit „effektiver und effizienter“ zu nutzen, um insbesondere sozial benachteiligte Kinder und deren Familien wirksam zu unterstützen und zu fördern. Die Notwendigkeit struktureller Veränderungen wie z.B. ein möglichst frühzeitiger und zumindest im Vorschuljahr kostenfreier Kinderbetreuungsplatz und mehr Ganztagsschulen ist hinlänglich bekannt. Diese strukturellen Veränderungen bilden die Voraussetzungen für nachhaltige, zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung in Kindertagesheimen und Schulen.

In Bremen existiert eine Vielzahl von Projekten zur Familienförderung in verschiedenen Konstellationen. Sowohl unterschiedliche soziale Träger, als auch Kindertagesheime und Schulen bieten gesundheitsfördernde Projekte an: Projekte zur Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern („Opstapje“, „Triple P“, „Rucksack“), die Frühberatungsstelle „Mobile“ oder Projekte zur Ernährung und Bewegung („Kartoffelland“, „Bewegungskindergarten“, „Kinder in Schwung“) sowie zum Zahnputzverhalten, zum Stressabbau oder Sozialtraining in Kindertagesheimen und Schulen („Ganz schön stark“). So sehr die Vielzahl der Projekte für Kreativität und konzeptionelle Stärken in Bremen steht, sollte nicht übersehen werden, dass einzelne Projekte erhebliche Beiträge von Eltern erfordern, die von sozial benachteiligten Familien häufig nicht finanziert werden können. Die Teilnehmerzahlen sind häufig derart klein, dass ein bedarfsgerechter Zugang nicht gewährleistet ist.

Die flächendeckende Sprachstandserhebung mit anschließender sprachheilpädagogischer Förderung von Kindern kann gezielt insbesondere sozial benachteiligte Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertagesheimen erreichen. Bewegungs- und Sprachförderung, Ernährungserziehung und Stärkung der Sozialkompetenz sollte jedoch *im pädagogischen Regelangebot* langfristig verankert sein, um *alle* Kinder, insbesondere (sozial) benachteiligte Kinder ohne Ausgrenzung und Diskriminierung frühzeitig und effektiv zu fördern.

Sofern sich hier positive Veränderungen erzielen lassen, könnte das vorgestellte Projekt „Mo.Ki – Monheim für Kinder“ durchaus auf Bremen übertragen werden, ohne dass neue Instanzen geschaffen werden müssen. Durch eine konsequente Vernetzung unterschiedlicher, bereits vor Ort tätiger Anbieter und Ausweitung bestehender Kooperationen kann auch in Bremen eine wirkungsorientierte (Früh-)Förderung in unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten aus dem bestehenden System heraus entwickelt werden.

⁷⁹ Matthes 2006, Bremer Institut für Arbeitsmarktforschung 2006

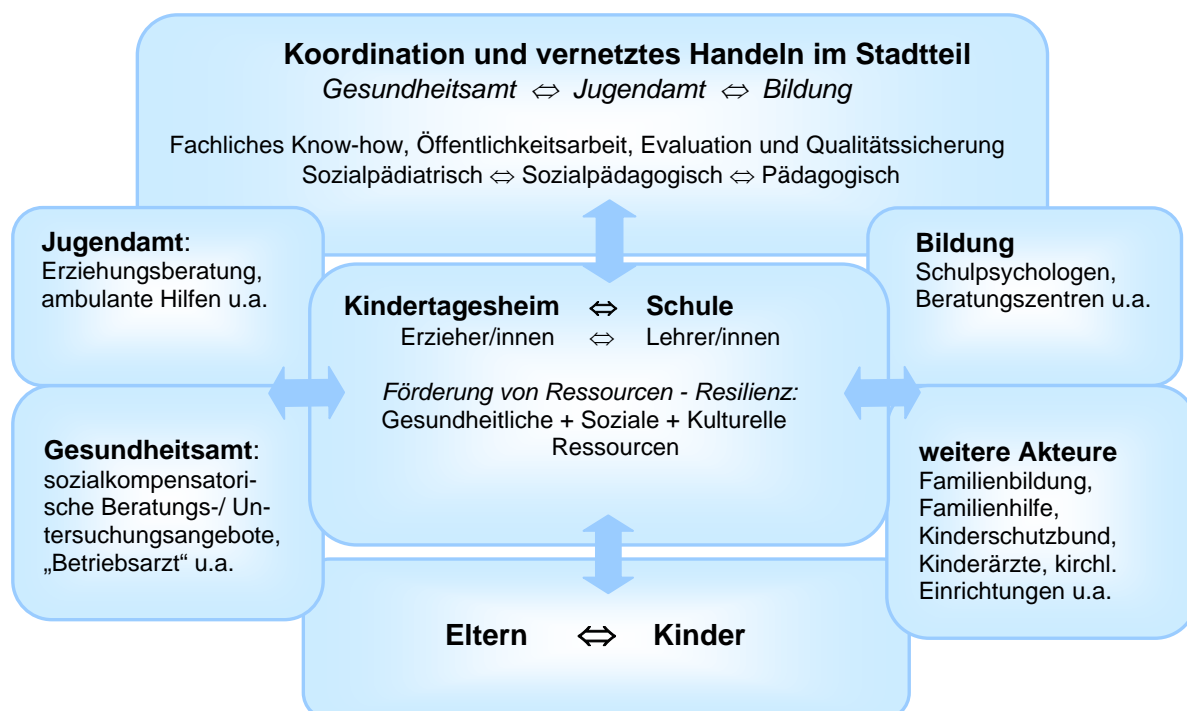


Strukturelle Voraussetzungen für das Aufwachsen sozial benachteiligter Kindern „im Wohlergehen“ sind:

- Ausbau von qualifizierten Betreuungsangeboten für 0-3-jährige Kinder in risikobelasteten Lebenslagen
- Ausbau von Ganztagsplätzen in Kindertagesheimen (Mindestbeitrag sollte den monatlichen Beitrag für das tägliche Mittagessen nicht überschreiten), kostenfreies Vorschuljahr im Kindertagesheim sowie Ausbau von Ganztagschulen
- Einrichtungsübergreifende Weiterqualifizierung der ErzieherInnen bzw. LehrerInnen für den Bildungsauftrag „Resilienzförderung“ (Nutzung bereits vorhandener Ressourcen im Stadtgebiet)
- Veränderung der Regelangebote in Kindertagesstätten bzw. des Curriculums für Schule im o.g. Sinne
- Angemessene Ausstattung mit Personal

Im Folgenden werden die Aufgaben der Hauptakteure aus Jugendamt, Gesundheitsamt und Bildung in einem integrierten Handlungskonzept im Stadtteil mit Kindertagesheim oder Schule als Knotenpunkt beispielhaft skizziert. Neben der Regieaufgabe für Koordination und Vernetzung der einzelnen Anbieter muss das jeweilige Fachwissen aus Sozial- und Heilpädagogik, Sozialpädiatrie und Pädagogik an die jeweiligen Akteure im Setting herangetragen werden. Nur mit einem gemeinsamen Konzept können Kinder in ihren Ressourcen optimal gestärkt werden. Sozialkompensatorische Beratungs- und Untersuchungsangebote können im Setting verlässlich verwirklicht werden. Eine koordinierte kleinräumige Gesundheits- und Sozialberichtserstattung kann Bedarfe von Kindern zeitnah benennen, um gezielte Interventionen zu veranlassen. (Abbildung 12)

Abbildung 12: **Beispiel für ein integriertes Handlungskonzept mit den beteiligten Akteuren im Stadtteil im Sinne einer präventiven Kinder- und Jugendgesundheitsförderung**





Ziel eines integrierten Gesundheitsförderungskonzeptes sollte nicht allein die Stärkung der Ressourcen der *Kinder* für eine gelingende Lebensbewältigung sein. Vernetztes Handeln im Stadtteil bedeutet ebenfalls, *Eltern* zu erreichen, deren Lebenseinstellung von Passivität und sozialem Rückzug geprägt ist. Diese Eltern besitzen auf Grund sozialer Benachteiligung und fortschreitender Einschränkungen ihrer Handlungsspielräume nur noch einen geringen „Gestaltungsoptimismus“. Sie zu aktivieren bedeutet, den Teufelskreis von Benachteiligung und sozialem Rückzug zu durchbrechen und ihnen ein Gefühl der Zugehörigkeit und Anerkennung zu vermitteln.

Ihre Beteiligung an einer Aktivität wird nur gelingen, wenn sie davon zu überzeugen sind, dass der persönliche *Nutzen* einer Beteiligung (Anerkennung, Zugehörigkeitsgefühl) die *Nachteile* (Angst vor Misserfolg, Sanktionen o.a.) überwiegt. Kleine unspektakuläre („Selbermach“-) Projekte „auf Augenhöhe“, die in hohem Maß zur Stärkung des Selbstvertrauens und zur Vertrauensbildung im Stadtteil beitragen, können am ehesten zu einer Verbesserung ihrer Situation beitragen. Die zunächst eigennützig motivierte Beteiligung kann hierdurch zu sozialer Vernetzung und Integration der gesamten Familie führen.⁸⁰

Kindertagesheime und Schulen stellen die wichtigsten außerfamiliären Orte dar, in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten und entwickeln können. In diesem sozialen Kontext, der Bildung, Erziehung und Betreuung einbezieht, können nachteilige Auswirkungen von besonders belastenden familiären Lebenslagen ausgeglichen werden.

Sozial benachteiligte, oft leistungsschwache Kinder und Jugendliche brauchen eine Lobby. Die zunehmende Anzahl von Jugendlichen ohne Schulabschluss und Lebensperspektive, zumeist aus sozial benachteiligten Familien und oft mit Migrationshintergrund wird in regelmäßigen Abständen problematisiert. Jedoch werden bisher weder grundlegende Weichen noch ausreichende Ressourcen bereitgestellt.

Denken und Handeln über Budgetgrenzen und fachliche Abgrenzungen der Ressorts hinweg sowie die Bereitschaft zu strukturellen Veränderungen in der Kommune sind Voraussetzungen für einen Paradigmenwechsel von *reaktiver* zu *präventiver* Kinder- und Jugendgesundheitsförderung. Hierzu ist ein gesellschaftlicher Konsens auf allen Ebenen erforderlich, der als *Leitmotiv die besonderen Anstrengungen auf allen Handlungsebenen* im Blick hat, die notwendig sind, um Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen zu vermindern.

⁸⁰ Strohmeyer 2003



Auf einen Blick

- Gesundheitliche, soziale und kulturelle Ressourcen können Kinder in risikobelasteten Lebenslagen schützen und ihre Widerstandskraft (*Resilienz*) stärken.
- Gesundheitsförderung mit dem Ziel einer positiven Lebensbewältigung und Stärkung der *Resilienz* muss als Bildungsauftrag verstanden werden und in der jeweiligen sozialen Lebenswelt ansetzen
- Soziale Frühwarnsysteme können die Kindergesundheit schützen und einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten.
 - ⇒ „*TippTapp*“, ein in die vorhandenen bremischen Strukturen eingebettetes Projekt des Gesundheitsamtes, erweitert den bewährten Ansatz der aufsuchenden Hilfen der Familienhebammen um eine „Frühberatung“ für junge Familien in risikobelasteten Lebenslagen im Sinne eines sozialen Frühwarnsystems.
- Gesundheitsförderung im *Setting Kindertagesheim* und *Schule* kann Kinder und Jugendliche (und deren Eltern) nachhaltig ohne Ausgrenzung erreichen.
- Kindertagesheim und Schule haben ein großes Potential als *Knotenpunkt* für kommunale Vernetzungsstrategien. Gesundheitsförderung im Stadtteil kann hier im Sinne eines integrierten Handlungskonzeptes auf mehreren Ebenen ansetzen.
- Auch in der Stadt Bremen lässt sich ein *integriertes Gesundheitsförderkonzept* mit Einbezug der Hauptakteure aus Jugendhilfe, Gesundheit und Bildung in risikobelasteten Stadtteilen auf Grundlage der jeweils vorhandenen Strukturen durch konsequente Vernetzung und Kooperation mit anderen Anbietern entwickeln.
- Die Förderung der Kindergesundheit und hier insbesondere der Kinder in risikobelasteten Lebenslagen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hierzu ist ein Paradigmenwechsel von *reaktiver* zu *präventiver* Kinder- und Jugendgesundheitsförderung erforderlich:
 - Sie ist nicht kostenneutral, führt aber mittelfristig zur Verminderung reaktiver Jugendhilfemaßnahmen und weiterer gesellschaftlicher Belastungen, die letztendlich wesentlich höhere Kosten verursachen.
 - In einem gesellschaftlichen Konsens müssen die besonderen Anstrengungen hierzu auf allen Handlungsebenen akzeptiert und umgesetzt werden, um die Benachteiligung dieser Kinder und Jugendlichen auszugleichen.
- Eine hierauf bezogene Gesundheits- und Jugend-/Sozialberichterstattung sollte kleinräumig aufeinander abgestimmt geplant und durchgeführt werden.



Literatur

- Altgeld T., Hofrichter P. (Hg.) (2000): Reiches Land – arme Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Altgeld T., Hofrichter P. (2000): Aufwachsen in Armut – Ein blinder Fleck in der Gesundheitsversorgung? In: Altgeld T., Hofrichter P. (Hg.): Reiches Land – Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Arbeitnehmerkammer Bremen (2005): Armut in Bremen, Bericht 2005. Bremen: Arbeitnehmerkammer
- Arnold K. (1980): Kind und Gesellschaft in Mittelalter und Renaissance., Paderborn: Schöningh
- Beck U. (Hg.) (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/a.M.: Suhrkamp
- Beisenherz H.G. (2002): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. Opladen: Leske+Budrich
- Bilke O. u.a. (2004): Materielle Armut als Risikofaktor bei kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen. 10. Kongress „Armut und Gesundheit“ 3./4. 12. 2004 in Berlin
- Bremer Institut für Arbeitsmarktforschung (2006): Internes Papier des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendhilfe e.V. (BIAJ)
- Büchner P. (1991): Vom Befehlen und Gehorchen zum Verhandeln. Entwicklungstendenzen von Verhandlungsstandards und Umgangsformen seit 1945. In: Preuss-Lausitz U. u.a.: Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder. Zur Sozialisationsgeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg. Weinheim: Beltz
- Bründel H., Hurrelmann, K. (1996): Einführung in die Kindheitsforschung. Weinheim: Beltz
- Buhr P. (2001): Übergangsphasen oder Teufelskreis? Dauer und Folgen von Armut bei Kindern. In: Klocke A., Hurrelmann K. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Buhr P. (2004): Armut und Armutsentwicklung in Deutschland. Status Quo und mögliche Folgen der Reformpolitik. ZeS-Arbeitspapier 4/2004, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik (Hg) Universität Bremen
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: BMAS
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansätze – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret Band 5, Köln: BzGA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Köln: BZgA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3. Köln: BZGA
- Butterwegge C. u.a. (2005): Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Butterwegge C., Klundt M.: Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. In: Das Online-Familienhandbuch www.familienhandbuch.de/cms/Kindheitsforschung-Kinderarmut.pdf Stand [28.05.2006]
- Corak M. u.a. (2005): A Portrait of Child Poverty in Germany. Innocenti Working Paper No. 2005-03. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre
- Dilling H. u.a. (Hg.) (1992): Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern, Göttingen, Toronto: WHO



- Du Bois-Reymond M. u.a. (1994): Modernisierungstendenzen im heutigen Kinderleben: Ergebnisse und Ausblick. In: Du Bois-Reymond M. u.a.: Kinderleben: Modernisierung von Kindheit im interkulturellen Vergleich. Opladen: Leske+Budrich
- Geißler H. (1976): Die neue soziale Frage. Analysen und Dokumente. Freiburg i.B.: Herder
- Geißler R. (2002): Die Sozialstruktur Deutschlands. Gesellschaftliche Entwicklungen vor und nach der Vereinigung. 3. grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Göppel R. (1999): Bildung als Chance. In: Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel: Reinhard
- Helfferich C. u.a. (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. Berlin: Robert Koch-Institut
- Holz G. (2006a): Lebenslagen und Chancen von Kindern in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 26/2006
- Holz G. u.a. (2006b): Zukunftschancen für Kinder – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Endbericht der 3. AWO-ISS-Studie. ISS-Pontifex 2/2006
- Holz G u.a. (2005): Armutsprävention vor Ort – „Mo.Ki – Monheim für Kinder“. Evaluationsergebnisse zum Modellprojekt von Arbeiterwohlfahrt Niederrhein und Stadt Monheim. ISS Pontifex 3/2005
- Holz G., Skoluda S. (2003): Armut im frühen Grundschulalter. Ergebnisse der 2. AWO-ISS-Studie. ISS-Pontifex 1/2003
- Hradil S. (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich
- JMK (2006): „Kinder und Gesundheit“ Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die JMK und GMK 2006. Jugendministerkonferenz 18./19.05.2006 in Hamburg
- Kagitcibasi C. (1996): Family and human development across cultures: A view from the other side. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Keup H. (2005): Risiken von Familien mit Kindern und ihre Bewältigungsstrategien. Fachtagung „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ 05.11.2004, Gelsenkirchen. ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2005
- Keupp H. (1996): Aufwachsen in der Postmoderne: Riskanter werdende Chancen für Kinder und Jugendliche. In: Opp G., Peterander F.: Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft. München, Basel: Reinhardt
- Kirchengast S., Schober E. (2006): To be an immigrant: A risk factor for developing overweight and obesity during childhood and adolescence? J Biosoc Sci 38 (5)
- Klocke A. (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 03/01 Berlin: Robert-Koch-Institut
- Klocke A., Lampert T. (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Berlin: Robert Koch-Institut
- Kraft P. (2001): Schule und Kindheit. Veränderte Kindheit? Veränderte Schule? Internetvorlesung www.prof-kraft.de/schule/plan.htm Stand [05.01.2006]
- Kreis Mettmann (Hg.) (2004): Bericht zur Kindergesundheit 2004. Ergebnisse der Schuleingangs- und Jugendzahnärztlichen Untersuchungen. Kreis Mettmann
- Kriwy P. u.a. (2003): Soziale Schicht und Körpergröße in Ost- und Westdeutschland. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 55, Heft 3
- Kröhnert S., Klingholz R. (2005): Emanzipation oder Kindergeld? Der europäische Vergleich lehrt, was man für höhere Geburtenraten tun kann. Sozialer Fortschritt (54)
- Kromeyer-Hauschild K. u.a. (2001): Perzentilen für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149
- Landeshauptstadt Düsseldorf (2003): Schulneulinge : Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung von 1998 bis 2001. Düsseldorf: Landeshauptstadt Düsseldorf u. Gesundheitsamt (Hg)



- Landeshauptstadt Düsseldorf (2006): Zukunft für Kinder in Düsseldorf.
www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder.html Stand [13.10.2006]
- Lange A. (2006) Kinderwelten heute – ein soziologischer Panoramablick.
www.akf-bonn.de/sonderseiten-la.html Stand [30.10.2006]
- Laucht M. u.a. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Frühförderung Interdisziplinär 19
- Lutz B. (1989): Der kurze Traum immerwährender Prosperität. Eine Neuinterpretation der industriell-kapitalistischen Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag
- Matthes K. (2006): „Wenn es eng wird, gibt es Leitungswasser“ In: Weserkurier Nr. 205 v. 2.9.2006
- Mielck A. u.a. (2002): Kinder – eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche) In: Mackenbach JP., Bakker M. (Hg.): Reducing Inequalities in Health: A Europe Perspective, London: Routledge
- Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans-Huber
- Millhofer P. (2005): Der Kindergarten kommt zu spät. Förderung der Schriftsprachkompetenz von Geburt an – das Beispiel „Read to me“ für Familien von Neugeborenen in Nova Scotia (Kanada). Werkstattgespräch „McKinsey bildet“ am 31.01.2005 im MACHmit! Museum in Berlin.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2005): Abschlussdokumentation. Soziale Frühwarnsysteme in NRW – Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts. Münster: Institut für soziale Arbeit (Hg.)
- Oppolzer A. (1986): Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. Hamburg: VSA
- Petermann F. u.a. (1998): Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: PVU
- Postman N. (1984): Das Verschwinden der Kindheit. Frankfurt/a.M.: S. Fischer
- Reiter S., Rasch G. (2004): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 1, Robert Berlin: Koch Institut
- Remschmidt H. u.a. (Hg.) (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit ICD-9 und DSM-IV. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Rohlf H.-G. (1989): Massenkonsum, Massenmedien und Massenkultur – Über den Wandel kindlicher Aneignungsweisen. In: Preuss-Lausitz U. u.a.: Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder. Zur Sozialisationsgeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg. Weinheim: Beltz
- Roux (Conrad) S. (1998): Veränderte Kindheit – andere Kinder - andere Räume - andere Möglichkeiten. In: Textor M.: Kindergartenpädagogik - Online-Handbuch
www.kindergartenpaedagogik.de/940.html Stand [10.02.2006]
- Schlenker-Schulte Ch. (1999): Schule, die riskante Chance. In: Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel: Reinhard
- Siegrist J. u.a. (1998): Sozial ungleiche Gesundheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter. Eine aktuelle Bestandsaufnahme der internationalen Forschung. Diskurs 1/98
- Spencer N., Logan S. (2002): Social influences on birth weight. Archives of Diseases in Childhood Fetal and Neonatal Edition 86
- Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit (Hg.) (2002): Gesundheit und Entwicklungsstand der Osnabrücker Schulanfänger. Multifaktorielle Analyse der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen unter besonderer Berücksichtigung des Jahrganges 2001. Osnabrück: Fachbereich Soziales und Gesundheit (Hg.)
- Stadt Salzgitter (2002): Was uns bewegt : Einschulung 2000 / 2001. Gesundheit und soziale Situation von Schulkindern. Salzgitter: Stadt Salzgitter u. Gesundheitsamt (Hg.)
- Stanwell-Smith R: Poverty and health. www.riph.org.uk/powertyhealth.html Stand [22.11.2005]
- Statistisches Bundesamt (2003): Statistik der Sozialhilfe. Kinder in der Sozialhilfe 2001. Wiesbaden



- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005): Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Zweite, aktualisierte Auflage. Bonn
- Stromeier K.P., Kersting V. (2003): Segregierte Armut in der Stadtgesellschaft – Problemstrukturen und Handlungskonzepte im Stadtteil. Informationen zur Raumentwicklung 3/4 2003
- Tamm M. (2005): The Effect of Poverty on the Health of Newborn Children. Evidence from Germany. RWI Discussion Papers No.33.<http://dnb.ddb.de> Stand [08.06.2006]
- Tempel G. (2006): Die Auswirkungen sozialer Polarisierung. Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten. Bremen: Gesundheitsamt Bremen (Hg)
- Tempel G., Mohammadzadeh Z. (2004): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Bremen: Gesundheitsamt (Hg.)
- Tempel G., Witzko K-H. (1992): Sozialökologische Analyse als Instrument der Gesundheitsberichterstattung. In: Gesundheitsbericht Bremen 1992. Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Hg.)
- Usculan H-H. u.a. (2005): Erziehung in Zeiten der Verunsicherung. In: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Walter F. (2006): Fusel oder Premier cru. Soziale Spaltung in Deutschland. Spiegel Online www.spiegel.de/politik/debatte/0,1518,414888,00.htm Stand [07.05.2006]
- Werner E. (1996): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp G. u.a. (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel: Reinhard
- Wilkinson R.G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien/ New York: Springer
- Wustmann C. (2005): „So früh wie möglich!“ – Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Deutsches Jugendinstitut (Hg.) Gewalt gegen Kinder: früh erkennen – früh helfen. IKK-Nachrichten 1-2/2005 München
- Wustmann C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität. Fthenakis W. (Hg.) Weinheim, Basel: Beltz
- Zeiger H.J., Zeiger H. (1994): Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben im Alltag von Großstadtkindern. Weinheim: Juventa
- Zimmermann E. (2000a): Unfälle und ihre Verhütung bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen. Ergebnisse einer Elternbefragung. In: Gesundheitsamt Bremen (Hg.): Edition Sozialpädiatrie 8/2000, Bremen
- Zimmermann E. (2000b): Impfaktionen gegen Masern-Mumps-Röteln und Hepatitis B in Bremer Schulen. In: Gesundheitsamt Bremen (Hg.): Edition Sozialpädiatrie 9/2000, Bremen



Glossar

<i>anthropometrisch</i>	Maßverhältnisse am menschlichen Körper
<i>Benachteiligungsindex</i>	Der Benachteiligungsindex berechnet sich für jeden Ortsteil in Bremen aus 22 Sozialindikatoren. Diese Sozialindikatoren bilden die Lebensbereiche Bildungsbeteiligung, Erwerbs- und Einkommensverhältnisse, Identifikation sowie Entmischung und Konfliktpotenzial der einzelnen Ortsteile ab.
<i>Body-Mass-Index (BMI)</i>	Körpermassenzahl, sie wird folgendermaßen berechnet: $\text{Körpergewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$
<i>Herdimmunität</i>	Immunität, die in einer Bevölkerung bezüglich eines Krankheitserregers vorliegt
<i>ICD 10</i>	International Classification of Diseases, 10. Revision
<i>integriertes Handlungskonzept</i>	Einbezug aller Akteurinnen und Akteure in ein Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung
<i>internale Kontrollüberzeugung</i>	Erwartung einer Person, die Kontrolle über die Ereignisse in der eigenen Umwelt zu erlangen
<i>motorische Auffälligkeiten</i>	Auffälligkeiten in der Entwicklung der Grob- und Feinmotorik, der Koordination, der Muskeltonusregulation u.a.
<i>multiaxiales Klassifikations-schemata</i>	Mehrdimensionales Diagnoseschema psychischer Erkrankungen
<i>Peer group</i>	Gruppe von Gleichaltrigen mit ähnlichen Interessenslagen und sozialer Herkunft
<i>Perzentilen</i>	Statistischer Merkmalswert: „Hundertstelwerte“ (Prozentränge); zerlegen Verteilung in 100 gleichgroße Teile
<i>Praeliteral-symbolische Phase</i>	Erste Phase im mehrstufigen Schriftspracherwerb: Kinder erkennen zweidimensionale Abbildungen als reale dreidimensionale Gegenstände. Das Erkennen symbolischer Abbildungen geht dem eigentlichen Begreifen des Schreibprozesses voraus.
<i>Prävalenz</i>	Krankheitshäufigkeit; gibt an, wie viele Menschen einer Gruppe an einer bestimmten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt erkrankt sind.
<i>Prävention, primäre</i>	Maßnahmen, die in der Bevölkerung gegen bestimmte Krankheiten vorbeugen
<i>Prävention, sekundäre</i>	Maßnahmen, die generell in der Bevölkerung Gesundheitsrisiken vermindern bzw. gesundheitserhaltende Faktoren stärken
<i>Prekär</i>	Heikel, schwierig, unsicher, widerruflich
<i>Prosperität</i>	Wohlstand, Periode allgemeinen wirtschaftlichen Aufschwungs



<i>Quintilen</i>	Statistischer Merkmalswert: „Fünftelwerte“; zerlegt eine Verteilung in 5 gleich große Teile.
<i>Resilienz</i>	psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken
<i>Setting</i>	Überschaubares sozial-räumliches System (wie Betrieb, Schule, Stadtteil), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen
<i>sozio-kulturelle Ressourcen</i>	Soziale Ressourcen: z.B. soziale Kontakte und Kompetenzen Kulturelle Ressourcen: z.B. Sprache, Bildung, Lernmöglichkeiten
<i>Sprachauffälligkeiten</i>	Auffälligkeiten in der <u>muttersprachlichen</u> Sprachentwicklung: Störungen in Artikulation, Sprachfluss, Satzbau, u.a.
<i>STIKO</i>	Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut / Berlin
<i>Übergewicht</i>	Body-Mass-Index liegt oberhalb der 90er-Perzentile, Referenzpopulation nach Kromeyer-Hauschild
<i>Verhaltensauffälligkeiten</i>	Auffälligkeiten in der psychosozialen Entwicklung, die überwiegend durch Befragung der Eltern erhoben werden. Hierzu zählen emotionale Auffälligkeiten, mangelnde Impulssteuerung, motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizit u.a.



Anhang

Tabelle 4: **Mittlere Körpergröße (in cm) von Kindern im 7. Lebensjahr nach Wohnviertel**
(in Deutschland geborene Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit)

Schuleingangs- untersuchung	Mittlere Körpergröße in cm: Jungen		<i>p- Wert*</i>
	privilegierte Wohnviertel	benachteiligte Wohnviertel	
1998/1999	121,2 (855)	120,2 (691)	<0.001
2000/2001	121,1 (800)	119,5 (513)	<0.001
2002/2003	121,1 (895)	120,1 (576)	<0.01
2004/2005	121,3 (899)	120,5 (605)	<0.01
Schuleingangs- untersuchung	Mittlere Körpergröße in cm: Mädchen		<i>p- Wert*</i>
	privilegierte Wohnviertel	benachteiligte Wohnviertel	
1998/1999	120,2 (723)	119,1 (604)	<0.001
2000/2001	119,8 (682)	119,1 (455)	<0.1
2002/2003	119,8 (759)	119,5 (487)	<i>n.s</i>
2004/2005	120,1 (723)	119,4 (482)	<0.05

*Wahrscheinlichkeit (p) gleicher Mittelwerte, Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)
Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 - 2005, Gesundheitsamt Bremen

Tabelle 5: **Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen**

Krankheitsfrüherkennungs- untersuchungen	Untersuchungsheft vorgelegt	U8 dokumentiert	U9 dokumentiert
Alle Kinder, n=4704	81,1%	86,9%	80,4%
Migrationshintergrund (in Deutschland geborene Kinder vs. (kein Migrationshintergrund) n=4434	71,6%* (88,0%)	69,9%* (90,7%)	65,1%* (83,8%)
benachteiligte Wohnviertel vs. (privilegierte Wohnviertel) n=2742	80,7%* (87,9%)	79,8%* (92,6%)	71,1%* (86,4%)
Alleinerziehend vs. (Beide Erziehen) n=4637	77,9%* (86,2%)	81,6% (88,2%)	71,7%* (82,4%)
Alleinerziehend + benachteiligt vs. (Alleinerziehend + privilegiert) n=914	73,6%* (81,2%)	75,9%* (89,6%)	62,1%* (78,7%)

* Signifikanzniveau: $p < 0.05$
Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2001, Gesundheitsamt Bremen



Tabelle 6: Grundimmunisierung ausgewählter Impfungen

Grundimmunisierung ausgewählter Impfungen	Impfpass vorgelegt	Impfstatus dokumentiert:	
		Diphtherie mind. 3x	Masern mind. 1x
Alle Kinder, n=4704	82,0%	97,7%	86,1%
Migrationshintergrund (in Deutschland geborene Kinder) vs. (kein Migrationshintergrund) n=4434	73,3%* (86,7%)	97,2% (98,1%)	89,9%* (85,2%)
benachteiligte Wohnviertel vs. (privilegierte Wohnviertel), n=2742	80,7%* (86,4%)	96,9% (98,6%)	87,9% (89,0%)
Alleinerziehend vs. (Beide Erziehen) n=3723	77,9%* (85,4%)	98,1% (97,9%)	82,0%* (87,0%)
Alleinerziehend + benachteiligt vs. (Alleinerziehend + privilegiert) n=914	75,1%* (78,7%)	97,0% (98,7%)	86,4% (88,1%)

* Signifikanzniveau: $p < 0.05$

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2001, Gesundheitsamt Bremen

Tabelle 7: Auffälligkeiten in der Entwicklung

Auffälligkeiten in der Entwicklung	Migrationshintergrund vs. (kein Migrationshintergrund) n=4704		Benachteiligt vs. (Privilegiert) n=2742		Alleinerziehend vs. (Beide Erziehen) n=4637		Alle Kinder n=4704
Motorische Entwicklung							
Alle	19,7%*	(16,6%)	17,6%	(17,3%)	20,5%*	(16,4%)	16,9%
Mädchen	13,3%	(8,5%)	12,2%*	(8,4%)	11,2%	(9,3%)	9,9%
Jungen	25,6%	(23,8%)	24,3%	(26,5%)	31,1%	(22,8%)	24,6%*
Sozial-Entwicklung							
Alle	7,2%*	(9,9%)	10,1%*	(6,6%)	13,0%*	(8,2%)	9,2%
Mädchen	3,8%	(5,9%)	5,5%	(3,2%)	7,2%*	(4,9%)	5,5%
Jungen	10,3%	(13,5%)	14,4%*	(9,9%)	19,7%*	(11,1%)	12,8%*
Sprach-Entwicklung							
Alle	16,7%	(16,3%)	18,6%	(16,2%)	17,8%*	(15,8%)	16,4%
Mädchen	13,5%	(12,1%)	11,2%	(11,2%)	14,2%*	(11,8%)	12,5%
Jungen	19,5%	(20,3%)	22,6%	(21,0%)	22,0%*	(19,5%)	20,1%*

* Signifikanzniveau: $p < 0.05$

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2001, Gesundheitsamt Bremen



Tabelle 8: Anteil der Kinder alleinerziehender Elternteile
(freiwillige Elternangaben)

Schuleingangs- untersuchung	Fehlende Angaben	Gesamtheit (korrigiert)	Alleinerziehende		
			Alle	Privilegiert	Benachteiligt
1998 n=5134	2,2%	5022	19,3% (971)	15,4% (233)	19,4% (294)
1999 n=5018	0,7%	4982	18,4% (915)	13,6% (199)	19,3% (288)
2000 n=4763	1,3%	4700	19,5% (915)	15,0% (204)	20,1% (266)
2001 n=4704	0,9%	4662	19,6% (914)	14,0% (208)	22,8% (279)
2003 n=5064	1,4%	4991	19,1% (955)	14,9% (231)	21,1% (306)
2004 n=4896	1,7%	4815	18,2% (876)	13,6% (204)	21,7% (299)
2005 n=4622	0,0%	4582	19,2% (879)	10,8% (163)	24,2% (307)

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 - 2005, Gesundheitsamt Bremen

Tabelle 9: Anteil der Kinder mit einem Geburtsgewicht <2500 gr.
(in Deutschland geborene Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit)

Schuleingangs- untersuchung	Gesamtheit (korrigiert)	Geburtsgewicht <2500 gr.			p-Wert
		Alle	Privilegiert	Benachteiligt	
1998 – 2001 n= 19619	7739	6,3% (468)	5,3% (146)	6,2% (108)	0.023
2002 – 2005 n= 19522	7818	6,9% (541)	6,1% (181)	8,1% (141)	0.029

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 - 2005, Gesundheitsamt Bremen



Tabelle 10: Anteil der Kinder mit Übergewicht

Schuleingangs- untersuchung	Gesamtheit (korrigiert)	Übergewicht			p-Wert
		Alle	Privilegiert	Benachteiligt	
1998 n= 5134	5111	11,0% (562)	8,7% (135)	11,7% (182)	< 0.000
1999 n= 5018	4999	10,6% (530)	8,1% (119)	13,1% (196)	< 0.000
2000 n= 4763	4731	11,1% (524)	10,3% (142)	11,8% (157)	n.s.
2001 n= 4704	4679	9,3% (437)	8,1% (122)	9,7% (120)	n.s.
2002 n= 4940	4916	10,2% (501)	7,3% (117)	14,2% (192)	< 0.000
2003 n= 5064	5035	10,9% (551)	7,8% (122)	13,1% (190)	< 0.000
2004 n= 4896	4878	12,6% (617)	9,0% (136)	16,1% (224)	< 0.000
2005 n= 4622	4602	10,5% (495)	7,6% (115)	13,6% (171)	< 0.000

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 - 2005, Gesundheitsamt Bremen

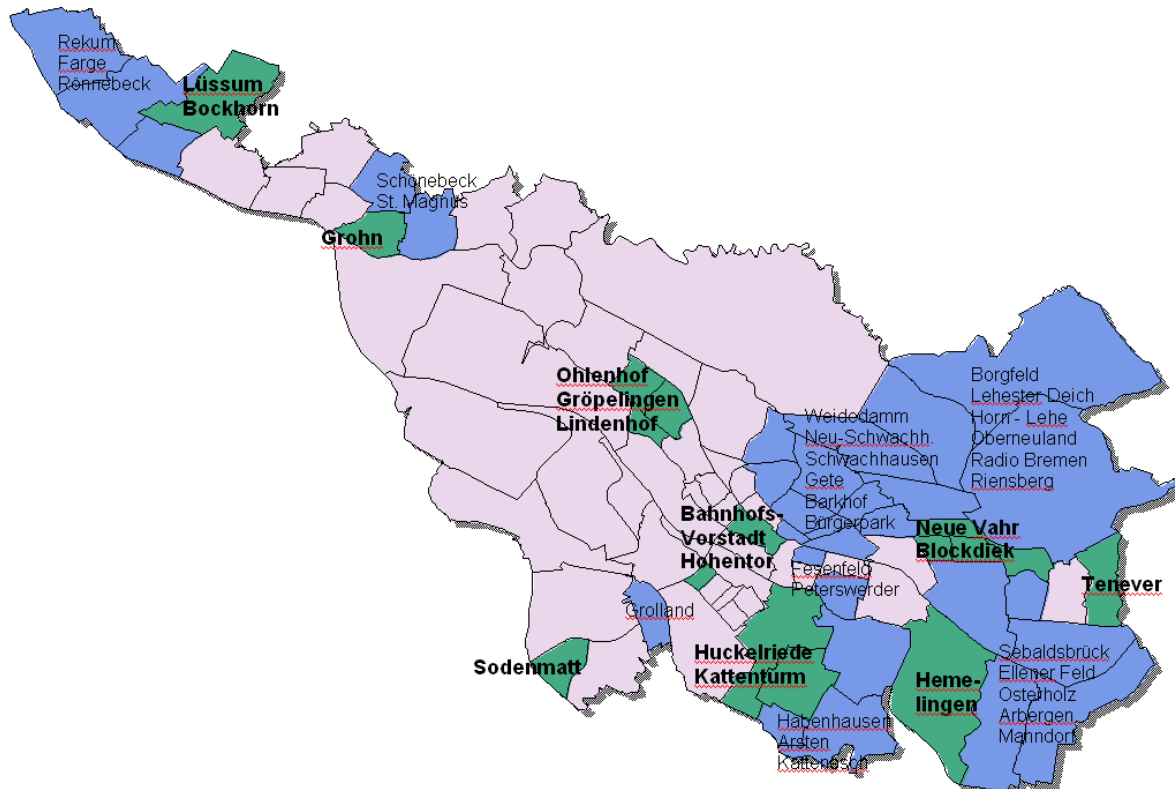
Tabelle 11: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in Sprache oder Motorik

Schuleingangs- untersuchung	Sprache				Motorik			
	Alle	Privile- giert	Benach- teiligt	p-Wert	Alle	Privile- giert	Benach- teiligt	p-Wert
1998 n=5134	16,8% (860)	17,8% (277)	15,5% (242)	0.045	15,2% (778)	15,3% (238)	18,0% (281)	< 0.000
1999 n=5018	16,2% (812)	16,6% (244)	15,4% (231)	n.s.	16,6% (834)	15,9% (234)	18,2% (273)	n.s.
2000 n=4763	15,7% (747)	15,3% (211)	17,3% (230)	n.s.	16,8% (801)	15,8% (219)	19,6% (264)	0.005
2001 n=4704	16,4% (771)	16,2% (244)	18,6% (230)	0.054	16,9% (797)	17,3% (261)	17,6% (217)	n.s.
2002 n=4940	18,6% (920)	16,9% (271)	22,7% (307)	< 0.000	20,4% (1008)	19,1% (306)	24,1% (326)	0.001

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen 1998 - 2002, Gesundheitsamt Bremen



Abbildung 13: Ortsteile in Bremen-Stadt und Bremen Nord nach Grad der sozialen Benachteiligung (Benachteiligungsindex 2003)



*Bremer Ortsteile, nach Benachteiligungsindex**

- privilegiert Wohngebiete (niedriger Index)
- (mittlerer Index)
- benachteiligte Wohngebiete (hoher Index)

* Der Benachteiligungsindex aus dem Jahr 2003 berechnet sich für jeden Ortsteil aus 22 Einzelindikatoren (Sozialindikatoren). Diese Sozialindikatoren bilden die Lebensbereiche „Bildungsbeteiligung“, „Erwerbs- und Einkommensverhältnisse“, „Identifikation“ sowie „Entmischung und Konfliktpotenzial“ der einzelnen Ortsteile ab. Aus den Mittelwerten der Einzelindikatoren wird ein Gesamtmittelwert errechnet. Abweichungen nach oben oder unten werden in eine Rangfolge gebracht. Hierdurch wird eine Rangfolge der Ortsteile nach sozialer Benachteiligung abgeleitet. In diesem Bericht werden die 16 Ortsteile mit den meisten Merkmalen für Benachteiligung (benachteiligt) den 31 Ortsteilen mit den wenigsten Merkmalen für Benachteiligung (privilegiert) gegenübergestellt.