

Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen

Zusammenfassung

Die Größe der Gruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher in Deutschland ist schwer abschätzbar. Wählt man als Beurteilungskriterium den Sozialhilfebezug, so ist von 910.000 Kindern zwischen 0 und 14 Jahren und von 236.000 Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren auszugehen. Auch in Deutschland ist der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und schlechterer Gesundheit inzwischen für Sterblichkeit, für Krankheitshäufigkeit und -schwere sowie für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung einschließlich Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen belegt. Welche Ansatzpunkte sich für Interventionen ergeben, wird zusammengefasst anhand eines Erklärungsmodells für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit, einer aktuellen Literaturübersicht über Interventionsstudien und interventionsbegleitende Studien bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Westeuropa und den bestehenden Projektübersichten in Deutschland. Angesichts unterschiedlicher nationaler und internationaler Aktivitäten wird als geeignete politische Strategie die Nutzung vorhandener Erfahrungen, ein koordinierter sektorenübergreifender Einsatz von Maßnahmen mit nachgewiesener oder abschätzbarer Wirksamkeit und die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen empfohlen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) wird hierzu ab 2003 eine Internetplattform anbieten.

Schlüsselwörter

Soziale Benachteiligung · Gesundheit ·
Wissenschaftliche Studien ·
Politikstrategien

Ausgangssituation

In Deutschland leben rund 13 Mio. Kinder zwischen 0 und 14 Jahren sowie 5,5 Mio. Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren. Die Frage, wie viele und welche von ihnen sozial benachteiligt sind, kann nicht ohne weiteres beantwortet werden. Verschiedene Beurteilungskriterien werden angewandt:

- ▶ niedriges Einkommen,
- ▶ Unterversorgung in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit/Beruf, Bildung und Wohnen,
- ▶ subjektive oder milieubezogene Armutseinschätzung oder
- ▶ sozial-emotionale Defizite.

Ein leicht zugänglicher Wert ist die Anzahl von Menschen mit Sozialhilfebezug, der allerdings mit einer hohen Dunkelziffer behaftet ist und auch zunächst lediglich den wirtschaftlichen Aspekt betrifft: Dies sind 7% oder 910.000 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren und 4,3% oder 236.000 Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren. Weitere Lebenssituatio-

nen, die häufiger mit sozialer Benachteiligung einhergehen, finden sich u. a. bei Alleinerziehenden (9,7 Mio. Ehepaare erziehen ihre Kinder gemeinsam; 3 Mio. Frauen und Männer sind allein erziehend), Familien mit vielen Kindern (93.000 Familien erziehen 5 und mehr Kinder, hiervon 11.000 allein erziehend) sowie Migranten (in Deutschland haben rund 2 Mio. Kinder und Jugendliche keine deutsche Staatsangehörigkeit) [1].

Auch wenn wir in Deutschland eine weniger gute Datenlage als in anderen europäischen Ländern haben – die Todesursachenstatistik in Großbritannien enthält z. B. Angaben zum sozialen Status, die bei uns fehlen –, so ist der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und schlechterer Gesundheit auch für Deutschland inzwischen unbestritten. Der derzeitige Kenntnisstand über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit ergibt sich aus verschiedenen Studien (zusammenfassend [2]): Eine überproportionale Belastung sozial benachteiligter Gruppen ist festgestellt für perinatale Mortalität [3], Säuglingssterblichkeit [4], Beschwerdebauhäufigkeit und Erkrankungen bei Schulkindern [5, 6, 7], Zahngenge-

© Springer-Verlag 2002

Dr. Elisabeth Pott
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln,
E-Mail: pott@bzga.de

E. Pott · F. Lehmann

Health promotion intervention for children and adolescents from socially disadvantaged groups

Abstract

It is difficult to estimate how many children and adolescents in Germany are socially disadvantaged. If dependence on welfare spending is chosen for the assessment, we can assume that there are 910,000 children between 0 and 14 years of age and 236,000 adolescents between 15 and 20 years in this target group. In Germany, the correlation between social disadvantage and poorer health has also been demonstrated with regard to mortality, the frequency and severity of illness, health-related behaviour and the use of medical care including health safety and early detection. Using an explanatory model for the correlation between social inequality and health, an overview of the literature on the interventional studies of socially disadvantaged children and adolescents in Western Europe and overviews of existing projects in Germany, we summarise the starting points for intervention. In view of different national and international activities, an appropriate policy strategy is recommended which focuses on existing experience, a coordinated, inter-sector implementation of evidence-based and effective measures, as well as the improvement of the basic scientific data. Starting in 2003, the Federal Centre for Health Education will offer an Internet platform for this subject.

Keywords

Poverty · Health · Social inequalities · Intervention studies · Policies

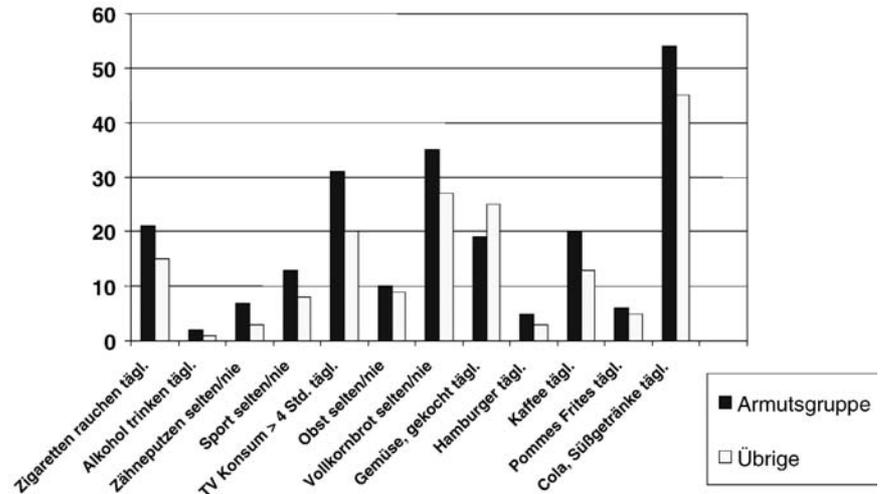


Abb. 1 ▲ Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen nach der sozialen Lebenslage (Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen); in % gerundet. (Quelle: [13])

sundheit [8, 9] und unfallbedingte Krankenhausaufenthalte [10]. Demgegenüber treten Allergien in den oberen sozialen Schichten häufiger auf [11]. Allerdings betrifft dies leichtere Krankheitsverläufe. Schweres Asthma erleiden mehr Angehörige der niedrigen sozialen Schichten [12].

Auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen kommen besonders häufig bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen vor (Abb. 1).

Über das Rauchen existieren inzwischen sehr konsistente Befunde aus den repräsentativen Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Abb. 2) sowie einer Untersuchung von Setter et al. über 20.462 Berufsfachschüler [14]. In dieser Studie lag das Risiko zu rauchen bei niedrigstem Schulbildungsniveau um 5,2-mal (männliche Befragte zwischen 14 und 30 Jahren) und 4,5-mal (weibliche Befragte zwischen 14 und 30 Jahren) höher als bei höchstem Schulbildungsniveau.

Weitere Befunde liegen über kindliche psychische und physische Entwicklungsstörungen bzw. eine nicht altersgerechte Entwicklung vor. In erster Linie aus Erhebungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere den Schuleingangsuntersuchungen, ist bekannt, dass grobmotorische Koordinationsstörungen und Sprachstörungen bei sozial benachteiligten Kindern häufiger vorkommen und der Frühförderungsbedarf höher ist [16, 17]. Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen werden

von Kindern aus sozial benachteiligten Familien seltener vollständig und rechtzeitig wahrgenommen (regionale Ergebnisse s. z. B. [17, 18]).

„Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind häufiger in ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung beeinträchtigt und entwickeln häufiger gesundheitsschädliche Verhaltensweisen.“

Trotz erforderlicher weiterer Erhebungen (s. auch den Beitrag von Kurth über den Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch-Instituts in dieser Schwerpunktreihe des Bundesgesundheitsblatts) gibt es also eine für Deutschland recht konsistente Befundlage, aus der hervorgeht, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in Deutschland häufiger in ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung beeinträchtigt sind und häufiger gesundheitsschädliche Verhaltensweisen entwickeln. Dadurch werden Lebensqualität, Krankheitshäufigkeit und Lebenserwartung ungünstig beeinflusst. Auch wenn es notwendig ist, alle Kinder und Jugendlichen gesundheitlich zu fördern, so müssen doch in besonderem Maße und stärker als bisher Anstrengungen unternommen werden, um geeignete Zugangswege und Strategien zur besseren Erreichbarkeit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher zu entwickeln.

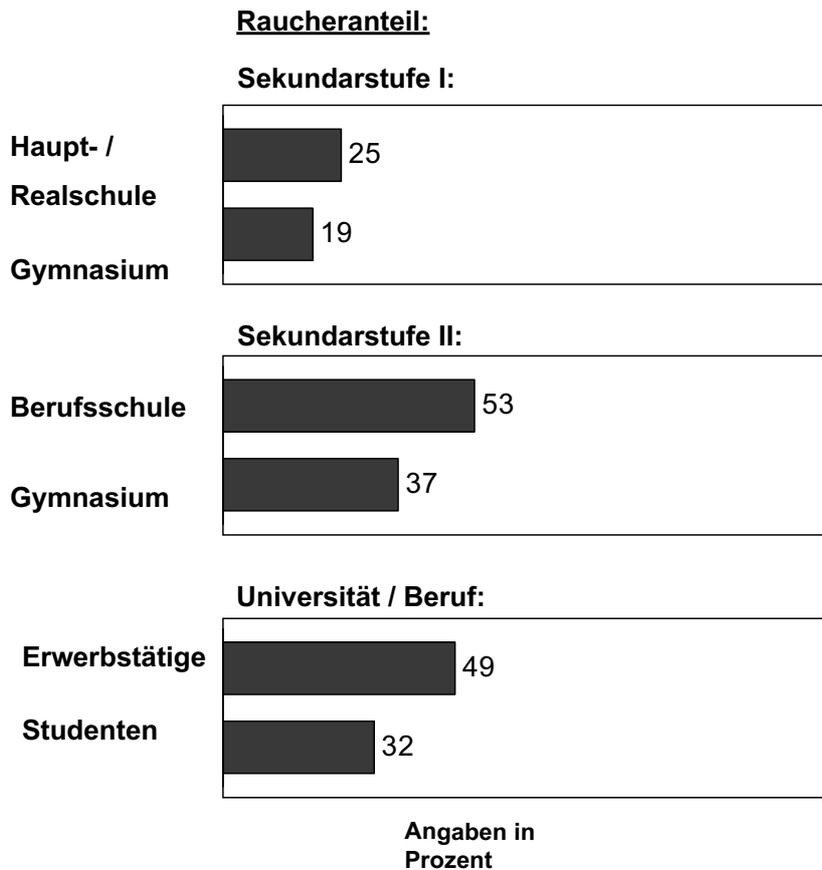


Abb. 2 ▲ Raucheranteil nach aktuellem Ausbildungs-/Berufsstatus 12- bis 25-Jährige in der Bundesrepublik Deutschland 2001 (n=3000). (Quelle: [15])

Voraussetzungen für die Entwicklung von Interventionskonzepten

Um Interventionskonzepte für die Praxis zu entwickeln, sind drei Voraussetzungen erforderlich:

- ▶ Kenntnis und Verständnis der Zusammenhänge, welche sozialen Einflüsse welche Auswirkungen auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten haben,
- ▶ Ergebnisse wissenschaftlicher Studien über die Wirksamkeit und Qualität von Interventionen und Auswertung von Erfahrungen mit der Umsetzung von Präventionsstrategien in der Praxis,
- ▶ unterstützende Politikstrategien, die eine möglichst flächendeckende und dauerhafte Umsetzung geeigneter Interventionen gewährleisten. Hierzu gehört ein effektiver und effizienter Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik auf nationaler und internationaler Ebene (Transfer).

Erklärungsansätze

Eine Zusammenfassung der aktuell diskutierten Ansätze zur Erklärung einer schlechteren Gesundheit in sozial benachteiligten Gruppen, wie oben genannt [2], kann für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wie folgt modifiziert werden (Abb. 3).

Dargestellt wird der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlichen Belastungen, zwischen sozialer Benachteiligung, mangelnden Bewältigungsstrategien und Erholungsmöglichkeiten. Es werden die Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsangebote und auf das Gesundheitsverhalten aufgezeigt. Schließlich wird deutlich, dass die in der Konsequenz erhöhte Morbidität ihrerseits wieder Rückwirkungen auf die soziale Situation hat. Das heißt, dass Krankheit ihrerseits soziale Ungleichheit und sozialen Ausschluss verstärkt [19]. Mit Blick auf das Problem der mangelnden Ressourcen und Bewältigungs-

möglichkeiten, die den erhöhten Belastungen gegenüber stehen, ist neben den erwähnten Ressourcen wie soziale Unterstützung und umweltliche Rahmenbedingungen der Bereich der psychosozialen Bewältigungsmöglichkeiten ausdrücklich zu ergänzen. Es gibt Hinweise darauf, dass ein prekäres Selbstkonzept und Selbstwertgefühl zu Suchtmittelgebrauch führen kann (s. zusammenfassend [20]). Dies wird bestätigt durch Ergebnisse erfolgreicher Prävention des Zigarettenrauchens bei Jugendlichen, die vorwiegend an dem Mechanismus sozialer Kompetenzerweiterung, gelernter Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und positiver außerschulischer Erfolgserlebnisse ansetzt [21, 22]. Hinzu kommen unterschiedliche Gesundheitskonzepte und ein unterschiedlicher Umgang mit den verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens bei Angehörigen unterschiedlicher sozialer Schichten.

Helfferrich [23] hat die Anforderungen an ein Konzept zur Gesundheitsförderung im Kindergarten zusammengefasst, das auch im Hinblick auf Kinder aus Familien mit schwierigem sozialen Hintergrund geeignet erscheint, indem es die Lebenswelten, das Selbstkonzept und die Bewältigungsstrukturen berücksichtigt:

- ▶ Erzieher und andere Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung müssen z. B. so geschult werden, dass sie auch auf Eltern, die ein Gesundheitskonzept „Körper=Maschine“ haben, eingehen können. Das ist in der Umsetzung sehr anspruchsvoll, erfordert ein hohes fachliches Wissen und eine hohe soziale Kompetenz der Fachkräfte und ist daher in der Aus- und Fortbildung von Erziehern zu berücksichtigen.
- ▶ Für Kindergärten in sozialen Brennpunkten oder mit einem hohen Anteil von Kindern aus sozial benachteiligten Familien ist die Einbindung in eine vernetzte lokale Struktur, die alle gesundheitsrelevanten Lebensbereiche umfasst, für die Verwirklichung eines Gesundheitsförderungskonzepts ganz besonders wichtig. Der Kindergarten ist ein wesentlicher Bestandteil eines sozialen Netzes, in dem persönliche Erfahrungen und soziales Lernen ermöglicht werden. Beispielsweise kann im Kindergarten in enger Zusammenarbeit mit

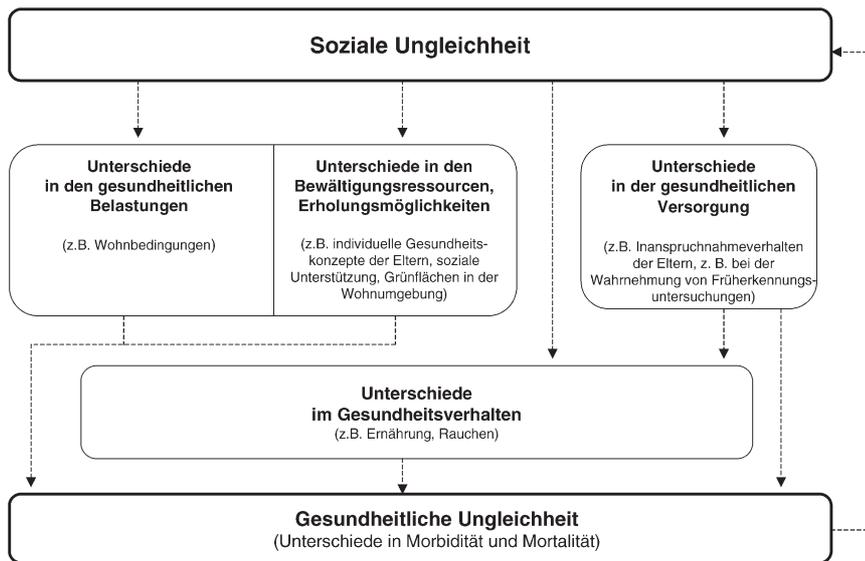


Abb. 3 ▲ **Gesundheitliche Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen.**
(Adaptierte Darstellung auf Basis Quelle: [2])

Kinderärzten, Gesundheitsämtern und Krankenkassen auf die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder hingewiesen werden oder zur Teilnahme an Impfungen motiviert werden. In Zusammenarbeit mit Familien- und Erziehungsberatungsstellen und mit Elternselbsthilfeangeboten kann der Kindergarten zum richtigen Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern beitragen. Durch Gesundheitsförderungsprogramme in Kindergärten, die altersgerechte Freizeit- und Gesundheitssportangebote einbeziehen, können die Gesundheitsförderungschancen von Kindern verbessert werden.

Aus der Darstellung der Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und ungünstigen Gesundheitschancen (s. Abb. 3) ergeben sich folgende Ansätze für Interventionen bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen:

- ▶ Unterstützung bei Belastungen, z. B. Familienberatung bei psychosozialen Konflikten,
- ▶ Stärkung persönlicher Ressourcen, z. B. Aufbau sozialer Kompetenzen im Kindergarten und in der Schule,
- ▶ verstärkte Information und Motivation zur sachgerechten Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Frühförderangeboten,
- ▶ verstärkter Einsatz von zielgruppen-gerechten Präventions- und Gesund-

- heitsförderungsmaßnahmen bei gesundheitsschädigendem Verhalten,
- ▶ Abbau von Zugangsschranken, insbesondere auch von sprachlichen Barrieren,
- ▶ Integration von Gesundheitsdeterminanten in unterschiedliche Politikbereiche wie Erziehung, Bildung, Wirtschaft, Finanzen, Wohnungsbau usw.

Wissenschaftliche Studien und Erfahrungen aus der Praxis

Legen wir für Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern in Deutschland den Maßstab einer Evidenzbasierung an, sind wir noch weit von einer gut belegten Wirksamkeit entfernt. In Deutschland liegen bisher beispielsweise keine randomisiert kontrollierten Interventionsstudien auf diesem Gebiet vor. Ebenso fehlen umfassende Evaluationskonzepte. Die wissenschaftliche Begleitforschung in diesem Bereich ist defizitär. Deshalb muss dringlich der erkennbare Forschungsbedarf abgedeckt werden. Allerdings darf dies nicht zu weiteren Verzögerungen des Handelns führen. Es liegt eine Anzahl von Projektansätzen vor (s. hierzu auch [25, 26, 27, 28]), die eine plausible und fachlich gut begründete Interventionsstrategie erlauben. Bis zum Vorliegen einer höheren Evidenz auch für Deutschland sollte z. B. auf die in Deutschland bereits bestehenden Projektansätze zurückgegriffen werden. Ausgewählte Interventionsmaßnah-

men müssen dann besonders intensiv wissenschaftlich begleitet, gesteuert und ausgewertet werden.

„Ergebnisse müssen in das Handlungswissen nationaler Akteure einfließen.“

In Westeuropa liegt inzwischen eine Reihe von Studien vor, die Interventionen bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen bezüglich ihrer Effekte untersucht haben. Sie wurden kürzlich von Mielck, Graham und Bremberg [29] zusammengefasst. Die Auswertung liefert eine ganze Reihe von Hinweisen auf erfolgreiche Maßnahmen in den Handlungsfeldern Ernährung, Zahngesundheit, allgemeine Beschwerden und Erkrankungen, Unfälle, psychische Gesundheit, Rauchen, Sehstörungen und allgemeine kindliche Entwicklung, Impfungen und plötzlicher Säuglingstod. Diese Ergebnisse müssen in das Handlungswissen nationaler Akteure einfließen. Zurzeit wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Kommunikationsplattform aufgebaut, um die internationalen Ergebnisse für den deutschen Raum leichter verfügbar zu machen. In Deutschland bestehende, für den Transfer geeignete Projekte mit dem Ziel der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sollen außerdem erhoben und präsentiert werden.

Aus einer ersten Auswertung der Ergebnisse der erwähnten Studien und Erfahrungen aus Projekten ergeben sich Handlungskonsequenzen für die Praxis:

- ▶ Die Präventionsmaßnahmen müssen mit angemessener Ausstattung (Mittel, Personal, Qualifikation) langfristig intensiv und interdisziplinär durchgeführt werden.
- ▶ Sie müssen eine persönliche direkte Ansprache Einzelner oder kleiner Gruppen in ihrer alltäglichen Umgebung enthalten.
- ▶ Sie sollten von einer Erhebung des bestehenden spezifischen Förderungsbedarfs ausgehen und hierbei schicht- und kulturspezifische Werte und Kommunikationsformen berücksichtigen.
- ▶ Die Informationen in den medialen Angeboten müssen in einfacher, gut verständlicher Sprache gegeben werden.

- Die Präventionsmaßnahmen sollten Angehörige der Zielgruppe bei Planung und Ausführung einbeziehen.
- Sie sollten durch Vernetzung den Zugang zu Informationen, Leistungen, Diensten und materieller Unterstützung erleichtern.

„Die besondere Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird in vielen Projekten deutlich.“

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die folgenden Zielgruppen in nationalen Projekten bisher zu wenig beachtet wurden: männliche Jugendliche, Migranten (insbesondere männliche) und Arbeitslose – insbesondere mit Migrationshintergrund. Die besondere Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird in vielen deutschen Projekten deutlich. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann über eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung den regionalen Handlungsbedarf aufdecken, Kooperationsprojekte fördern und durch Vernetzung und niedrigschwellige Beratungsangebote den Zugang zu den Zielgruppen verbessern (ausführlicher hierzu [30]).

Internationale und nationale Aktivitäten und Programmentwicklungen

Die Initialzündung für die öffentliche Diskussion über gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa stellt der Black Report dar, der von einer Expertenkommission für die Regierung in Großbritannien Anfang der 80er-Jahre erstellt wurde [31]. In der Folge wurden in mehreren europäischen Ländern entsprechende Forschungs- und Regierungsprogramme in Gang gesetzt. In Deutschland wird das Thema „Förderung gesundheitlicher Chancen für sozial benachteiligte Gruppen“ seit Mitte der 90er-Jahre verstärkt diskutiert, maßgeblich unterstützt durch die hier neu entstandene Public-Health-Wissenschaft. Dazu gehört auch eine breitere Armutsdiskussion, die insbesondere sichtbar wird durch die nationale Armutskonferenz 1993 und den Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2001. Da die Untersuchungen zeigen, dass sich die sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten nicht

verringern, sondern zunehmen, ist eine wachsende Aufmerksamkeit für das Thema festzustellen. Inzwischen gibt es sowohl auf staatlicher Seite (Bund, Länder und Kommunen) als auch auf nicht-staatlicher Seite zahlreiche Aktivitäten, von denen weiter unten eine aktuelle Auswahl ohne Anspruch auf Vollständigkeit genannt wird. Hinzu kommt die Entwicklung auf europäischer Ebene, insbesondere das neue Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich öffentliche Gesundheit 2003 bis 2008 (Artikel 2 Absatz 3b). So hat das europäische Netzwerk (ENHPA) im Rahmen eines von der EU-Kommission geförderten Projekts Empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen erarbeitet [32]. Zu nennen sind weiterhin die WHO-Programme: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, Ziele 1 und 2 [33] und weitere Umsetzungsempfehlungen [34, 35, 36]).

Bundesebene

Die Bundesregierung hat im Mai 2001 den nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2001 bis 2003 beschlossen. In Klammern werden beispielhaft Vorschläge der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung genannt, die mögliche Anknüpfungspunkte für den Bereich der Gesundheitsförderung aufzeigen:

- Förderung des Zugangs zu Ressourcen (z. B. durch Förderung der Wahrnehmung von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen und von Früherkennungsuntersuchungen),
- Erarbeitung umfassender Maßnahmen für Gebiete, die mit den Problemen von Ausgrenzung konfrontiert sind (z. B. durch Vernetzungsarbeit in sozialen Brennpunkten zwischen Kindergärten, Schulen, Sportvereinen, Kinderärzten),
- Förderung der Kooperation und Arbeitsteilung zwischen den beteiligten Stellen und Entwicklung passgenauer Angebote sowie Verbesserung der Effektivität und Zielgenauigkeit der Hilfe (z. B. durch das Verfügbarmachen von aktuellen Forschungsergebnissen, durch Maßnahmen zur besseren Qualifikation von Multiplikatoren aus den Bereichen Gesund-

heitsversorgung, Gesundheitsförderung, Erziehung, Sozialarbeit und durch interdisziplinäre Vernetzung).

Im Jahr 2000 wurde die Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ beim Bundesgesundheitsministerium eingerichtet. Empfehlungspapiere liegen zu den Themen „Gesundheitliche Versorgung Obdachloser“ und „Migration und Gesundheit“ vor. Zurzeit wird ein Empfehlungspapier durch die Unterarbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen“ erarbeitet. Als weiterer Schritt zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligung ist von der Bundesregierung das Programm „Nationale Gesundheitsziele“ entwickelt worden. Eine der zentralen Anforderungen an die Entwicklung aller einzelnen Ziele ist die Forderung nach Abbau gesundheitlicher Benachteiligung. Insbesondere innerhalb der Arbeitsgruppe 7 „Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ steht die Ausrichtung auf die Verbesserung der gesundheitlichen Chancen sozial benachteiligter Kinder im Mittelpunkt der Strategieentwicklung.

Eine zusätzliche Basis für das Erkennen bestehender Gesundheitsprobleme sowie die Beurteilung von gesellschaftlichen Trends bildet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sie ermöglichte bereits im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventions-(DHP-)Studie und im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 sozialagenspezifische Auswertungen. Dies gilt ebenso für den geplanten bundesweiten Kinder- und Jugendsurvey.

Hierauf aufbauend hat die BZgA die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in ihrem Jahresprogramm 2002 berücksichtigt:

- Aufbau einer Dokumentation zur Verbesserung der Handlungsgrundlagen durch Einrichtung einer sogenannten „lebendigen Datenbank“. Allen Multiplikatoren, die mit sozial Benachteiligten zusammenarbeiten, sowie allen politischen Entscheidungsträgern soll ein Transfer von Praxis-Know-how und wissenschaftlicher Erkenntnis über Erfolge und Misserfolge ermöglicht werden.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung von Strategien zur Intervention mit

dem Ziel der Förderung gesundheitlicher Chancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. Dies geschieht durch die Einbeziehung des sozialräumlichen Ansatzes über das Programm „Soziale Stadt“ der Bundesregierung. Die BZgA bringt hier das Thema Gesundheit ein.

3. Einsatz bewährter Projekte der BZgA in sozialen Brennpunkten und ländlichen Regionen mit besonderem Entwicklungsbedarf.

Es gibt eine Anzahl bewährter bzw. evaluiertes Projekte der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, aber eine Erprobung speziell in sozialen Brennpunkten findet erst in der letzten Zeit zunehmend statt. Ergebnisse, bezogen auf Strukturen, Prozesse und Outcomes liegen noch nicht vor. Es ist ein wichtiger Schritt, neue Zugangswege zu den relevanten Zielgruppen zu entwickeln und die Erreichbarkeit besonders belasteter Gruppen zu verbessern.

Für die Umsetzung in sozialen Brennpunkten kommen insbesondere Projekte mit folgenden Handlungsprinzipien in Betracht: Lebenskompetenz fördern, Gesundheit erlebbar machen, integrierte Konzepte (z. B. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung) fördern, neue Medien nutzen, kooperativ handeln und Zielgruppen einbeziehen. An einigen Beispielen können diese Prinzipien verdeutlicht werden.

Apfelklops & Co – Ein Fest mit Rock und Liedern rund um Ernährung und Bewegung für Menschen ab 5 Jahren

Mit Liedern von Genuss und körperlichem Wohlbefinden, vom Dick- und Dünnsein, von Essritualen und vom Spaß an der Bewegung im Stil einer Revue stellt die BZgA eine Verzahnung her zwischen den Themen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung. Kinderlieder eignen sich hervorragend, gesundheitsfördernde Botschaften emotional anregend und unterhaltsam zu vermitteln. Bei diesem Projekt arbeitet die BZgA eng mit Kooperationspartnern, wie z. B. Jugend- und Gesundheitsämtern, Schulen und Kindergärten, im Sinne der Vernetzung zusammen. Die Konzerte für Kinder werden ergänzt durch Workshops für Eltern und Multiplikatoren und ergänzende Materialien, z. B. ein

Lieder- und Notenheft, um die Lieder auch zu Hause oder in der Schule nachsingen und nachspielen zu können.

Kinder stark machen

Mit dem Programm „Kinder stark machen“ wendet sich die BZgA an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen. Ziel der Kampagne ist es, das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl von Heranwachsenden zu stärken, ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern. Das zugrunde liegende Konzept der Lebenskompetenzförderung orientiert sich vornehmlich an den Alltagsrealitäten von Kindern und Jugendlichen [37]. Das Programm wird insbesondere in Kooperation mit den Sportverbänden und -vereinen umgesetzt. Der Sportverein bietet günstige Voraussetzungen, um in diesem Sinne auf Kinder einzuwirken. Zentrale Multiplikatoren sind Trainer und Betreuer. Die BZgA bietet Trainern und Betreuern eine auf dieses Konzept bezogene Fortbildung an, die auch Möglichkeiten für eine Neuorientierung der Vereinsjugendarbeit aufzeigt. Die Evaluation des Fortbildungsangebots zeigt z. B. eine hohe Umsetzungsbereitschaft für diese neuen Konzepte in der Vereinsarbeit nach Teilnahme an der Fortbildung [38].

CD-ROM LoveLine/www.loveline.de

Mit der CD-ROM LoveLine hat die BZgA ein multimediales Projekt zur Sexualaufklärung entwickelt. Die CD-ROM bietet unter Bezug auf wissenschaftliche Studien umfassende Informationen über Liebe, Partnerschaft, Sexualität und Verhütung. LoveLine gibt Unterstützung dabei, die eigenen Einstellungen zu sich, zum eigenen Körper, zum anderen Geschlecht, zur sexuellen Identität, zum Verhalten anderer sowie zu Regeln und Werten zu reflektieren und zu überprüfen. Schließlich bietet es die Möglichkeit, Kommunikation zu erproben, und gibt Hilfen, um selbstbewusste Entscheidungen in Liebe und Partnerschaft zu treffen.

Das Projekt bietet mit 4 unterschiedlichen Ebenen – dem interaktiven Spiel, der Körperlandschaft, der Infodatenbank und dem Internetzugang (www.loveline.de) – einen erlebnisorientierten Multimediaansatz, der dem

Nutzer authentische Erfahrungen ermöglicht. Innerhalb des Systems nach individuellen Bedürfnissen handeln zu können und Themen zu erforschen soll die Kompetenz für Erlebnis- und Konfliktsituationen auf spielerische Weise stärken. Die Evaluation hat ergeben, dass durch dieses Konzept in der Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen insbesondere auch Jungen, die mit Themen der Sexualaufklärung sonst deutlich schwerer erreichbar sind als Mädchen, angesprochen werden. Verständlichkeit und Akzeptanz sind gerade auch bei Hauptschülern sehr hoch [39].

HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr – Piktogramme für die Arbeit mit Migranten

Gute Erfahrungen wurden von der BZgA bei der zielgruppenspezifischen Ansprache von sozial benachteiligten Gruppen, insbesondere bei Migranten, mit dem Einsatz von Piktogrammen in der AIDS-Prävention [40] gemacht. Diese Piktogramme stellen die wichtigsten Infektionswege und die entsprechenden Schutzmöglichkeiten dar. Sie sind sparsam sprachlich ergänzt. Sie sind in 19 Sprachfassungen ausgearbeitet. Gerade für die Ansprache dieser Zielgruppen sollten mediale Angebote mit persönlichen Beratungsangeboten kombiniert werden. Deshalb werden von der BZgA diese Medien über Beratungsstellen eingesetzt.

Länder- und kommunale Ebene

Die 25. Gesundheitsministerkonferenz hat im Juni 2002 erneut gefordert, den Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern auf die Zielgruppe sozial Benachteiligter zu legen. Die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit sei nicht nur eine Aufgabe der Akteure des Gesundheitswesens, sondern es bestehe eine sektorübergreifende Verantwortung. In mehreren Bundesländern gibt es hierzu bereits entsprechende Pläne und Entschlüsse (z. B. Entschlüsse der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein Westfalen „Soziale Lage und Gesundheit“ [41]). Dasselbe gilt für zahlreiche Kommunen, deren Aktivitäten maßgeblich durch den öffentlichen Gesundheitsdienst getragen werden (z. B. Ar-

beitsgruppe „Armut und Gesundheit“ in Düsseldorf [42] und die Münchner Erklärung 2001, basierend auf der Entschlüsselung der Gesundheitsministerkonferenz 2000, der Kölner Entschlüsselung der „Gesunden Städte“ 1999 und der Münchner Gesundheitskonferenz [43]).

Sozialversicherungsbereich

Unter den Sozialversicherungen sind insbesondere die Krankenkassen verpflichtet. So überträgt das Sozialgesetzbuch V (§ 20) den Krankenkassen die Aufgabe, Leistungen zur Prävention vorzusehen, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“.

Nichtstaatlicher Bereich

Im nichtstaatlichen Bereich sind insbesondere die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit wichtige Impulsgeber und Koordinatoren für das Thema „Förderung von Gesundheitschancen bei sozial Benachteiligten“, z. B. über den Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Eine bundesweite Plattform für den direkten Austausch aller Multiplikatoren und Wissenschaftler ist der seit 1995 jährlich stattfindende Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin mit zuletzt rund 900 Teilnehmern.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es vor allem international, aber zunehmend auch national wachsende Erfahrungen zum Thema „Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ gibt. Es fehlt jedoch insbesondere für die Bedingungen in Deutschland noch eine fundierte wissenschaftliche Absicherung der Interventionswirksamkeit. Es fehlen eine Dokumentation und Analyse der vorhandenen Aktivitäten. Es fehlt der systematische Transfer von vorhandenen Erkenntnissen. Somit stellen sich folgende Aufgaben:

► Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen, z. B. für die Entwicklung von Methoden, Zugangsstrategien und die Durchführung von interventionsbegleitenden Studien,

► Transfer, z. B. durch die Zusammenführung der bereits bestehenden Empfehlungen und erfolgreichen Handlungsansätze zu einer Leitlinie „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und deren Verbreitung bei den Akteuren im Sozial-/ Gesundheitswesen,

► koordinierte Strategie zur Umsetzung von Gesundheitszielen gerade auch in sozialen Brennpunkten und bei sozial benachteiligten Gruppen.

Das Ziel einer Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen wird nur mit einer kombinierten Strategie nachhaltig zu erreichen sein. Es ist erforderlich, differenzierte und zielgenaue Prävention bei klar identifizierten Gesundheitsproblemen zu schaffen, und zusätzlich muss die unspezifische Gesundheitsförderung durch Stärkung der Lebenskompetenzen und Verbesserung der Rahmenbedingungen gestärkt werden. Hierzu ist in erster Linie die Politik aufgerufen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (2001) Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 03/01 – Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Eigenverlag, Berlin
2. Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
3. Collatz J, Hecker H et al. (1983) Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen – Soziale Lage, medizinische Versorgung, Schwangerschaft und perinatale Mortalität. Urban & Schwarzenberg, München
4. Schwarz K (1966) Die Säuglingssterblichkeit. Ergebnisse einer Sonderuntersuchung über die Säuglingssterblichkeit der 1960 geborenen Kinder. Wirtschaft und Statistik, Wiesbaden, S 737–748
5. Glaser-Möller N, Jürgens R, Thiele W (1992) Gesundheit und soziale Lage in Hamburg – Neue Ansätze zur Aufarbeitung eines weiterhin aktuellen Themas. In: Süß W, Trojan A (Hrsg) Armut in Hamburg – Soziale und gesundheitliche Risiken. VSA-Verlag, Hamburg, S 156–173
6. Klocke A, Hurrelmann K (1995) Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Z Gesundheitswiss, 2. Beiheft:138–151

7. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (2001) Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. Druckhaus Frankfurt
8. Micheelis W, Bauch J (1991) Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
9. Micheelis W, Bauch J (1993) Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1992. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
10. Geyer S, Peter R (1998) Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status – Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. Gesundheitswesen 60:493–499
11. Heinrich J, Mielck A et al. (1998) Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland. Empirische Ergebnisse und Handlungsansätze. In: Wichmann HE, Schlipkötter HW, Fülgraff G (Hrsg) Fortschritte in der Umweltmedizin. Ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg
12. Mielck A, Reitmeir P, Wjst M (1996) Severity of childhood asthma by socioeconomic Status. Int J Epidem 25:388–393
13. Universität Bielefeld (2001) HBSC Survey 1998. Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen. In: Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg) Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 03/01 – Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Eigenverlag, Berlin, S 10
14. Setter C, Peter R et al. (1998) Impact of School and vocational education on smoking behavior: results from a large-scale study on adolescents and young adults in Germany. Sozial Präventivmed 43:133–140
15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001 – Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Endbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 3. Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Schiffmann, Bergisch Gladbach, S 60–78
17. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (1999) Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999. Druckpunkt Birkenwerder GmbH, Birkenwerder
18. Schubert R (1996) Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. In: Murza G, Hurrelmann K (Hrsg) Regionale Gesundheitsberichterstattung. Juventa, Weinheim München, S 122–137

19. Siegrist J (2002) Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun? Vortrag in Düsseldorf im Rahmen des E+C Fachforums der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
20. Siegrist J (1995) Medizinische Soziologie, 5. Aufl. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore
21. Jessor R (1984) Adolescent development and behavioral health. In: Matarazzo JA, Weiss JA et al. (eds) Behavioral health enhancement and disease prevention. John Wiley, New York
22. Gohlke H, Gohlke-Bärwolf C et al. (1989) Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule – eine prospektive kontrollierte Studie. Dtsch Med Wochenschr 114:1780–1784
23. Helfferich C (2002) Zugangswege zu Kindern aus unterschiedlichen sozialen Lagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) „Früh übt sich.“ Gesundheitsförderung im Kindergarten – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, S 100–109
24. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr – Situationen, Risiken, Ratschläge. Eigenverlag, Köln
25. Deneke C, Hofrichter P et al. (2001) Armut und Gesundheit – Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen – Schlussbericht – gefördert vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung. Veröffentlicht im Internet: www.gesundheit-NDS.de
26. Sozialministerium Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (1996) Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten – Eine Bestandsaufnahme von Initiativen, Projekten und kontinuierlichen Angeboten. Gesundheitspolitik 41. Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart
27. Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Senatsverwaltung Berlin (2002) Abschlussbericht der Erhebung von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche in Berlin, (unveröffentlichtes Manuskript)
28. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Europa – „Tackling Inequalities in Health“ – ein Projekt des „European Network of Health Promotion Agencies“ (ENHPA) zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Teilbericht Deutschland – vorgelegt von: Siegrist J, Joksimovic L. Eigenverlag, Köln
29. Mielck A, Graham H, Bremberg S (2002) Targeting Groups at Risk: Children. In: Mackenbach J, Bakker M (eds) Reducing inequalities in health: a European perspective. Routledge, London New York
30. Brand H, Schmacke N (1998) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die Rolle kommunaler Gesundheitsdienste in Deutschland. Gesundheitswesen 60:626–631
31. Townsend P, Davidson N, Whitehead M (1990) Inequalities in health: The Black Report and The Health Divide. Penguin, London
32. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002) Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten – Politische Empfehlungen. Ergebnisbericht des Flämischen Instituts für Gesundheitsförderung (VIG) in Kooperation mit dem Europäischen Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen (ENHPA). Eigenverlag, Köln
33. Weltgesundheitsorganisation (1999) Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
34. Whitehead M (1991) Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
35. Dahlgren G, Whitehead M (1993) Konzepte und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
36. Kunst AE, Mackenbach JP (1996) Die Messung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
37. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 12. Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Schiffmann, Bergisch Gladbach, S 111–116
38. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (im Druck) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Expertise: Sport und Drogenprävention – theoretische Einordnung und empirische Befunde der Evaluationsstudie „Kinder stark machen“
39. Schroll E (2001) „LoveLine. Sexuaufklärung per CD-ROM und Internet. Konzeption – Erfahrungen – Evaluation. In: BZgA (Hrsg) Meine Sache – Mädchen gehen ihren Weg. Dokumentation der Fachtagung zur sexualpädagogischen Mädchenarbeit. Köln, Eigenverlag, S 269–275
40. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) HIV-Übertragung und AIDS-Gefahr – Situationen, Risiken, Ratschläge. Eigenverlag, Köln
41. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2001) Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz. Soziale Lage und Gesundheit. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
42. Schneitler H, Pöllen W et al. (1997) Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit der Düsseldorfer Bürger. Ein Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung der Stadt Düsseldorf. Gesundheitsamt, Düsseldorf
43. Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München (2001) Armut und Gesundheit – Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche – Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 7. Februar 2001. Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München