

ARM, ABER GESUND?

GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT UND
EIN AUFWACHSEN IM WOHLERGEHEN FÖRDERN

Offenburg, 13. Dezember 2017

Dr. Antje Richter-Kornweitz

Inhalt

- **Risikoperspektive**

- Kinderarmut und die Auswirkungen auf kindliche Entwicklung
 - Begriffe, Zahlen und Fakten
 - Beispiele

- **Ressourcenperspektive**

- Schlüsselstrategien zur entwicklungsorientierten Prävention
- Risiko-, ressourcen- und prozessorientierte Strategien

Gesund aufwachsen für alle Kinder...

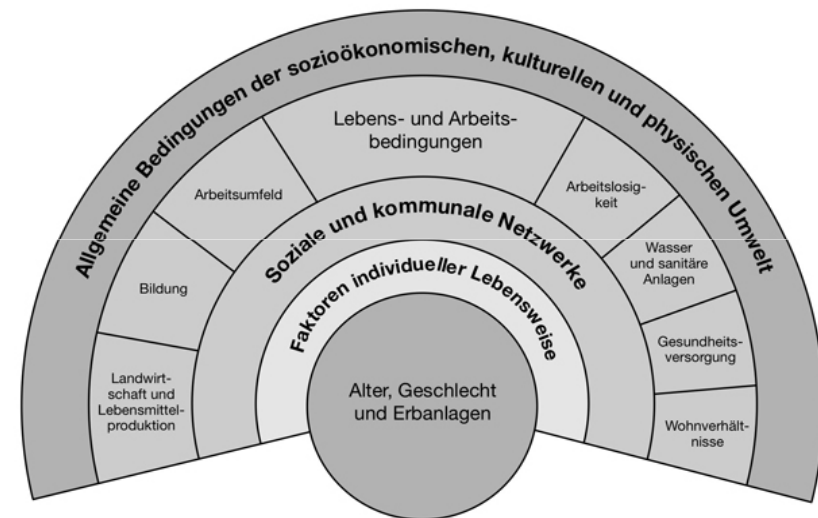
- ... Aufwachsen im Wohlergehen
 - ...umfassende Teilhabechancen auf Gesundheit, Bildung, soziokulturelle Teilhabe
 - ...auch das elterliche Wohlbefinden zählt



Gesundheit

Gesundheit ist zu verstehen als ...

- ... Wohlbefinden, als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (WHO)
- ... prozesshaft, lebensgeschichtlich, stets in Entwicklung
- ... abhängig von Rahmenbedingungen des Lebens und den sich wechselseitig beeinflussenden körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Faktoren

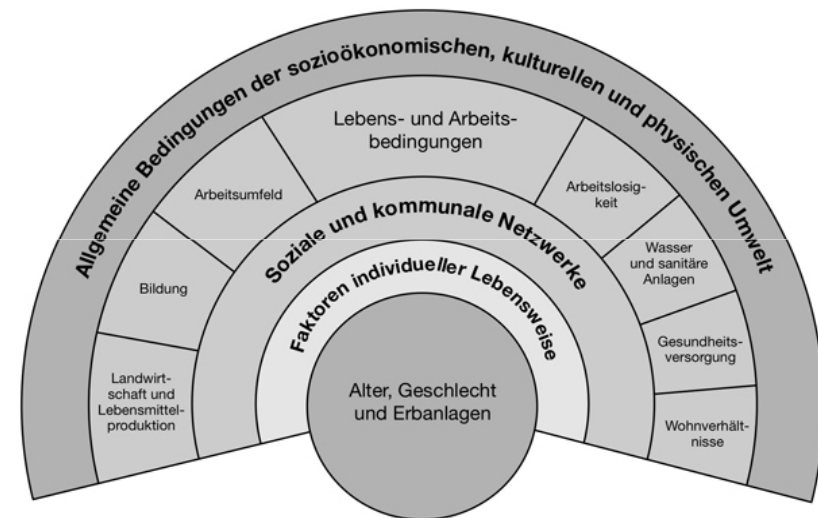


Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, 1993

Gesundheit

Über 'Gesundheit' sprechen, heißt sprechen über...

- Soziale Statusposition und gesundheitliche Chancengleichheit
- Determinanten von Gesundheit
- Subjektive Wahrnehmung von Gesundheit



Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, 1993

Aufwachsen im Wohlergehen ist ein Prozess



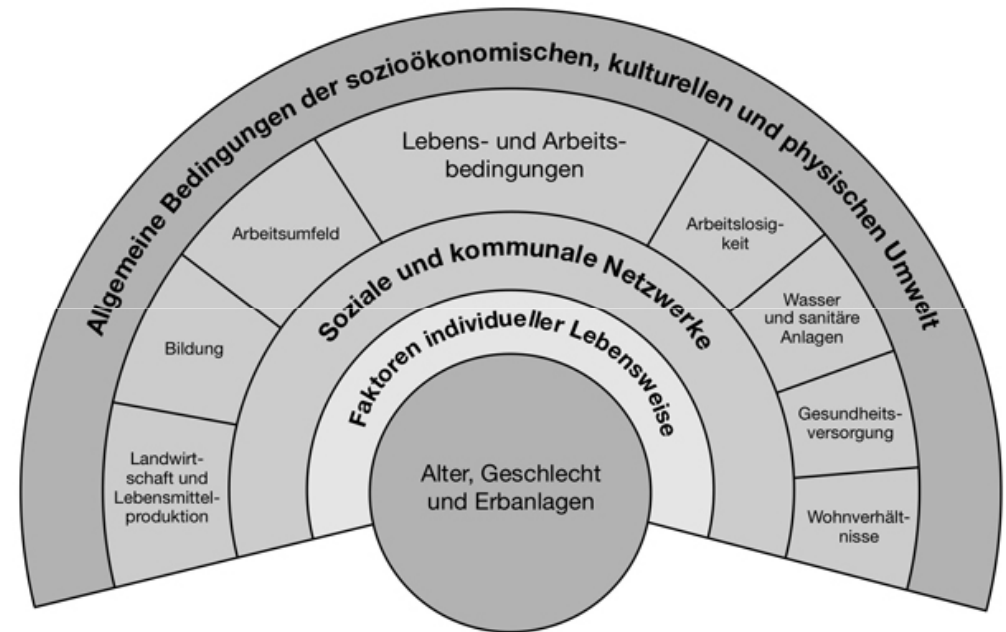
Frühe Hilfen

Kindertagesstätten

Grundschulen...

Soziale Determinanten von Gesundheit

- Der Mensch als biologischer Organismus *und* soziales Wesen
- Das, was wir in unserem Körper manifestieren, ist ein Ausdruck unserer Erfahrungen über den Lebenslauf und deren „Einverleibung“.
- Die gesellschaftliche Verteilung der Krankheitslast zeigt den Möglichkeitsspielraum von Gesundheit und Wohlbefinden



Die Rahmenbedingungen des Lebens werden „verkörpert“

Möglichkeitsspielraum

Einkommensunterschiede und Lebenserwartung

	Lebenserwartung bei Geburt			Gesunde Lebenserwartung bei Geburt	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen
Einkommen					
0-60%	70,1	76,9		56,8	60,8
60-80%	73,4	81,9		61,2	66,2
80-100%	75,2	82,0		64,5	67,1
100-150%	77,2	84,4		66,8	69,1
150% u.m.	80,9	85,3		71,1	71,0
Differenz	10,8	8,4		14,3	10,2

Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995-2005 (Lampert et al. 2007)

Verbreitungsmuster von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung mit Blick auf soziale Lage zu untersuchen, ist nichts Neues

Rudolf Virchow (1821-1902)

"Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen."

Alfred Grotjahn (1869-1931)

Die sozialen Verhältnisse :

- schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage
- sind die Träger der Krankheitsbedingungen
- vermitteln die Krankheitsursache
- beeinflussen den Krankheitsverlauf

Michael Marmot (2006)

Zwei entscheidende Faktoren korrelieren mit dem sozialen Status:

- Der Einfluss, den wir auf die Umstände unseres Lebens haben.
- Unsere Chance, uns als vollwertige, anerkannte Mitglieder unserer Gesellschaft zu fühlen.

Sie definieren unser Krankheitsrisiko und unsere Lebenserwartung.

Regionale Unterschiede der Kinderarmut in Deutschland

Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren, die dauerhaft – also mind. in fünf aufeinander folgenden Jahren – SGB-II-Leistungen bezogen

Wohnortgröße (BIK-Region)	Dauerhafter SGB-II- Leistungsbezug in %
Unter 20.000 Einwohner*innen	3,9
20.000 bis 99.999 Einwohner*innen	19,8
100.000 bis 499.999 Einwohner*innen	41,3
500.000 Einwohner*innen und mehr	35,0

Panel-Datensatz des IAB in
neun Wellen von 2006 bis
2015

N ges.=3.179

hier Darstellung eines von insg. fünf
Einkommens-Clustern (N=450)

Tophoven et al. 2017: 40

Armut messen ... Begriffsverständnis

- **Armutsgefährdungsschwelle:** 60 % des Pro-Kopf-Einkommens je Haushaltsmitglied*.
 - Singles: 12/2016 galt eine Person in einem Einpersonenhaushalt in Baden-Württemberg mit monatlichem Haushaltsnettoeinkommen **unterhalb von 1.055 Euro** als arm.
 - Familien 2+2: 12/2016 galt eine Familie mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren in Baden-Württemberg mit monatlichem Haushaltsnettoeinkommen **unterhalb von 2.215,-- Euro** als arm.
- **Soziale Mindestsicherung** (mittels Transferleistungen behördlich bekämpfte Armut)
 - Anteil der Kinder, die in Bedarfsgemeinschaften leben, die SGB-II-Leistungen („Hartz IV“) erhalten, wobei die Eltern nicht immer gleichzeitig auch arbeitslos sind.
- **Sozio-ökonomischer Status → SES**
 - Der sozio-ökonomische Status (SES) bemisst sich am Einkommen, beruflichem Abschluss und beruflicher Position.
 - Ein niedriger SES bedeutet: Geringes Einkommen, niedriger Bildungsabschluss und niedrige Berufsposition.

*Hierzu wird das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen ermittelt. Ausgehend von der Annahme, dass sich durch gemeinsames Wirtschaften Einsparungen erreichen lassen, wird bei Mehrpersonenhaushalten der ersten erwachsenen Person im Haushalt das Bedarfsgewicht 1 zugeordnet, für die weiteren Haushaltsmitglieder werden Gewichte von < 1 eingesetzt (0,5 für weitere Personen im Alter von 14 und mehr Jahren und 0,3 für jedes Kind im Alter von unter 14 Jahren).

Daten zur Armutslage von Kindern und Jugendlichen in BW

•Unter 18-Jährige in relativer Armut (2016)*	14,7 %* (→Deutschland, gesamt: 15,7 %)
•Kinder u-3 Jahren in SGB II (2015)**	9,2 %
•Kinder zwischen 3 und 6 J. in SGB II (2015)**	9,5 %
•Unter 18-Jährige in SGB II-Bezug (2015)**	8 % (146.385)
• Langzeitarmut bei „Schulkindern“ (2015)** d.h. Kinder zwischen 7 bis u-15 Jahren, die drei Jahre und länger in SGB-II sind	49,2 %;

Ortenaukreis

Kinder zwischen 3 und 10 Jahren in SGB II-Bezug (2015)	8,6 %
--	--------------

Raumschaften

Unterschiede zwischen den Raumschaften	3,7 % bis zu 11,3 %
--	----------------------------

Quellen: * d.h. in Familien mit 60% des durchschnittlichen Nettomonatseinkommens, siehe unter www.amtliche-sozialberichterstattung.de

** Bertelsmann Stiftung (2016). Kinderarmut. Kinder im SGB-II-Bezug in Deutschland bzw. Baden-Württemberg. Factsheet. Gütersloh; *** Kommunale Arbeitsförderung Ortenaukreis

Wer ist betroffen und was folgt daraus?

13 % der U-15 leben in Deutschland mehr als 5 Jahre in dauerhaft nicht gesicherter Einkommenslage (SGB II); weitere **29 %** erfahren in dieser Zeit mehrfachen Wechsel zwischen gesicherter / nicht-gesicherter Einkommenslage¹

Auf häufigsten unter der Armutsschwelle (60%-Schwelle) leben 12/2016 in BW Haushalte mit Kindern in alleinerziehenden Familien (**38,7%**) und in Familien mit drei oder mehr Kindern (**16,4%**)²

Menschen *ohne* deutsche Staatsangehörigkeit leben 2016 in BW zu **25,3 %** in Armut; Menschen *mit* deutscher Staatsangehörigkeit zu **9,7 %**.

Menschen *mit* Migrationshintergrund leben 2016 in BW. zu **19,6 %** in Armut, d.h. unter der 60%-Schwelle (*ohne* MgH **7,5%**)²

Je geringer das Qualifikationsniveau der Eltern, desto höher das Risiko eines Kindes auf dauerhaft nicht-gesicherte Einkommenslage¹

Nur **32,3%** der U-15-Kinder von Eltern mit Hauptschulabschluss o. Berufsausbildung leben in dauerhaft gesicherter Einkommenslage, d.h. mehr als 5 Jahre kein Leistungsbezug)¹

Die schulische Bildungsbiographie der Kinder mit niedrigem SES verläuft belasteter; sie weisen häufiger Lernrückstände auf und besuchen seltener ein Gymnasium.³

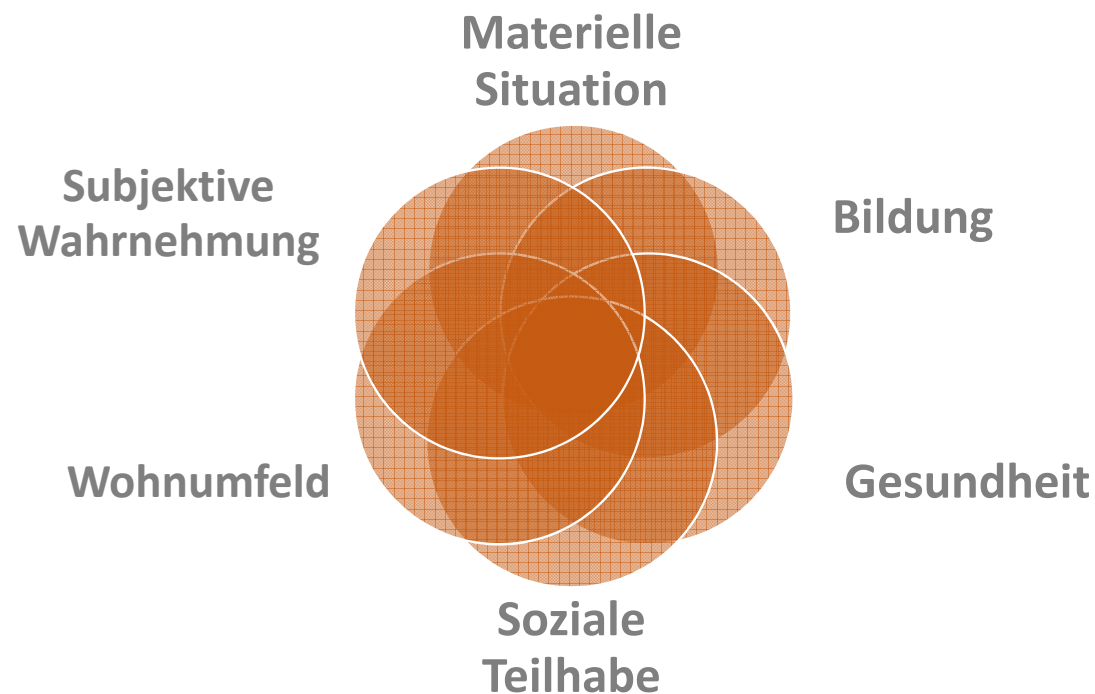
Arme Kinder haben tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand und verhalten sich weniger gesund.⁴

Arme Kinder nehmen seltener non-formale und informelle (Bildungs-) Angebote in Anspruch. Sie verfügen über kleinere soziale Netzwerke.⁵

¹ Tophoven et al. 2017; ² www.amtliche-sozialberichterstattung.de; ³ vgl. Schulleistungstudien TIMMS, IGLU, PISA sowie IQB,; ⁴ vgl. HBSC-Studienverbund (2015), AWO-ISS-Studie (2012) sowie KiGGS-Studien (2014); ⁵ vgl. BMFSFJ (2010), Engels & Thielebein (2011), Schröder, Spieß & Storck (2015) sowie Chassée, Zander & Rasch (2002); Richter (2000)

Wechselseitige Auswirkungen von Armut in wichtigen Lebensbereichen

übergreifende Zusammenhänge – ungleiche Teilhabechancen



Risikoperspektive

Armut von Kindern und die Folgen

Dr. Antje Richter-Kornweitz

Zitat „Wenn man nicht genug zum Anziehen kaufen kann. Wenn man nicht genug zum Essen hat. Wenn man nichts in seiner Freizeit machen kann. Wenn man keinen Fotoapparat hat, für Erinnerungen. Wenn man etwas zur Schule mitbringen muss, ein Buch oder eine Kassette, und man das nicht hat.“ (Nathalie, 9 J. in DKHW 2007)

Armut von Kindern und die Folgen

Der Alltag armer Kinder und Familien ist von Mangel geprägt

Finanzieller Druck

Einkommen reicht nicht für gute Ernährung, angemessenes Wohnen & unerwartete Ausgaben.

Materieller Mangel

Es fehlt an genügend Winterkleidung; abgenutzte Möbel können nicht ersetzt werden.

Geringe Handlungsspielräume

Geldknappheit verhindert spontane Entscheidungen sowie Sparen für die Zukunft.

Soziale Isolation

Freizeitaktivitäten mit Familie oder Freunden sind auf kostenlose Angebote beschränkt;
Treffen mit anderen zu Hause finden kaum statt.

Scham

Eltern und Kinder befinden sich in Erklärungsnot ggü. Behörden, Institutionen, Verwandten & Freunden.

Diskriminierung

Kinder werden von Gleichaltrigen gehänselt, Eltern fühlen sich in Institutionen abgelehnt.

Kinderarmut wirkt sich aus auf den Alltag, und zwar...

	... im Hier und Jetzt	... und in der Zukunft
Materielle Lage	Mangel & Verzicht, Wohnraum, Mobilität, Ernährung, gemeinsame Zeit	Zukunftspläne/Resignation, Selbstwirksamkeit, Entscheidungsmacht
Soziale Lage	Anzahl Freunde, soziale Kontakte, Freizeitangebote	Partizipation, soz. Eingebundensein / Netzwerke
Kulturelle Lage	Qualität der Einrichtungen, Lernstand, Schulform	formaler Bildungserfolg, Berufseinstieg, Einkommen, soziales Ansehen
Gesundheitliche Lage	Entwicklung, Gesundheit & gesundheitsbezogenes Verhalten	Morbidität, Mortalität

Welche weniger bekannten Wechselwirkungen bestehen zwischen sozialer Herkunft, Bildung und Gesundheit?

- Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, die eine Hauptschule besuchen, haben die schlechtesten und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus, die auf ein Gymnasium gehen, die besten Gesundheitschancen.
- „*Positive Effekte inter-generationaler Aufwärtsmobilität*“: Schaffen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus den Sprung auf ein Gymnasium, drückt sich dies in deutlich verbesserten Gesundheitschancen aus.
- „*Negative Effekte inter-generationaler Abwärtsmobilität*“: Bei Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus, die eine Hauptschule besuchen, ist eine Verringerung der Gesundheitschancen festzustellen.

Soziale Statusposition und Gesundheit

- Enger Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung (niedrigem SES) und Gesundheit in allen Altersgruppen
- Erhöhte Vulnerabilität in frühen Lebensphasen
- Überproportional häufige Erkrankungen, Behinderungen und Funktionseinschränkungen im (Erwachsenen)Alter

Power/Kuh 2008; Dragano/Siegrist 2009; RKI 2007//2009/2014



Belastungskarrieren ... starten oft früh

- Nachwirkungen einschneidender Lebensereignisse während der Schwangerschaft
- Fehlernährung in Schwangerschaft und früher Kindheit
- Psychische Gesundheit schwangerer Frauen

Langfristige Auswirkungen auf gesundheitliche und kognitive Entwicklung

Power/Kuh 2008; Dragano/Siegrist 2009; Jianghong Li 2012



Belastungskarrieren ... haben oft eine lange Geschichte

Beeinträchtigungen, die bei Langzeitarmut gehäuft auftreten, betreffen:

- organische, wachstumsbezogene Prozesse
- kognitive Entwicklung
- psychische Stabilität und Persönlichkeitsentwicklung im Kindesalter

Armut ist ein Entwicklungsrisiko mit Langzeitwirkung



„Neue Morbidität“ (Schlack HG, 2004)

- ...etwa 20% mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
 - Verschiebung des Krankheitsspektrums von...
 - akuten zu chronisch-körperlichen Erkrankungen
 - körperlichen zu psychischen Erkrankungen
- Probleme an Schnittstellen zwischen Körper, Psyche und Umwelt
- **Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES stärker betroffen**



U-Untersuchungen, Schuleingangsuntersuchungen und KiGGS belegen die gesundheitliche Ungleichheit im Kindesalter

- Säuglingssterblichkeit
- niedriges Geburtsgewicht
- geringere Körpergröße bei Schuleintritt
- Entwicklungsstörungen/-verzögerungen,
 - z.B. Bewegungskoordination, Sprachentwicklung, Bewältigungsverhalten
- Sehen und Hören
- Teilnahme an U-Untersuchungen
- Impfbereitschaft
- Ernährungsstatus
- Zahnstatus
- Unfälle und Verletzungen



KiGGS Ergebnisse 2014

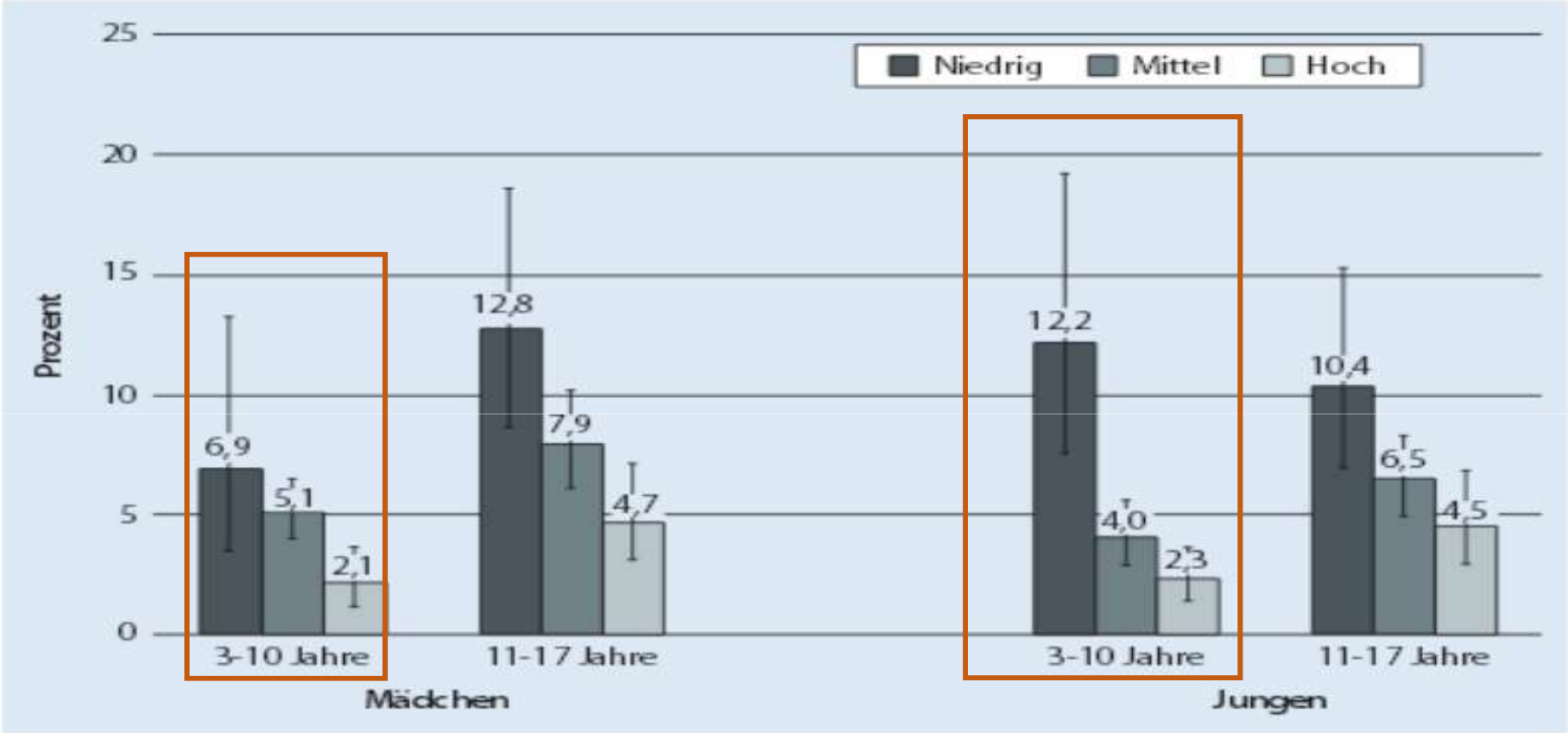


Abb. 3 ▲ Allgemeiner Gesundheitszustand („mittelmäßig“ bis „sehr schlecht“) nach sozioökonomischem Status und Alter (n = 10.346)

Gesundheitliche Ungleichheit **Säuglingssterblichkeit***

Zeitraum	Bremen (Stadt)	Wohlhabende Viertel	Arbeiterviertel	Großsiedlungen
2000-2004	5,0	3,6	4,5	9,8
2005-2008	4,5	1,2	5,2	7,3

Zeitraum	Bremen (Stadt)	Bremerhaven (Stadt)
2007-2010	4,7	9,4

Armutsquoten	2007	2008	2009	2010
Bremen	29,7%	28,4%	29,1%	29,3%
Bremerhaven	40,8%	37,2%	37,7%	37,9%

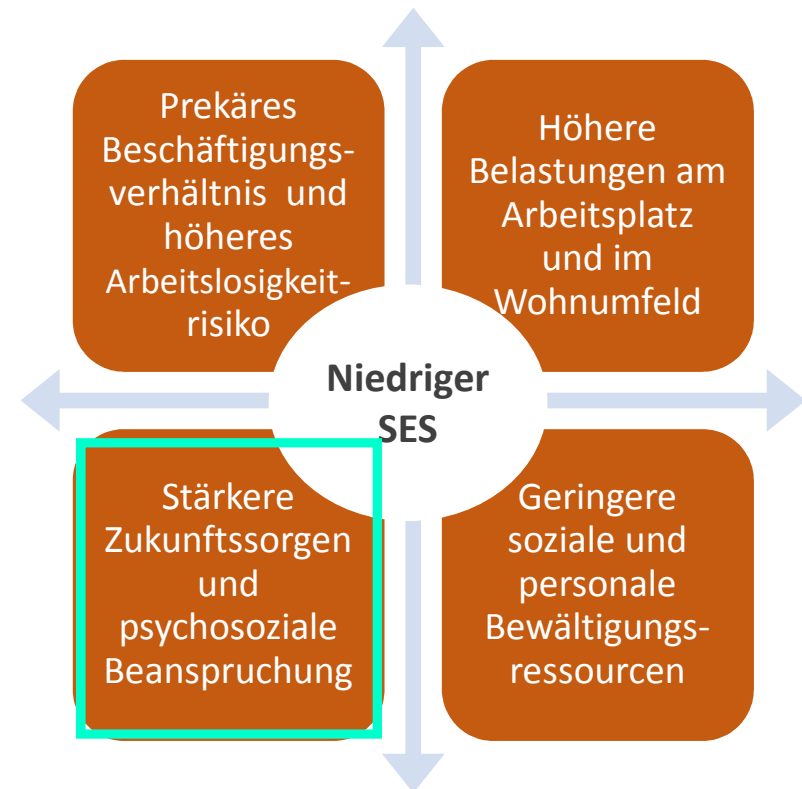
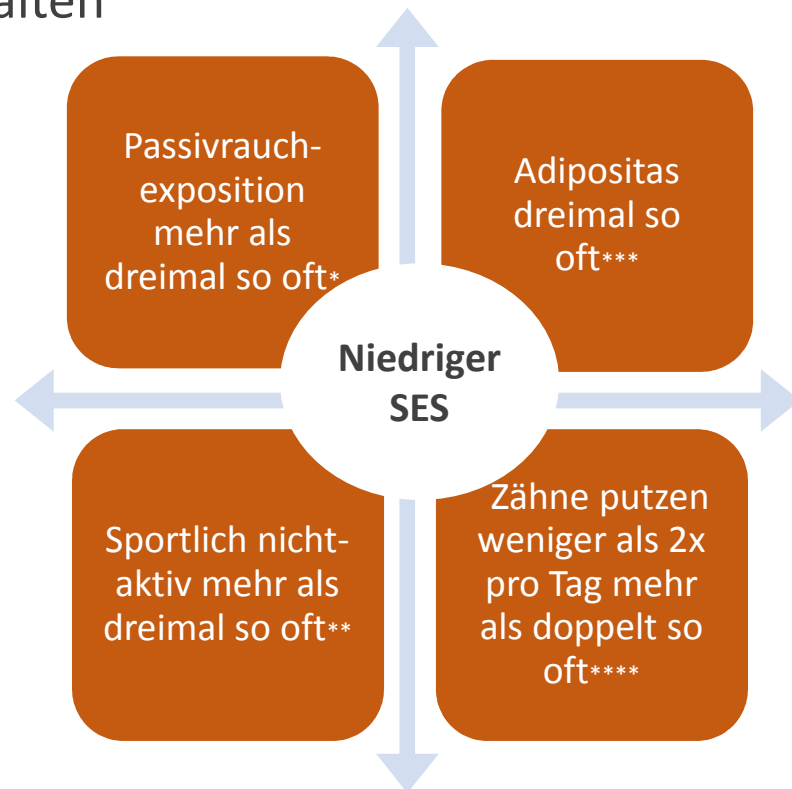
Kinder unter 15 Jahren in SGB II in Bremen und Bremerhaven**

*Säuglingssterblichkeit: Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene nach Quartierstyp, Gesundheitsamt Stadt Bremen; Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 2010, S. 56; **BIAJ-Kurzmitteilung v. 27.4.12, eigene Darstellung

Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung beruhen auf Unterschieden in Verhalten und Verhältnissen

Verhalten*

Verhältnisse



*11-17 Jahre, ** 3-10 : ***3-17; **** 11-17; Quelle: Lampert, T., RKI, 16.03.16;

Beispiel Alleinerziehende

- Finanzen als größtes Problem, gefolgt von Problemen mit eigener Gesundheit
- Hoher Belastungslevel, (z.B. Stress mit Ex-Partner, Einsamkeit, Alltagsüberforderung, Schulprobleme/Kind)
- Gefühle von *Ohnmacht* und *Perspektivlosigkeit*, da keine dauerhaften Problemlösungen für größte Probleme in Sicht sind.

Beispiel Alleinerziehende

- Wunsch nach Unterstützung für:
 1. eigene Gesundheit
 2. Gesundheit des Kindes
 3. Schulprobleme des Kindes.
- Überforderungsgefühle durch:
 - hohes Erleben von konstanten, stabilen, mehrschichtigen Problemlagen
 - unterschiedliche, aber zusammenhängende Einzelprobleme, die dazu führen, mit **mehreren Akteuren des Hilfesystems (gleichzeitig) kommunizieren und interagieren zu müssen.**

Unterstützungsangebote in Kommunen sind vielfältig – treffen aber nicht immer Bedarf und Bedürfnisse der Kinder und Familien

- Vielfalt der Akteur*innen, Zielsetzungen und Leistungen erschwert Transparenz und den gemeinsamen Blick.
- Versäulte Strukturen zwischen Ressorts und Fachrichtungen hemmen die Abstimmung und das Ineinandergreifen von Angeboten und Maßnahmen.
- Angebote basieren nur bedingt auf den tatsächlichen Bedürfnissen, Interessen und der Lebensrealität der Kinder und Familien.

Angebote und Leistungen kommen nur unzureichend oder gar nicht bei denjenigen an, die sie benötigen.

Ressourcenperspektive

Was schützt?

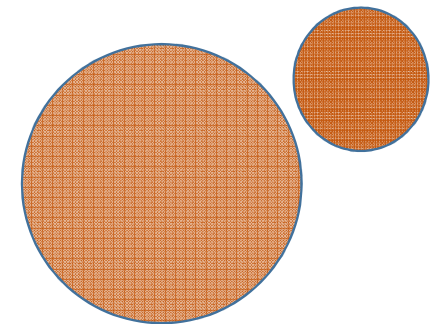
A large orange rectangle is positioned behind the text 'Was schützt?'. Below it, there are several overlapping, semi-transparent brown and orange rectangular blocks of varying sizes and orientations, creating a layered, abstract effect.

Dr. Antje Richter-Kornweitz

Schlüsselstrategien der entwicklungsorientierten Prävention

- Risikoorientierte Strategien
- Ressourcenorientierte Strategien
- Prozessorientierte Strategien

Ann Masten 2001



Risikoorientierte Strategien Kindergesundheit, „klassisch“

- Vorsorge

- U-Untersuchungen
- Impfungen
- Zahngesundheit /Jugendzahnpflege
- Früherkennung gekoppelt mit früher Förderung im 4. Lebensjahr (z.B. PIAF)

- Frühe Hilfen

- Früh helfen=früh fördern
- Kinderschutz



Ressourcenorientierte Strategien Kindliche Entwicklung fördern...

An zentralen Entwicklungsthemen ansetzen*

- **Kinder unter 3 Jahren:**
Bindung und Autonomie
- **Kinder von 3 bis 6 Jahren:**
Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit
- **Kinder von 6 bis 12 Jahren:**
Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren
- **Jugendliche von 12 bis 18 Jahren:**
Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden

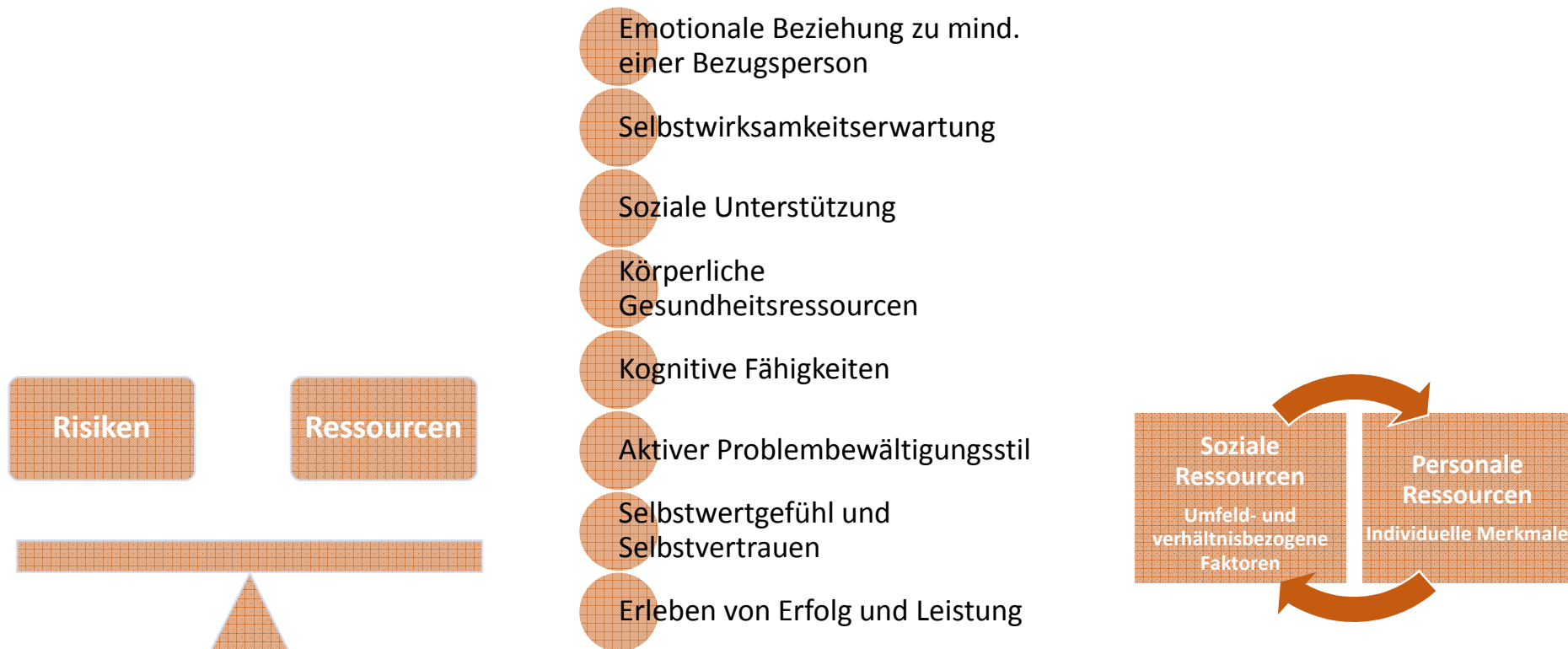
*vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht 2009, S. 80



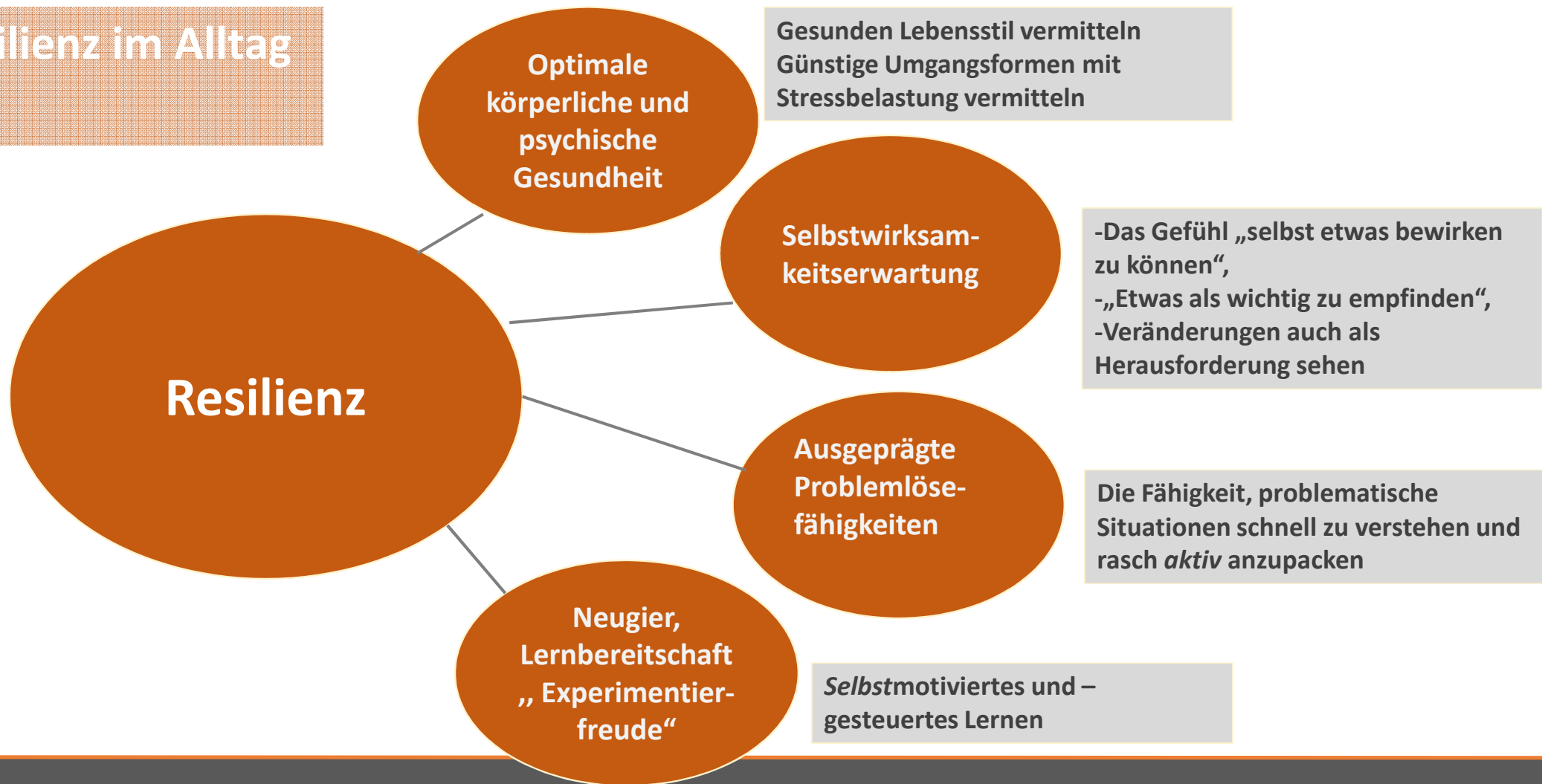
„Geglückte“ Bindungsmodelle verankern

- **Feinfühliges Verhalten**, d.h.
- Signale des Kindes wahrnehmen,
- richtig interpretieren,
- prompt *und* angemessen darauf reagieren.

Resilienzförderung Schutzfaktoren



Resilienz im Alltag



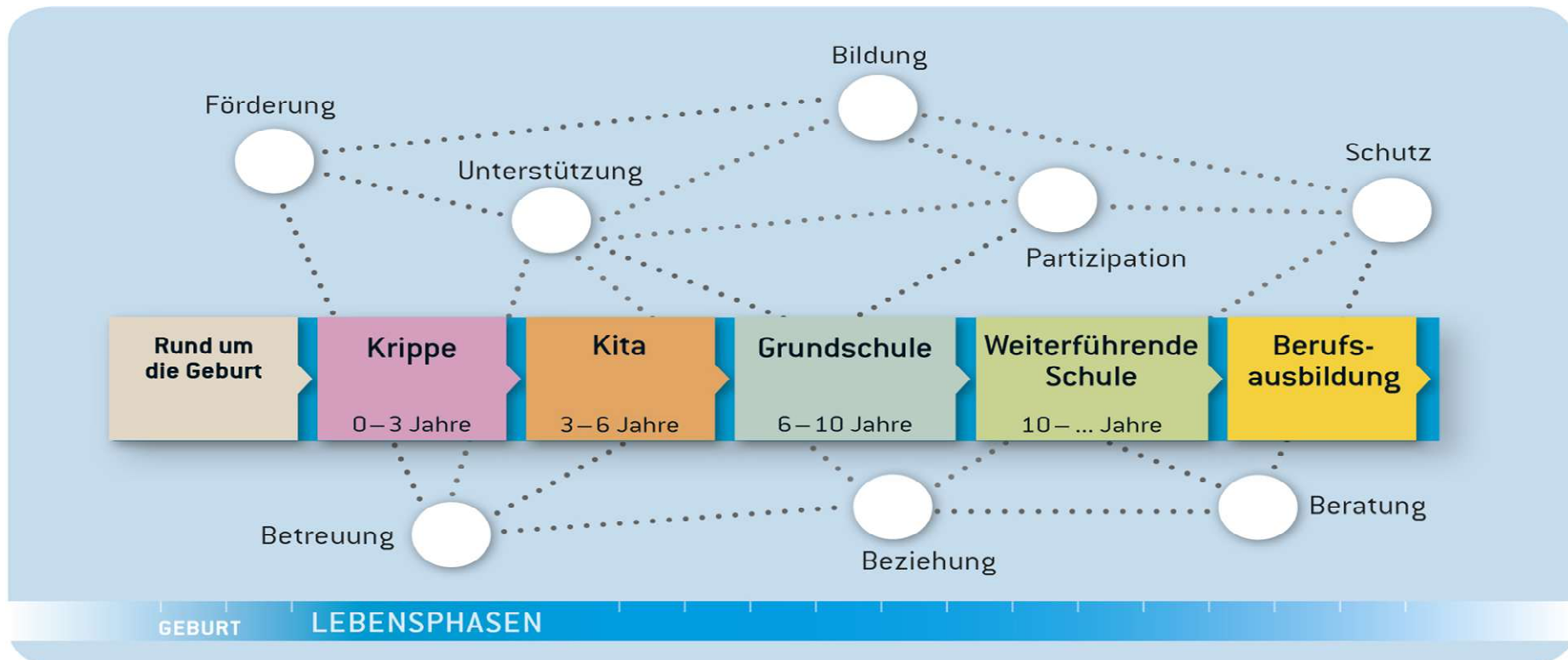
Prozessorientierte Strategien Aufwachsen im Wohlergehen



Frühe Hilfen

Kindertagesstätten

Grundschulen...



Richter-Kornweitz, A. / Utermark, K. (2013) Werkbuch Präventionskette, Hannover

Präventionsketten in Kommunen

Kommunal vernetzte Präventionskette mit bereichs- und trägerübergreifend abgestimmten Angeboten von der Schwangerschaft bis zum frühen Erwachsenenalter

www.bzga.de

Begriffsbestimmung

Als Präventionskette bezeichnet man eine **systematische und in sich bündige** kommunale Infrastruktur für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, ... ,
die sich auf **alters- und entwicklungsbezogene** Handlungsfelder bezieht, wie Frühe Hilfen, Kita, Schule, Übergang in den Beruf.

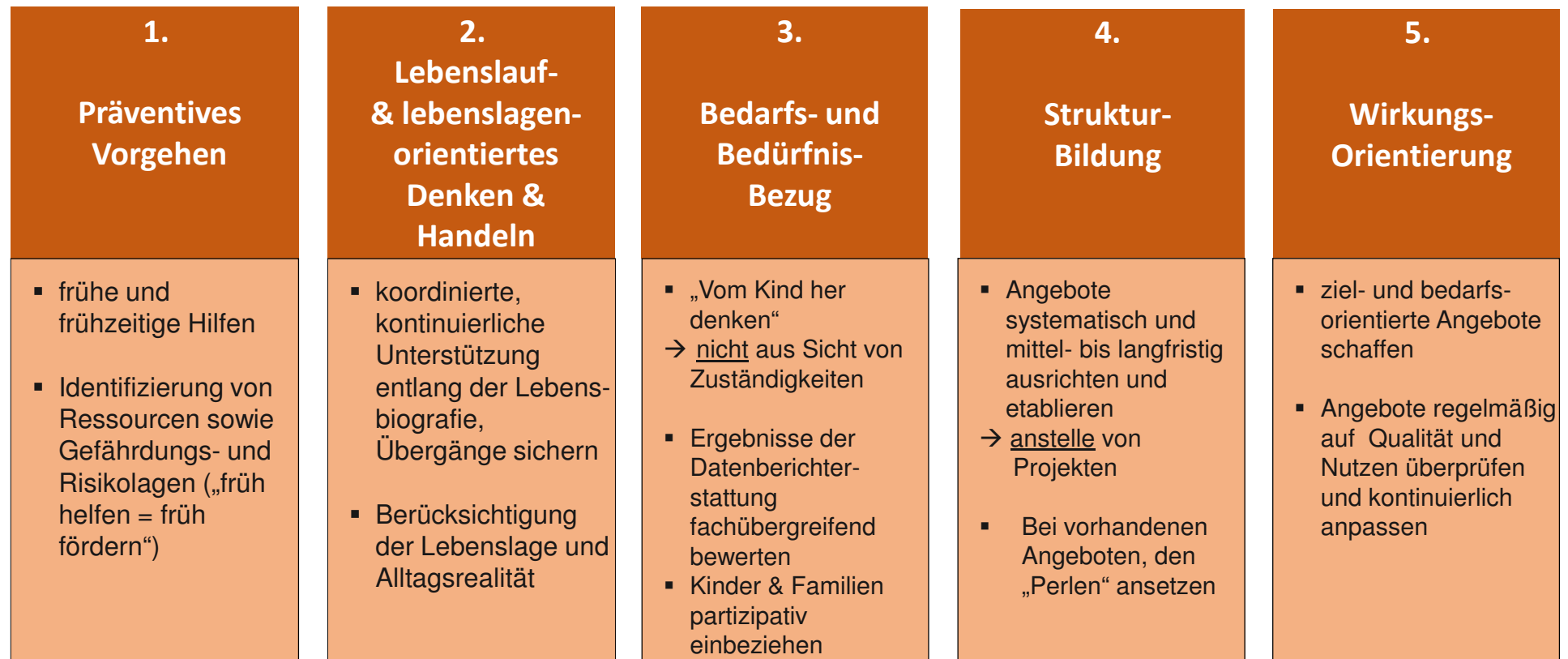


Sie baut auf das **gemeinsame Gestalten und Handeln** aller relevanten Akteure.

Unter Präventionskette versteht man die Aufgabe einer **frühzeitig beginnenden und andauernden Förderung *aller* Heranwachsenden** als Ausdruck öffentlicher Verantwortung zur Ergänzung der elterlichen.

Holz/Schöttle/Berg 2011; Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2015

Prinzipien einer Präventionskette

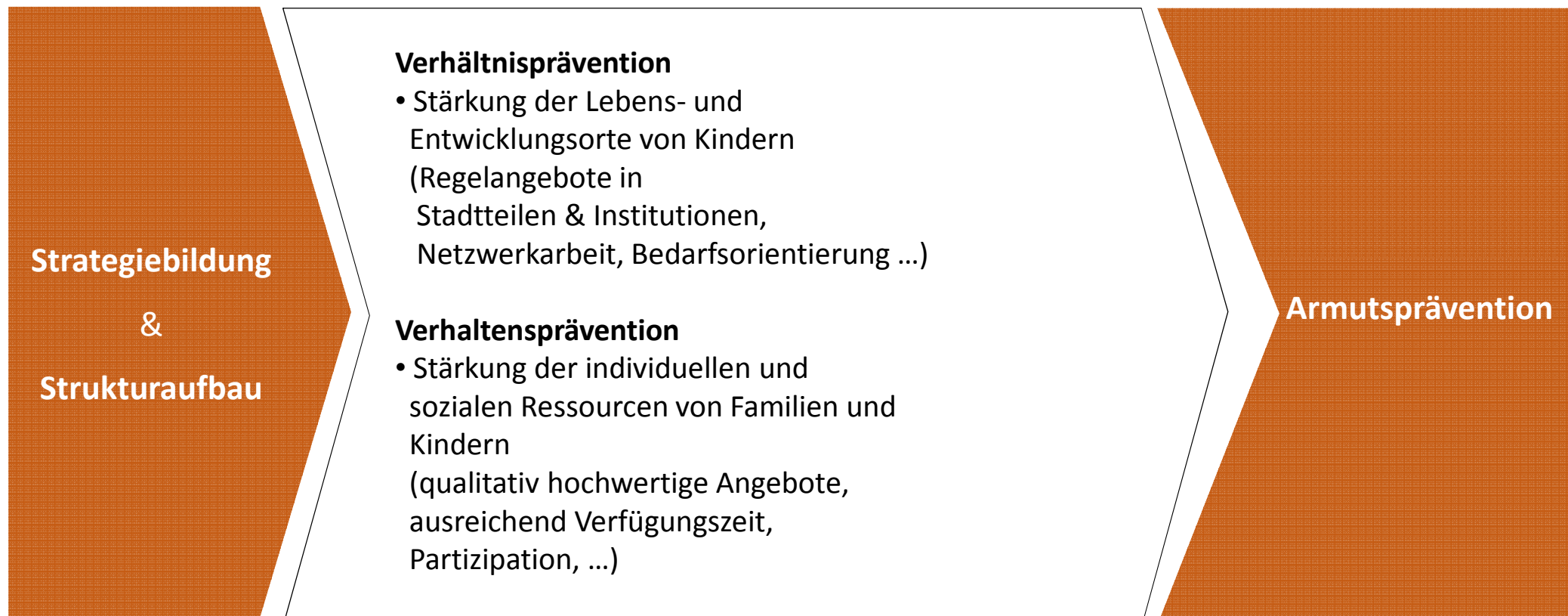


Kommune als Handlungsort

Lösungsansätze vor Ort

Dr. Antje Richter-Kornweitz

Wie können die Folgen von Kinderarmut in Kommunen gezielt bekämpft werden?



Settingorientierte Gesundheitsförderung

Organisationsentwicklung in Kitas und Schulen

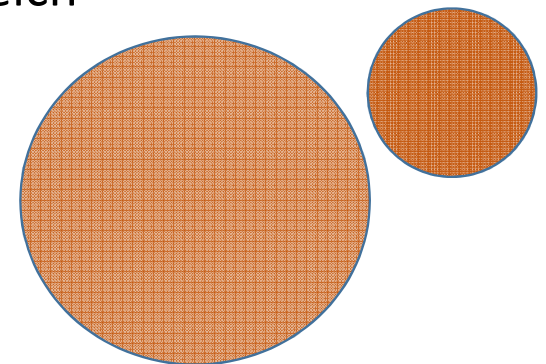
- Settings als soziale Systeme, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können
- Alle Akteure im Setting einbeziehen, d.h. Kinder, Beschäftigte, Eltern sowie das soziale Umfeld
- Risiken und Ressourcen identifizieren und definieren: Belastungen senken - Potenziale fördern
- **Gesundheitsförderung als Settingentwicklung statt Gesundheitsförderung im Setting**



Präventionsgesetz Durch Lebensweltorientierung alle erreichen

Durch die Lebensweltorientierung können Benachteiligte erreicht werden, ohne sie als solche zu stigmatisieren. Die Maßnahmen sollen dabei „Priorität auf Kontextbeeinflussung“ legen und weniger (bzw. nur indirekt) individuelles Verhalten adressieren.

Ziel ist es, die jeweilige Lebenswelt so zu gestalten, dass die von ihr ausgehenden Belastungen möglichst gering gehalten und zugleich unterstützende Strukturen entwickelt und gestärkt werden.



vgl. Nationale Präventionskonferenz (2016) : Bundesrahmenempfehlungen. Verabschiedet am 19. Februar 2016 auf der 2. Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz

Präventionsketten Kooperation und Koordination im kommunalen Setting

Integrierte kommunale Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung:
systematisch, institutions- und systemübergreifend vernetzen

- **Präventionsnetzwerk Ortenaukreis**



- Präventionsketten in Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder
- LVR – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut
- Kommunale Präventionsketten NRW (KeKiz-Nachfolge)
-

