



© Scusi | Fotolia

GesellschaftsReport BW
Ausgabe 3 – 2018

Familienarmut – ein Risiko für die Gesundheit von Kindern



Baden-Württemberg

STATISTISCHES LANDESAMT
FAFO FAMILIENFORSCHUNG



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Familienarmut – ein Risiko für die Gesundheit von Kindern

Während der Großteil der Heranwachsenden in Baden-Württemberg gute Chancen hat, gesund aufzuwachsen, haben insbesondere die knapp 20 % der Kinder und Jugendlichen, die armutsgefährdet sind, ein höheres gesundheitliches Risiko und damit geringere Chancen auf ein gesundes Leben.

Die Bedeutung zielgruppenspezifischer Prävention wird in diesem Report anhand folgender Befunde verdeutlicht:

- Früherkennungsuntersuchungen bieten die Möglichkeit für ein gesundes Aufwachsen und eine frühzeitige Beratung der Eltern. Allerdings nehmen Kinder aus Elternhäusern mit niedrigem Sozialstatus diese Untersuchungen vergleichsweise seltener wahr, obwohl die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden.
- Übergewicht und Adipositas kommen bei 4- bis 5-jährigen Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wesentlich häufiger vor als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Zudem zeigt sich bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus seltener eine altersentsprechende Grobmotorik. Und auch die Zahngesundheit ist vom Sozialstatus und Bildungsniveau abhängig: Kinder in Gymnasien schneiden hier deutlich besser ab als Kinder in Hauptschulen.
- Ein hoher Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund hat nicht die gleichen Gesundheitschancen wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede sind nur teilweise über Unterschiede des Sozialstatus erklärbar.
- Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund weisen am häufigsten ein hohes Körpergewicht auf. Da der Bildungsstand der Mutter einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Gesundheit ihres Kindes zu haben scheint als der des Vaters, können Präventionsstrategien über mehrere Generationen hier ansetzen.
- Kinder aus den Landkreisen Baden-Württembergs leben seltener in SGB II-Bedarfsgemeinschaften als Kinder aus Stadtkreisen. Bei Landkreisen mit hoher Quote an SGB II-Bedarfsgemeinschaften und zugleich hoher Betreuungsquote der unter 3-Jährigen erzielen die Kinder bei der Einschulungsuntersuchung aber häufiger altersentsprechende Ergebnisse.
- Risikofaktoren, zu denen ein Aufwachsen in Armutslagen gehört, müssen nicht zwangsläufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern führen. Durch gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen, die soziallagenorientiert, im Quartier verankert, gut vernetzt sowie Teil einer kommunalen Gesamtstrategie sind, können die Gesundheitskompetenzen von Kindern und Eltern gestärkt werden.

1. Einleitung

Baden-Württemberg ist eine der wirtschaftsstärksten Regionen der Europäischen Union. Trotz eines relativ hohen Einkommensniveaus und einer niedrigen Arbeitslosenquote gibt es auch in Baden-Württemberg Armut und Armutsgefährdung. Vergleichsweise häufig von Armut gefährdet sind Kinder und Jugendliche. Von den rund 1,7 Millionen Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Baden-Württemberg war 2016 fast ein Fünftel (19,4 % gemessen am Landesmedian) armutsgefährdet. Die Armutsgefährdungsquote der Bevölkerung Baden-Württembergs insgesamt lag mit um 15,4 % um 4 Prozentpunkte niedriger.

Dabei hat die soziale Lage der Familie nicht nur auf die Bildungschancen und beruflichen Perspektiven der Heranwachsenden einen prägenden Einfluss, sondern auch auf die gesundheitliche Entwicklung und das Wohlbefinden (Bundesministerium für Soziales und Arbeit 2017). Die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen unterscheiden sich nach Sozialstatus. Während der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Baden-Württemberg gute Chancen hat, gesund aufzuwachsen, hat ein nicht unerheblicher Anteil armutsgefährdeter Kinder gesundheitliche Risiken und geringere Chancen auf ein gesundes Leben.

Dass ein Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus der Eltern und dem Gesundheitszustand der Heranwachsenden besteht, belegen mehrere Studien. Laut der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)¹ schätzen knapp 96 % der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als sehr gut oder gut ein (KiGGS Welle 2 von 2014 bis 2017). Anhand der Ergebnisse wird allerdings auch ersichtlich, dass Eltern mit niedrigem sozialen Status den Gesundheitszustand ihrer Kinder deutlich häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzen als Eltern mit einem mittleren oder hohen sozialen Status (vgl. Abbildung 1).



Die Armutsgefährdungsquote

Die Armutsgefährdungsquote misst die relative Einkommensarmut und wird definiert als der Anteil der Personen, deren Äquivalenzeinkommen (ÄE) weniger als 60 % des Medians des ÄE der Bevölkerung beträgt. Berechnungsgrundlage ist für Deutschland der Bundesmedian und für Baden-Württemberg der entsprechende Landesmedian. Das ÄE wird auf Basis der neuen OECD-Skala berechnet. Weitere Informationen unter www.amtliche-sozialberichterstattung.de

1 Weitere Informationen unter www.kiggs-studie.de

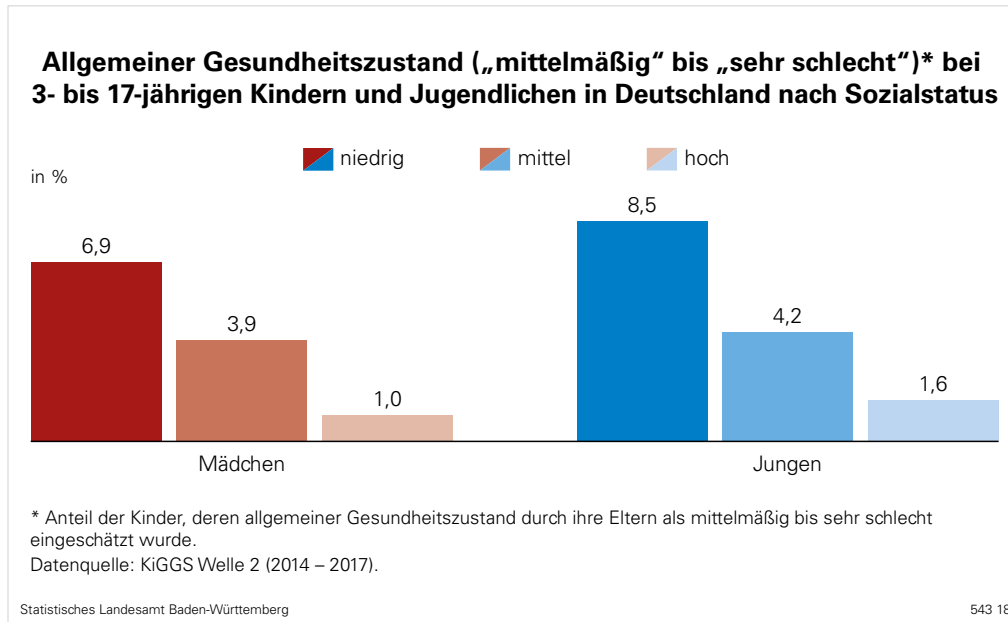


Abbildung 1:
Allgemeiner Gesundheitszustand („mittelmäßig“ bis „sehr schlecht“)* bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach Sozialstatus

Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern wurde auch im Ersten Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg (2015) aufgezeigt. Armutsgefährdete und -betroffene Kinder und Jugendliche haben geringere Chancen, gesund aufzuwachsen. Dies umfasst nicht nur Aspekte der aktuellen Gesundheitssituation, sondern auch zukünftige Entwicklungsbedingungen.²

Durch die KiGGS-Studienergebnisse sowie die Darstellung im Ersten Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg wird deutlich, dass bezüglich der gesundheitlichen Risiken von Kindern und Jugendlichen ein Zusammenhang mit der sozialen Lage besteht. Dies unterstreicht die Bedeutung zielgruppenspezifischer Präventionsstrategien. Für die Entwicklung und gezielte Förderung entsprechender Maßnahmen ist es notwendig, die gegenwärtige Situation abzubilden und den Bedarf zu analysieren.

Während auf Bundesebene mit der KiGGS und der HBSC-Studie³ eine breite Datengrundlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorhanden ist, ist die Anzahl der verfügbaren Indikatoren auf Landesebene eingeschränkt. Als Datengrundlage der Analysen im vorliegenden Report dienen die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung (ESU) im Schuljahr 2015/16.⁴ Die Daten eignen sich hierfür in besonderem Maße, da die ESU bei allen Kindern Baden-Württembergs in dieser Form seit dem Untersuchungsjahr 2009/2010 durchgeführt wird. Die untersuchten Kinder befinden sich zudem alle in derselben Altersgruppe. Darüber hinaus handelt es sich um eine standardisierte Erhebung, die jährlich durchgeführt wird. Durch den Vergleich mit vorangegangenen ESU-Ergebnissen kann außerdem die zeitliche Entwicklung abgebildet werden. Zudem wird

2 vgl. hierzu Erster Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg (2015), S. 439 – 448.

3 Die HBSC-Studie (Health Behavior in School-aged Children) wird im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) alle 4 Jahre als internationale Vergleichsstudie durchgeführt.

4 Wir danken an dieser Stelle herzlich Frau Dr. Anna Lehrer vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und die Auswertung der ESU-Daten.

anhand konkreter Beispiele aus der Praxis dargestellt, wie Präventions- und Hilfemaßnahmen im Bereich der Kinderarmut und Gesundheit erfolgreich sein können.

2. Analysen

Der Zusammenhang zwischen Kinderarmut und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen der Herkunft aus einer armutsgefährdeten Familie und dem Gesundheitszustand des Kindes besteht bereits in der vorgeburtlichen Entwicklung und frühen Kindheit. Kinder bildungsferner und armutsgefährdeter Mütter werden häufiger zu früh geboren und weisen ein niedrigeres Geburtsgewicht auf als Kinder bildungsnaher Mütter (Kemptner und Marcus 2013). Während des Heranwachsens bleibt der Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Gesundheit weiterhin bestehen.

Für Baden-Württemberg lässt sich der Zusammenhang zwischen dem Aufwachsen unter armutsbegünstigenden Verhältnissen und dem gesundheitlichen Zustand im Kindesalter anhand der Ergebnisse der ESU aus dem Jahr 2015/16⁵ analysieren (siehe Infobox).

Um herauszufinden, inwiefern die erzielten Ergebnisse in der ESU in Abhängigkeit der Armutssituation im Elternhaus variieren, werden sie gemäß dem Brandenburger Sozialindex (SI) differenziert (Böhm et al. 2007). Der Index basiert auf Angaben der Sozialanamnese, die im Rahmen der ESU erfolgt. Er misst den Sozialstatus anhand des Bildungsstandes und Erwerbstatus der Eltern (ebd.).⁶ Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist freiwillig, weshalb nicht für alle untersuchten Kinder der ESU der Sozialindex berechnet werden kann.⁷



Die Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg

Die Einschulungsuntersuchung (ESU) in Baden-Württemberg ist eine Pflichtuntersuchung aller Kinder im vorletzten Kindergartenjahr und wird seit dem Untersuchungsjahr 2009/2010 durchgeführt. Die Untersuchung soll helfen, gesundheitliche Einschränkungen und mögliche Entwicklungsverzögerungen des Kindes frühzeitig zu erkennen. Es werden unter anderem die motorischen Fähigkeiten geprüft, Größe und Gewicht gemessen und die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen aus dem U-Heft übernommen. Angaben aus weiteren Dokumenten, wie dem Fragebogen für Sorgeberechtigte, werden ergänzend dazu dokumentiert.

Im Schnitt werden pro Jahr rund 92 000 Kinder in Baden-Württemberg im Rahmen der ESU untersucht; das Durchschnittsalter der Kinder beträgt dabei knapp 5 Jahre (4 Jahre und 11 Monate).

5 Schulanfänger des Jahres 2017.

6 Die Erwerbstätigkeit ist zweistufig (erwerbstätig / nicht erwerbstätig), der Bildungsabschluss dreistufig (<10. Klasse / 10. Klasse / >10. Klasse) gebildet (Böhm et al. 2007).

7 Es sei darauf hingewiesen, dass der Erwerbstatus, der in den Index mit einfließt, ein wenig trennscharfer Indikator ist, da in die Gruppe der nicht Erwerbstätigen sowohl arbeitslose Personen als auch Eltern in Elternzeit sowie Studierende mit einfließen.

Zwischen niedriger Bildung bzw. Erwerbslosigkeit und Armutsgefährdung besteht ein enger Zusammenhang. Nach Ergebnissen des Mikrozensus 2016 waren von den Personen mit einem niedrigen Qualifikationsniveau⁸ in Baden-Württemberg, gemessen am Landesmedian, 29,5 % armutsgefährdet, unter den Erwerblosen 50,5 %. Die Armutsgefährdung der Gesamtbevölkerung lag im Vergleich dazu bei 15,4 %.

Von den 92 402 Kindern, die an der ESU 2015/16 teilnahmen, konnte für 36,9 % ein Sozialindex berechnet werden. Von diesen Kindern waren 44,0 % einem hohen, 36,5 % einem mittleren und 19,4 % einem niedrigen Sozialstatus zuzuordnen.⁹

Übergewicht und Adipositas

Als ein geeigneter Indikator zur Bestimmung des Gesundheitszustandes eines Kindes gibt das Gewicht Aufschluss über dessen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Übergewicht, insbesondere Adipositas im Kindesalter, gilt vor allem deshalb als problematisch, weil es sich im weiteren Lebensverlauf manifestieren kann und Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes und Schädigungen des Bewegungsapparates begünstigt (l'Allemand et al. 2008). Im Rahmen der ESU wurde bei 7,7 % der untersuchten 4- bis 5-jährigen Kinder Übergewicht festgestellt, bei 2,6 % Adipositas.¹⁰ Untersucht man die Kinder mit höherem Gewicht genauer, stellt sich heraus, dass sie in hohem Maße aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus stammen. 11,9 % dieser Kinder waren übergewichtig, 5,6 % adipös. Andere Resultate ergaben sich bei Familien mit hohem Sozialstatus. Hier waren 4,9 % der Kinder übergewichtig und 1,1 % adipös.

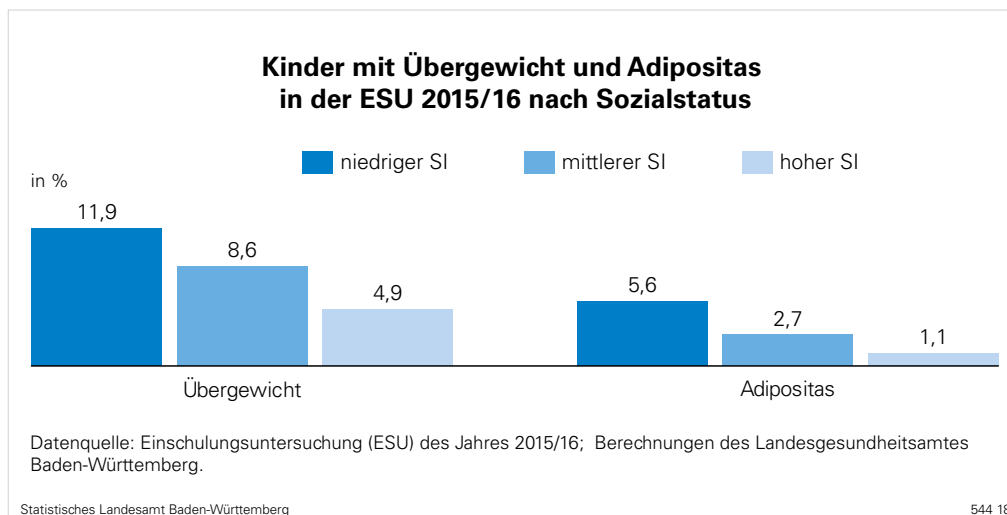


Abbildung 2:
Kinder mit Übergewicht
und Adipositas in der ESU
2015/16 nach Sozialstatus

- 8 ISCED 0 bis 2. Das Qualifikationsniveau wird entsprechend der internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED, bis 2013 Fassung von 1997, ab 2014 Fassung von 2011) bestimmt. Ergebnisse der amtlichen Sozialberichterstattung.
- 9 Die Angaben, aus denen der Sozialindex berechnet wurde, entstammen dem Fragebogen für die Sorgeberechtigten.
- 10 Die Anteile von Übergewicht und Adipositas bei den Kindern werden anhand der Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) bestimmt. Der Anteil von Übergewicht schließt dabei Adipositas mit ein. Im Vergleich der Bundesländer sind Kinder in Baden-Württemberg am seltensten von Adipositas betroffen. In Sachsen-Anhalt ist die Adipositasprävalenz am höchsten (Robert Koch Institut 2018).

Grobmotorik

Die ESU erfasst ebenfalls, ob das untersuchte Kind Auffälligkeiten in der Grobmotorik zeigt. Dies wird überprüft, indem getestet wird, wie oft das Kind in der Lage ist, auf einem Bein zu hüpfen. Förderbedarf in der Grobmotorik kann unter anderem darauf hinweisen, dass sich das Kind nicht in ausreichendem Maße bewegt und weitere Entwicklungsverzögerungen und Folgeerkrankungen wie Übergewicht, Haltungsschäden oder Herz-Kreislaufkrankungen begünstigen (Oldenhage et al. 2009). Je nach Bewegungsmuster werden die Eltern beraten und ggf. zur medizinischen Abklärung weitergeleitet.

27,1 % der Kinder der ESU des Untersuchungsjahres 2015/16 zeigten keine altersentsprechende Grobmotorik. Auch hier unterscheiden sich die Ergebnisse beim „Einbeinhüpfen“, durch das die Fähigkeiten der Grobmotorik getestet werden, deutlich zwischen den Kindern unterschiedlicher Herkunft. Während 23,0 % der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus die erforderliche Anzahl der Hüpfen nicht erreichten, lag dieser Anteil bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus 7,6 Prozentpunkte höher. Zu beachten ist jedoch, dass zwischen Grobmotorik und Übergewicht respektive Adipositas ein Zusammenhang bestehen kann.

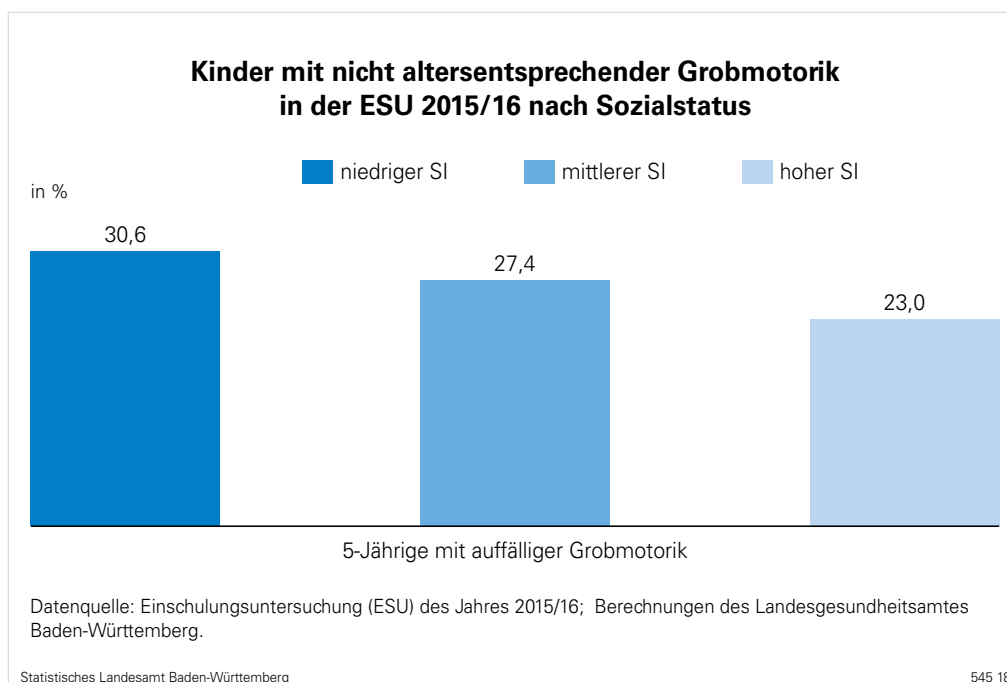


Abbildung 3:
Kinder mit nicht
altersentsprechender
Grobmotorik in der ESU
nach Sozialstatus

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Um den Entwicklungsstand eines Kindes untersuchen und Förderbedarf sowie behandelbare Erkrankungen möglichst früh erkennen zu können, werden in Deutschland die Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt (siehe Infobox). In diesen wird untersucht, ob Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen vorliegen.

In der Regel sinkt die Inanspruchnahme der Untersuchungen mit steigendem Alter des Kindes stetig. Nahmen in Baden-Württemberg noch 96,5 % der Kinder an der U7 im Alter von 2 Jahren teil, nutzten nur noch 92,7 % die U8 im Alter von 4 Jahren. Auch hier zeigen sich Unter-

schiede mit Blick auf die soziale Herkunft des Kindes. 97,5 % der Kinder aus Elternhäusern mit hohem Sozialstatus nahmen an der U7 und 94,7 % an der U8 teil. Im Vergleich dazu lagen die Teilnahmequoten für Kinder aus Elternhäusern mit einem niedrigen Sozialstatus bei 93,0 % bzw. 87,5 %. Diese Differenz ist auch deshalb bemerkenswert, weil Früherkennungsuntersuchungen für gesetzlich Krankenversicherte keine Kosten verursachen. Durch die jeweiligen Untersuchungen werden wertvolle Informationen rund um das gesunde Aufwachsen eines Kindes, das heißt präventives Wissen vermittelt und bei Bedarf entsprechende therapeutische Maßnahmen eingeleitet (bspw. Brille, Hörgerät).

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung im Zeitverlauf

Im Zeitverlauf ergab sich seit der ESU des Jahres 2012/13 keine Abweichung von diesem skizzierten Muster. Nichtsdestotrotz zeichneten sich innerhalb der Gruppen mit niedrigem und hohem Sozialstatus Entwicklungstendenzen ab. So wurde bei der ESU in den vergangenen 4 Jahren Kindern mit niedrigem sozialen Status immer häufiger Adipositas attestiert. Lag bei den untersuchten Kindern des Jahres 2012/13 der Anteil adipöser Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bei 4,8 %, stieg er bis zur ESU des Jahres 2015/16 auf 5,6 % an.¹¹

Eine positive Entwicklung zeigt sich hingegen bei den Indikatoren der Grobmotorik und der Inanspruchnahme der U7a Untersuchung für Kinder im Alter von 3 Jahren: Sowohl Kinder mit niedrigem als auch Kinder mit hohem Sozialstatus schnitten nahezu kontinuierlich besser beim „Einbeinhüpfen“ ab. Von 2012/13 bis 2015/16 verbesserten sich Kinder mit niedrigem Sozialstatus um rund 4 Prozentpunkte und Kinder mit hohem Sozialstatus um 3 Prozentpunkte. Die Teilnahme an der U7a Untersuchung wuchs zudem im Vierjahresvergleich um jeweils rund 3 Prozentpunkte bei Kindern beider Gruppen.¹²



Die Früherkennungsuntersuchungen

Von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr werden die Kinder in regelmäßigen Abständen in den sogenannten Früherkennungsuntersuchungen untersucht. Durch 10 Untersuchungen (U1 bis U9) wird der Gesundheitszustand des Kindes erfasst und mögliche Entwicklungsverzögerungen festgestellt. Die Teilnahme ist kostenlos, wenn der vorgegebene Zeitrahmen eingehalten wird. Gemäß dem Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg, welches im März 2009 in Kraft getreten ist, besteht eine Teilnahmepflicht für alle Früherkennungsuntersuchungen.

Die in diesem Report berechnete Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen wird auf Grundlage der U-Hefte bzw. Teilnahmekarten berechnet, die bei der Einschulungsuntersuchung vorgelegt werden.

11 Ob tatsächlich eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. eine Verschlechterung im Hinblick auf Adipositas bei Kinder mit niedrigem Sozialstatus besteht, kann nicht belastbar festgestellt werden. Hierzu bedürfte es eines längeren Beobachtungszeitraums, für den jedoch keine vergleichbaren Daten vorliegen.

12 Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass die U7a erst 2008 eingeführt wurde und sich die Untersuchung erst in den Folgejahren bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei den Eltern etabliert hat.

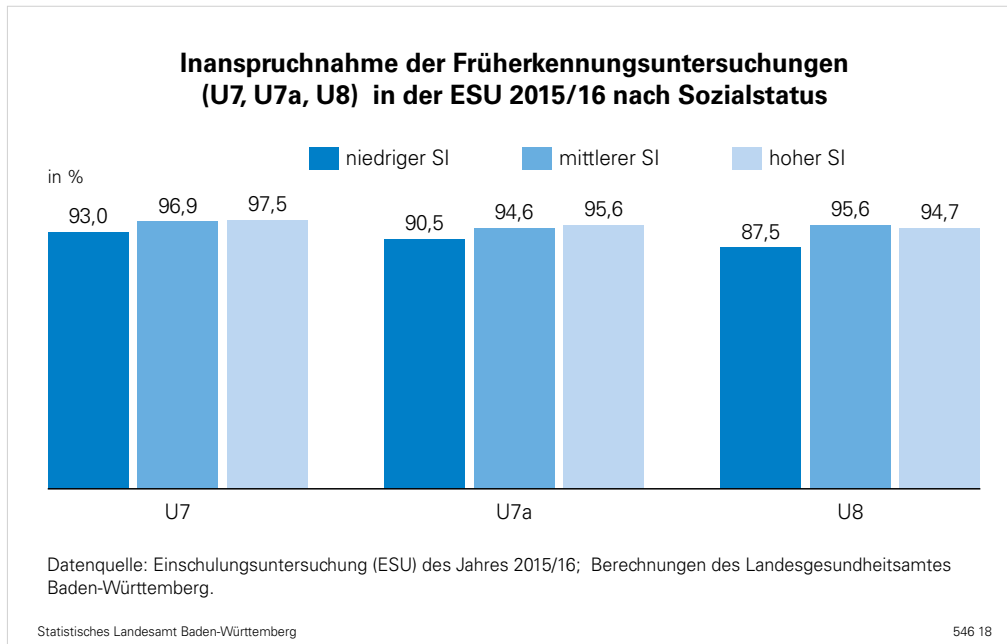


Abbildung 4:
Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U7, U7a, U8) in Baden-Württemberg nach Sozialstatus

Zahngesundheit

Hinsichtlich der Zahngesundheit von 12-jährigen Kindern in Baden-Württemberg ist eine längere Zeitreihe von 1994 bis 2016 vorhanden (Abbildung 5). Auch hier besteht eine Differenz zwischen der Zahngesundheit von Hauptschülerinnen und Hauptschülern und von Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Ein Wert von nahezu 0 (0,2), der ein kariessfreies, naturgesundes Gebiss indiziert, wurde 2016 von Schülerinnen und Schülern des Gymnasiums erreicht. Bei Kindern in Hauptschulen lag der Wert dagegen bei 0,7. Bemerkenswert ist, dass es gelang, die Lücke im Laufe der vergangenen 22 Jahre deutlich zu verringern und zudem insgesamt die Zahngesundheit der Kinder in allen Schulstufen zu verbessern. Dies ist den deutlich ausgebauten Präventionsmaßnahmen im Bereich Zahngesundheit in Baden-Württemberg geschuldet.

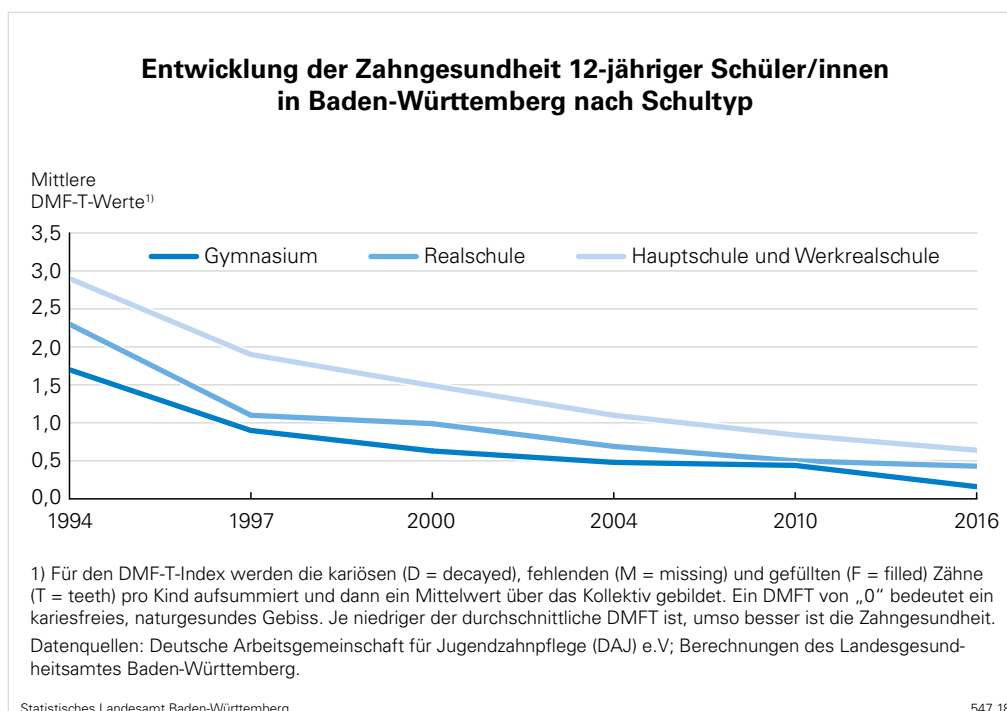


Abbildung 5:
Entwicklung der Zahngesundheit 12-jähriger Schüler/innen in Baden-Württemberg nach Schultyp

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich der Gesundheitszustand zu Lebensbeginn (vgl. S. 5 oben) fortschreibt und die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen von Kindern unterschiedlicher sozialer Herkunft bereits im frühen Alter zwischen 4 und 5 Jahren unterschiedlich sind. Dies zeigt sich nicht nur im Hinblick auf den bereits bestehenden Förderbedarf, sondern auch im Hinblick auf die Möglichkeit, Entwicklungsprobleme und medizinische Befunde im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Nimmt man eine Differenzierung des Brandenburger Sozialindex nach Geschlecht der Eltern vor, dann zeigt sich, dass der Bildungsstand der Mutter einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Gesundheit des Kindes zu haben scheint, als der des Vaters. Dahinter verbirgt sich, dass insbesondere in den ersten Lebensjahren in der Regel die Mutter für ihr Kind die Hauptbezugsperson ist und entsprechend einen prägenderen Einfluss hat (Kemptner und Marcus 2013; Seyda 2009). Zwischen Kindern mit erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Eltern zeigen sich dahingehend Differenzen, dass Kinder mit nicht erwerbstätigen Eltern bei allen sechs ESU-Indikatoren häufiger nicht altersentsprechend abschnitten als Kinder, deren Eltern erwerbstätig waren. Dies gilt insbesondere für den Erwerbsstatus des Vaters. Dieser Effekt ist plausibel, da in Deutschland nach wie vor Väter den Großteil zum Haushaltseinkommen beitragen (Dechant und Blossfeld 2015; Wenger 2015).¹³

Der Einfluss von Geschlecht und Migrationshintergrund

Doch welche Kinder in Baden-Württemberg sind gesundheitlich besonders belastet? Und welche Rolle spielt bei ihnen die soziale Herkunft? Zur Beantwortung dieser Frage werden die in Abbildung 2 bis 4 dargestellten Ergebnisse mit Fokus auf das Geschlecht und den Migrationshintergrund auf etwaige Differenzen hin analysiert.¹⁴ Geschlechtsspezifische Analysen machen deutlich, dass sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen ein erhöhtes Gewicht, eine nicht altersentsprechende Grobmotorik und eine verringerte Inanspruchnahme der U7 bis U8 primär in Familien mit niedrigem Sozialstatus auftraten. Bei Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus lag der Anteil mit Übergewicht mit 12,6 % um 1,4 Prozentpunkte höher als bei Jungen (11,2 %). Die Geschlechterdifferenz bei adipösen Kindern war hingegen gering (Mädchen: 5,9 %; Jungen: 5,4 %). Jungen erreichten über alle Stufen des Sozialindex hinweg seltener eine altersentsprechende Anzahl an Hüpfen beim „Einbeinhüpfen“ als Mädchen.

Klare Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (Tabelle 1). Kinder mit Migrationshintergrund wiesen in der Untersuchung des Gewichts sowie in der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen eher Risiken für ein weniger gesundheitsförderliches Aufwachsen als Kinder ohne Migrationshintergrund auf.¹⁵ Beim Merkmal Übergewicht zeigte sich bei den Kindern mit mittlerem Sozialstatus eine Differenz zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Bei Kindern mit Migrationshintergrund lag der Anteil Übergewichtiger um 4,4 Prozentpunkte höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund.

13 Um eine empirisch gesicherte Aussage darüber zu treffen, ob der Erwerbs- oder Bildungsstatus entscheidender für die gesundheitliche Entwicklung ist, müssten multivariate Analysen durchgeführt werden, die an dieser Stelle nicht möglich waren.

14 Als Kind mit Migrationshintergrund wird klassifiziert, wenn entweder eine ausländische Staatsangehörigkeit vorliegt oder die angegebene Familiensprache nicht ausschließlich Deutsch ist.

15 Dieses Ergebnis stimmt auch mit den Ergebnissen der KiGGs Studie überein (Schenk et al. 2016; RKI 2008).

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2015/16 nach Migrationshintergrund			
	Niedriger Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
	%		
Übergewicht			
kein Migrationshintergrund	11,4	7,3	4,2
Migrationshintergrund	12,3	11,7	7,6
Differenz	0,9	4,4	3,4
Adipositas			
kein Migrationshintergrund	5,1	2	0,8
Migrationshintergrund	6,1	4,4	1,9
Differenz	1,0	2,4	1,1
Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung...			
U7			
kein Migrationshintergrund	96,3	98,4	98,6
Migrationshintergrund	89,8	93,3	93,7
Differenz	- 6,5	- 5,1	- 4,9
U7a			
kein Migrationshintergrund	93,3	96,1	96,7
Migrationshintergrund	87,7	90,9	91,7
Differenz	- 5,6	- 5,2	- 5
U8			
kein Migrationshintergrund	90,4	94,7	95,7
Migrationshintergrund	84,6	88,5	91,3
Differenz	- 5,8	- 6,2	- 4,4
Grobmotorik – auffälliges Einbeinhüpfen bei 5-Jährigen			
kein Migrationshintergrund	34,1	26,9	22,4
Migrationshintergrund	32,0	28,5	25,2
Differenz	- 2,1	1,6	2,8
Datenquelle: Einschulungsuntersuchung (ESU) des Jahres 2015/16; Berechnungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg			

Tabelle 1:
Ergebnisse der
Einschulungsuntersuchung
2015/16 nach
Migrationshintergrund

Eine Betrachtung nach Migrationshintergrund, Sozialstatus und Geschlecht macht deutlich, dass Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund am häufigsten von Übergewicht (12,8 %) und Adipositas (6,4 %) betroffen waren. Damit lagen die jeweiligen Anteile um 0,9 bzw. 0,6 Prozentpunkte über denen der Jungen mit Migrationshintergrund aus dieser Statusgruppe. Die Früherkennungsuntersuchung wurde von allen Kindern mit Migrationshintergrund unabhängig vom Sozialstatus ihrer Eltern seltener in Anspruch genommen.¹⁶

16 Von diesem Muster weichen die Ergebnisse des Screenings der Grobmotorik von Kindern mit niedrigem Sozialindex leicht ab. Hier erzielten 34,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund eine nicht altersentsprechende Anzahl an Hüpfen, aber 32,0 % der Kinder mit Migrationshintergrund.

Regionale Unterschiede im Zusammenwirken von Armut und Gesundheit

Bei der Frage nach besonders stark vom Zusammenwirken von Armut und Gesundheit betroffenen Kindern in Baden-Württemberg darf das Umfeld, in dem diese Kinder aufwachsen, nicht außer Acht gelassen werden. Stadt- und Landkreise variieren in ihrer Infrastruktur und damit auch in den Bedingungen, die sie Kindern zum Aufwachsen bieten. In größeren Städten zeigen sich häufiger sozialräumliche Segregationstendenzen, wodurch in bestimmten Stadtgebieten Konzentrationen sozialer Probleme auftreten. Ausreichend großer Wohnraum ist in Städten kaum verfügbar und zudem seltener bezahlbar, weshalb ärmere Familien in sozial prekäre Gebiete gedrängt werden. Hier mangelt es jedoch häufig an kindgerechten Infrastrukturen, sodass Kindern nur wenig sicherer Raum zum Spielen im Freien zur Verfügung steht und die Gesundheit von Familien durch Verkehr und Lärm beeinträchtigt wird (Blinkert et al. 2015; Farwick 2012). Zudem ist bezahlbarer Wohnraum häufig eher klein und beengt, sodass wenig bewegungsschaffende Spiel- und Tobemöglichkeiten vorhanden sind (IfaS 2009).

Damit stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Kinderarmut und Gesundheit in den Stadt- und Landkreisen ersichtlich wird und ob sich hierbei Unterschiede zeigen. Hierfür wird der Bezug von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II in den einzelnen Kreisen des Landes herangezogen und mit den ESU-Ergebnissen verglichen. Insgesamt betrug die Quote der Leistungsbeziehenden nach dem SGB-II im Dezember 2016 landesweit 5,3 %, wobei der Anteil der Kinder in Bedarfsgemeinschaften im Alter der ESU (4 bis 5 Jahre) rund vier Prozentpunkte höher bei 9,7 % lag.¹⁷

Eine Differenz zwischen der Gesamtheit der Stadtkreise und der Landkreise lässt sich tatsächlich nachweisen. In Stadtkreisen lag die Quote der 4- bis 5-Jährigen in SGB II-Bedarfsgemeinschaften bei 16,0 %, und die zukünftigen Schülerinnen und Schüler schlossen in lediglich zwei der sechs beobachteten ESU-Untersuchungsbestandteile (Übergewicht, Adipositas, Grobmotorik, Teilnahme an den U7 bis U8) altersentsprechend positiv ab. In den Landkreisen lag die Quote der 4- bis 5-Jährigen in SGB II-Bedarfsgemeinschaften bei 9,7 %, wobei die Kinder in der ESU durchschnittlich in drei der sechs Untersuchungselementen altersentsprechende Resultate erzielten. Dieses Ergebnis bestätigt zunächst grundsätzlich die Hypothese, dass in den Stadtkreisen, in denen der Anteil von Kindern in SGB II-Bedarfsgemeinschaften höher ist als in den Landkreisen, auch die gesundheitlichen Risiken für Kinder höher sind. Der Vergleich einzelner Kreise bestätigt dieses Ergebnis nur teilweise. Die Stadtkreise Pforzheim und Mannheim wiesen mit jeweils rund 23 % die mit Abstand höchsten Quoten der 4- bis 5-Jährigen in SGB II-Bedarfsgemeinschaften auf. Und auch der Blick auf die ESU zeigt einen vergleichsweise hohen Förder- und Unterstützungsbedarf der Kinder dieser Stadtkreise: In allen sechs hier analysierten ESU-Indikatoren lag der Förderbedarf über dem Landesdurchschnitt.¹⁸ Kinder in den Landkreisen mit den niedrigsten Quo-

17 Eigene Berechnungen anhand der Daten der Bundesagentur für Arbeit.

18 Um diesem Umstand entgegen zu wirken, wurden in Mannheim entsprechende Projekte entwickelt (siehe Kapitel 4). Auch in Pforzheim wird in einem vom Ministerium für Soziales und Integration geförderten Projekt zur Bekämpfung der Auswirkungen von Kinderarmut in Teilprojekten die Gesundheitsprävention verbessert. Verschiedene praktische Angebote zur gesunden Ernährung werden sowohl für Kinder als auch für Eltern durchgeführt. Um dem Bedürfnis nach Sport und Bewegung gerecht zu werden, finden an verschiedenen Orten Tanzgruppen statt. Auch wird über Strukturverbesserung versucht, einen leichteren Zugang in die Sportvereine zu ermöglichen. Informationen unter <https://www.pforzheim.de/?id=11925>

ten 4- bis 5-Jähriger in SGB II-Bedarfsgemeinschaften (Hohenlohekreis: 4,2 %, Biberach: 6,0 %, Alb-Donau-Kreis: 6,1 %) zeigten demgegenüber weniger Entwicklungsverzögerungen und einen geringeren Förderbedarf. Ein solcher Zusammenhang ist allerdings nicht in allen Kreisen erkennbar.

Die in diesem Report herausgearbeitete Tendenz eines vergleichsweise hohen Förderbedarfs von Kindern aus Kreisen mit einem hohen Anteil von Kindern in SGB II-Bedarfsgemeinschaften bei der ESU bestätigt auch eine Studie der Bertelsmann Stiftung (2014), welche die Armutssituation der Familie als beeinflussenden Indikator für die altersgemäße Entwicklung von Kindern bei der ESU identifizieren. Als präventiven Faktor zum Ausgleich dieser Benachteiligung, unabhängig von der sozialen Herkunft, führt die Studie jedoch einen Besuch von Kindertageseinrichtungen vor dem dritten Lebensjahr an (2014: 28). Tatsächlich zeigt ein für Baden-Württemberg angestellter Vergleich, dass Kreise wie Konstanz und Reutlingen mit überdurchschnittlich hohen Betreuungsquoten der Kinder unter 3 Jahren im Jahr 2013¹⁹ trotz relativ hoher Anteile von Kindern in SGB II-Bedarfsgemeinschaften (9,9 % in Reutlingen und 10,8 % in Konstanz) eine hohe Rate an altersentsprechenden Entwicklungen und einen geringeren Förderbedarf bei der ESU aufwiesen.²⁰ In den Kreisen, in denen Kinder trotz niedriger SGB-II-Quote einen hohen Förderbedarf bei der ESU hatten, lag die Betreuungsquote der unter 3-Jährigen unter dem Landesdurchschnitt.

3. Einordnung der Befunde

Die Befunde für Baden-Württemberg auf der Basis der ESU bestätigen den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit.²¹ Der sozioökonomische Hintergrund der Herkunftsfamilie hat einen prägenden Einfluss auf die Entwicklung von Kindern und deren Gesundheit. Kinder aus einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus zeigten in Baden-Württemberg in der ESU 2015/16 sowohl bei Übergewicht und Adipositas als auch bei einer altersentsprechenden Grobmotorik einen stärkeren Förder- und Beratungsbedarf als Kinder aus einem Elternhaus mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass Kinder mit Migrationshintergrund ein höheres Risiko haben, gesundheitsgefährdend aufzuwachsen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Dies belegen auch weitere Studien (u.a. Schenk et al. 2016; RKI 2008). Ein Grund kann in begrenzten Sprachkenntnissen liegen, die eine Hemmschwelle für den Zugang zu Informationen darstellen können. Ein weiterer Grund könnten abweichende Auffassungen über Gesundheit sein (RKI 2008).

19 Die 4- bis 5-Jährigen der ESU 2015/16 waren am Stichtag im März 2013 der Kinder- und Jugendhilfestatistik unter 3 Jahre alt. Daher wurden zur besseren Vergleichbarkeit die Betreuungsquoten 2013 untersucht.

20 In beiden Kreisen gab es zu diesem Zeitraum außerdem Programme in Kindertageseinrichtungen zum Thema Gesundheit: In Reutlingen wurden Leitsätze für die Kindertagesbetreuung zum Thema „Bildungs- und Entwicklungsfeld Körper“ umgesetzt, in Konstanz das von der EU geförderte Projekt „Kinder im Gleichgewicht (KiG 2)“.

21 vgl. hierzu Erster Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg (2015), S. 439 – 448.

Der Vergleich der Stadt- und Landkreise zeigt aber auch, dass der Zusammenhang zwischen Armut – gemessen am Aufwachsen in SGB-II Bedarfsgemeinschaften – und gesundheitlichen Einschränkungen – gemäß den Ergebnissen der ESU – nur punktuell besteht. Risikofaktoren, zu denen ein Aufwachsen in Armutslagen gehört, müssen nicht zwangsläufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern führen. Schützende Faktoren können auch unter Armutbedingungen eine den Altersstufen entsprechende Entwicklung und ein gesundes Aufwachsen von Kindern ermöglichen. So beeinflussen neben dem sozioökonomischen Hintergrund auch individuelle Faktoren sowie die Rahmenbedingungen des Aufwachsens die kindliche Entwicklung. Dazu gehören das Wohnumfeld, der Sozialraum und Nachbarschaften ebenso wie Erziehungs- und Bildungseinrichtungen vor Ort.

Für den Gesundheitszustand armutsgefährdeter Kinder ist vor allem entscheidend, wie die Eltern den Mangel an finanziellen Ressourcen wahrnehmen und mit ihm umgehen. Zwar kann der Mangel an finanziellen Ressourcen bedeuten, dass Familien sich keinen ausreichend großen Wohnraum in infrastrukturell gut ausgestatteten Wohnlagen leisten können, Mitgliedschaften in (Sport-) Vereinen kaum bezahlbar sind sowie die Möglichkeiten einer gesunden Ernährung²² eingeschränkt sein können. Erkennen Familien jedoch ihre Risikosituation, werden sie häufig aktiv und ergreifen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ihres Kindes (Kohlscheen und Nagy 2016; Strohmeier et al. 2016). Problematischer ist, wenn Eltern die Risikosituation entweder nicht erkennen oder aber nicht wissen, wie sie die Risiken für ihr Kind abfedern können. Diese Situation zeigt sich häufiger in Familien mit einem niedrigen Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern. Die vorliegenden Analysen für Baden-Württemberg bestätigen den Zusammenhang von sozialer Herkunft und Kindergesundheit. Die Ursache für diese Risikokonstellation wird in der Forschung in einem mangelnden Bewusstsein für, aber auch in unzureichenden Kenntnissen über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, die in Familien mit weniger Bildungsressourcen häufiger beobachtet werden, gesehen. Als Stichworte können ungesundes Ernährungsverhalten, ein erhöhter, in Bewegungsmangel resultierender Medienkonsum oder aber das Rauchen in Räumen genannt werden (Albrecht 2015; IfaS 2009; Bauer et al 2008). Eltern mit formal niedrigem Bildungsgrad werden zudem seltener von Präventionsangeboten erreicht. Zum einen, weil Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten nicht den Weg zu ihnen finden, zum anderen, weil sich die Familien oft ihrer eigenen Risikolage, wie beschrieben, nicht bewusst sind (Strohmeier et al. 2016).

Als Möglichkeit, ungünstige Startbedingungen in das Leben aufgrund der Ressourcenausstattung des Elternhauses abzufedern, wurde im vorherigen Kapitel die frühe außerfamiliäre Betreuung herausgestellt. Diesen positiven Effekt von Kinderbetreuungseinrichtungen belegen auch weitere Studien für Deutschland (u.a. Groos und Jehles 2015; Schober und Spieß 2012). Durch den Kontakt mit pädagogischem Personal sowie Gleichaltrigen erlernen Kinder nicht nur soziale und sprachliche Kompetenzen. Zugleich kann ihnen das Betreuungspersonal als Rollenvorbild dienen und damit Orientierung geben und Verhaltensweisen vermitteln. Dies gilt für Kinder wie für Eltern gleichermaßen (Groos und Jehles 2015). Gerade Einrichtungen, die Eltern in die Kindesförderung miteinbeziehen, wird ein positiver Einfluss auf die Kindesentwicklung zugeschrieben (Schober und Spieß 2012). Gleichzeitig ist festzuhalten, dass insbesondere Familien mit Migrationshintergrund

22 vgl. hierzu Erster Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg (2015), S. 443 f.

externe Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder seltener in Anspruch nehmen als Familien ohne Migrationshintergrund (Statistisches Landesamt BW 2018).²³

4. Praxisbeispiele

Im Analyseteil wurden verschiedene Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit bei Kindern herausgearbeitet. Beispiele guter Praxis aus Baden-Württemberg, die Präventions- und Hilfenmaßnahmen strategisch und zielorientiert umsetzen, zeigen, dass konkrete oder drohende Problemlagen effektiv auf möglichst kleinräumiger kommunaler Ebene erkannt und durch zielgerichtete Maßnahmen entgegengewirkt werden kann:

Mannheim – Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung im Quartier

2017 trat die Stadt Mannheim der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ bei. Ziel dabei war eine nachhaltige Anpassung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Stadtteilen an die sozialräumlich- und soziallagenbezogenen Anforderungen. Eine entsprechende „Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung im Quartier“ wird derzeit in drei ausgewählten Stadtteilen etabliert und soll langfristig sukzessiv auf die Gesamtstadt ausgeweitet werden. Da eine gute Vernetzung relevanter Akteure notwendig für eine stadtteilbezogene Gesundheitsförderung ist, wurde eine Koordinierungsstelle Gesundheit als Schnittstelle zwischen den Akteuren auf kommunaler, regionaler und überregionaler Ebene eingerichtet. Dabei wird Gesundheit als Querschnittsaufgabe wahrgenommen und umgesetzt. Dies zeigt sich durch die Integration von gesundheitsrelevanten Themen auf Quartiersebene in Stadtteilentwicklungsprogramme, wie zum Beispiel das StädtEFörderprogramm „Soziale Stadt“.

Eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit findet außerdem im Rahmen des Projektes „Mannheim gegen Kinderarmut“ statt, bei dem auf drei Handlungsebenen soziallagenbezogene Unterstützung von betroffenen Familien erfolgt:

1. Die Koordinierungsstelle bündelt die vorhandenen Unterstützungsangebote aus den Bereichen Jugend, Bildung, Gesundheit, Soziales und entwickelt ein integriertes Handlungskonzept in einem Präventionsnetzwerk, um betroffene Familien frühzeitig zu erreichen.
2. Es werden strukturelle Maßnahmen im medizinischen System eingerichtet, um betroffene Familien früher zu identifizieren.
3. In dem Projekt wird ein quartiersbezogenes Gesundheitsförderungskonzept entwickelt, welches in seiner Wirkung auf die Entwicklung von Kinderarmut im Stadtteil untersucht wird.²⁴

²³ Zu den Gründen besteht keine konsistente empirische Evidenz. Eltern mit Migrationshintergrund geben häufiger an, keinen Betreuungsplatz gefunden zu haben und verneinen zugleich, ihre Kinder lieber selbst erziehen zu wollen (Peter und Spieß 2015; SVR 2013).

²⁴ Weitere Informationen unter www.mannheim.de/de/presse/mannheim-legt-den-grundstein-fuer-mehr-gesundheit-im-quartier-beitritt-der-stadt-zur

Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)

Der Erfolg der Frühen Hilfen ist der Ausgangspunkt des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis. Ziel ist es, an die Frühen Hilfen anzuknüpfen und die Prävention bis zum 10. Lebensjahr fortzuführen. Die Förderung körperlicher und seelischer Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe der Kinder und ihrer Familien stehen dabei im Fokus. Zur konkreten Maßnahmenentwicklung dient ein flächendeckendes Netzwerk mit regelmäßigen Zusammenkünften der Netzwerkakteure aus den Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystemen im Rahmen „kreisweiter Präventions- und Gesundheitskonferenzen“ und „regionaler Runder Tische“. Die direkte Arbeit mit der Zielgruppe erfolgt nach dem Setting-Ansatz²⁵ in ihrer Lebenswelt. Da fast alle Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren eine Kindertageseinrichtung oder eine Schule besuchen, finden die Maßnahmen in den Bildungseinrichtungen statt. Durch vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten sollen Fachkräfte an Kitas und Schulen in Themen der Gesundheitsförderung und Prävention qualifiziert und die Bildungsinstitutionen bei der Entwicklung zu gesundheitsförderlichen Einrichtungen bedarfsorientiert unterstützt werden. Das Projekt zeichnet sich auch durch die enge Verbindung von Praxis und Forschung aus, durch die gewährleistet werden soll, dass sich die Praxis an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Die wissenschaftlichen Evaluationen gewähren beispielsweise Einblicke in den Prozess und die Wirkungen der Netzwerkentwicklung und zeigen Optimierungspotenziale auf.²⁶



„Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“

Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ unterstützt Städte und Gemeinden bei einer generationenfreundlichen und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung. Bürgerbeteiligungsprozesse werden dabei in das Gesamtkonzept integriert. Weitere Informationen unter www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/staedte-und-gemeinden/gesund-aufwachsen-und-leben-in-baden-wuerttemberg/

25 Das Setting umschreibt den alltäglichen Lebensraum. In der alltäglichen Umwelt wird Gesundheit geschaffen und gelebt.

26 Weitere Informationen unter www.pno-ortenau.de

Stadt Stuttgart – Kindergesundheitsbericht 2015

Der Kindergesundheitsbericht 2015 der Stadt Stuttgart beinhaltet umfassende Darstellungen von Kindergesundheit auf Stadtteilebene im Erhebungszeitraum 2009 bis 2014. Insgesamt 20 Gesundheitsindikatoren, Indikatoren zum Entwicklungsstand, Lebensweltindikatoren und Versorgungsindikatoren werden im Bericht abgebildet. Anhand der Lebensweltindikatoren wird beschrieben, in welcher Umgebung die Kinder aufwachsen und welche Ressourcen in der Familie und im Stadtteil zur Verfügung stehen. In Kombination mit den Indikatoren zur Gesundheit dienen sie dazu, Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit aufzuzeigen. Die Indikatoren zur Lebenswelt ermöglichen außerdem eine Einschätzung der Einwohnerstruktur, wodurch Maßnahmen entsprechend der Bedarfe der Zielgruppe geplant werden können. Durch die Darstellung der Daten in Form von Stadtteilkarten lässt sich schnell ein Überblick über die Ergebnisse in den Stuttgarter Stadtgebieten gewinnen. Abgerundet wird der Bericht durch Handlungsempfehlungen zu den einzelnen Indikatoren, die darauf abzielen, die gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Die Stadt Stuttgart nutzt den Kindergesundheitsbericht 2015 als Planungsinstrument bspw. für die Durchführung von Stadtteilprojekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention.²⁷

5. Zusammenfassung und Ausblick

Knapp ein Fünftel der baden-württembergischen Kinder im Vorschulalter verfügt nach Ergebnissen der ESU aufgrund des Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern über einen niedrigen Sozialstatus, jedes zehnte 4- bis 5-jährige Kind lebte 2016 in einer SGB II-Bedarfsgemeinschaft. Für diese Kinder besteht eine erhöhte Gefahr als Folge der Armutsgefährdung, aber auch aufgrund fehlender Informationen und nicht ausreichendem Wissen der Eltern, gesundheitliche Einschränkungen und Risiken bereits vorgeburtlich und von frühester Kindheit an zu erfahren. Gerade Kinder aus Elternhäusern mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund bewegen sich vermehrt in diesem negativen Kreislauf aus Armutsgefährdung und mangelnder Gesundheit, der häufig ein Leben lang nicht durchbrochen werden kann (Schüttle 2013; Case et al. 2005). Dennoch weisen die Analysen und Praxisbeispiele des vorliegenden Reports darauf hin, dass diese risikobehafteten, individuellen Startbedingungen in das Leben durch externe Unterstützung und das Zusammenwirken von zentralen Präventionsketten vor Ort abgefedert werden können. Erfolgreiche Präventionsangebote nehmen die Lebensumstände und den Sozialraum der betroffenen Familien in den Blick und versuchen diese niedrigschwellig mit konkreten, lebensnahen, lösungsorientierten und kostengünstigen Angeboten zu erreichen (Strohmeier et al. 2016).

Stärkung der Gesundheitskompetenzen von Kindern und Eltern

Die Lebenswelten von Kindern und Eltern sind zentrale Ansatzpunkte zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Wenn Kinder in ihrem familiären Alltag keine Möglichkeit zum Erlernen gesunder Lebensweisen haben, spielen Betreuungs- und Bildungseinrichtungen eine wichtige Rolle, um ihnen dies zu ermöglichen. Für Kinder sind gerade die Kindertagesstätten und Schu-

27 Der Kindergesundheitsbericht 2015 der Stadt Stuttgart ist abrufbar unter: www.stuttgart.de/img/mdb/publ/26322/116776.pdf

len als Orte, an denen sie sich alltäglich aufhalten, die erste Anlaufstelle für präventive Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen. Zudem leistet die Eltern- und Familienbildung mit ihren lebensnahen und sozialraumorientierten Angeboten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung von Elternkompetenzen. Die Angebote setzen in gesundheitlich prägenden Lebensphasen rund um die Schwangerschaft, Geburt und Kindheit an und sind grundsätzlich präventiv ausgerichtet. Die Ergebnisse dieses Reports weisen darauf hin, dass Eltern mit niedrigem Sozialstatus, mit Migrationshintergrund und vorwiegend städtischem Kontext wichtige Zielgruppen solcher Angebote sind.

Eine Initiative, die die Schulung von Kindern ab 6 Monaten bis 12 Jahren sowie deren Eltern zu bewusster Ernährung in den Fokus nimmt, ist die „Landesinitiative BeKi – Bewusste Kinderernährung“.²⁸ Die Initiative bietet von der Unterstützung der Unterrichtsgestaltung über weitreichende Programme und Aktionen bis hin zu Informationsmaterialien Hilfestellungen rund um das Thema Ernährung. Zugleich fokussiert die Initiative die Schulung von Eltern, bietet ihre Leistungen in Familienbildungsstätten an und stellt Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort zur Verfügung.

Soziallagenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier

Maßnahmen der soziallagensensiblen kommunalen Gesundheitsförderung sollten sich an bewährten Qualitätskriterien orientieren. Dazu gehören: Beteiligung und Empowerment der Zielgruppe, Entwicklung eines integrierten Handlungskonzepts, Gestaltung der Lebenswelten (Setting-Ansatz), Bereitstellung niedrigschwelliger Angebote, Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie die Nachhaltigkeit der Angebote (LGA 2015: 30). Um sozial benachteiligte Familien zu erreichen, sollten Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention deren Lebenslagen berücksichtigen und nicht stigmatisierende Zugänge ermöglichen. Wichtig ist zudem, dass die Angebote in der Lebenswelt der Menschen – im Quartier – verankert sind. Das Praxisbeispiel aus Mannheim zeigt, wie es gelingen kann, gesundheitsförderliche Strukturen in den Stadtteilen an die sozialräumlichen und soziallagenbezogenen Anforderungen anzupassen.

Nachhaltige Gesamtstrategien der kommunalen Gesundheitsförderung

Um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen in Städten und Gemeinden zu gestalten, bedarf es einer nachhaltigen kommunalen Gesamtstrategie, die alle relevanten Politikbereiche verknüpft. Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ unterstützt Städte, Stadtteile und Gemeinden bei diesem Prozess und dem Ziel, gesundheitsförderliche, generationenfreundliche und lebenswerte Kommunen zu gestalten.²⁹ Da es sozialräumliche Segregations-tendenzen gibt und Kinder in Armutslagen häufig in sozial benachteiligten Quartieren aufwachsen, spielt auch die Kooperation mit der Stadtplanung und -entwicklung eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, das gesunde Aufwachsen von Kindern zu ermöglichen (LGA 2015: 30).

28 Weitere Informationen unter www.ernaehrung-bw.info/pb/Lde/Startseite/BeKi+Kinderernaehrung

29 So wurde im Rahmen dieser Initiative beispielsweise das Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung (2015) verfasst, das seit der Erstauflage im Jahr 2008 kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Vernetzung von Akteuren

Für eine gelingende gesundheitsförderliche Entwicklung von Kindern ist letztendlich entscheidend, dass alle Lebenswelten der betroffenen Kinder nicht nur berücksichtigt werden, sondern dass die Akteure dieser Lebenswelten miteinander agieren. Präventive Maßnahmen können nur dann effektiv sein, wenn sie von einem engmaschigen Netz bestehend aus Fachkräften des Gesundheits- und Bildungswesens, Lehr- und Betreuungskräften, Familienbildungszentren, Mehrgenerationenhäuser und von Verantwortlichen aus der Kommune und den Quartieren getragen oder initiiert werden. So werden Doppelstrukturen vermieden und durch das engmaschige Interagieren sichergestellt, dass möglichst viele Kinder erreicht werden. Positiv ist der Aufbau von Ketten von Präventionsangeboten, die ohne Brüche von der Geburt bis zum Übergang von der Schule in den Beruf wirken. Frühe Intervention ist ein wichtiger Erfolgsfaktor. Die Erfahrungen aus den in diesem Report vorgestellten Praxisbeispielen weisen darauf hin, dass Präventionsnetzwerke ein geeigneter Weg sind, um die Teilhabechancen von benachteiligten Kindern zu erhöhen und deren körperliche und seelische Gesundheit zu fördern. Gleichzeitig bietet der Gesundheitsbereich viele Zugangsmöglichkeiten, ebenso Kindertageseinrichtungen und Schulen. Mit dem Kerngedanken der Vernetzung zur erfolgreichen Prävention fördert das Land aktuell drei Kommunen in Baden-Württemberg mit dem Ziel, Kinderarmut zu bekämpfen. Eine Ausweitung der Modellförderung von Präventionsnetzwerken könnte zu einer Reduzierung von gesundheitlichen Risiken im Zusammenhang mit Armutsgefährdung beitragen.

Verbesserung der Datenlage zur Gesundheit von Kindern

Die Planung von gezielten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bedarf einer soliden Datengrundlage. Auf kommunaler Ebene sind kleinräumige und sozialraumorientierte Analysen ein wichtiges Planungsinstrument, um konkreten Problemlagen entgegenwirken zu können. Beispielhaft zeigt der Kindergesundheitsbericht der Stadt Stuttgart, wie eine stadtteilbezogene Darstellung der gesundheitlichen Lage von Kindern mit Handlungsempfehlungen verknüpft werden kann, die darauf abzielen, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

6. Literatur

Albrecht, Claudia A. (2015), Entwicklung und Einflussfaktoren der Entwicklung der motorischen Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter. Befunde der MoMo-Längsschnittstudie. Dissertation.

l'Allemand Dagmar, Susanna Wiegand, Thomas Reinehr, Jörg Müller, Martin Wabitsch, Kurt Widhalm, Reinhard Holl, APV-Study Group (2008): Cardiovascular risk in 26.008 European overweight children as established by a multicenter database. In: *Obesity*, 16, 7, S. 1672-1679.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016): Bildung in Deutschland 2016: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration.

Bauer, Ullrich, Uwe H. Bittlingmayer und Matthias Richter (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: Springer VS.

Bertelsmann Stiftung (2014): Die fachliche Begleitforschung. Konzept und erste Ergebnisse. In: Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“. Gütersloh.

Böhm, A.; G. Ellsäßer und K. Lüdecke (2007): Der Brandenburger Sozialindex: Ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. In: *Gesundheitswesen*, 69, S. 555-559.

Blinkert, Baldo; Peter Höfflin, Alexandra Schmider Jürgen Spiegel (2015): Raum für Kinderspiel! Eine Studie im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes über Aktionsräume von Kindern in Ludwigsburg, Offenburg, Pforzheim, Schwäbisch Hall und Sindelfingen. FIFAS-Schriftenreihe, Bd. 12. Münster: LIT-Verlag.

Bundesministerium für Soziales und Arbeit (BMAS) (2017): Lebenslagen in Deutschland – Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

Case, Anne; Angela Fertig und Christina Paxson (2005): The lasting impact of childhood health and circumstance. In: *Journal of Health Economics*, 24, S. 365–89.

Dechant, Anna und Hans-Peter Blossfeld (2015): Changes in the division of labor within highly educated German couples when the first child is born. In: *Zeitschrift für Familienforschung*, 27, 3, S. 373 – 395.

Farwick, Andreas (2012): Segregation. In: Frank Eckardt (Hrsg.): *Handbuch Stadtsoziologie*. Wiesbaden: Springer VS. S. 381–419.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/> .Download vom 30.05.2018.

Groos, Thomas und Nora Jehles (2015): Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. In: Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung "Kein Kind zurücklassen!" Werkstattbericht. Gütersloh und Bochum: Bertelsmann-Stiftung und Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR).

Institut für angewandte Sozialwissenschaften (2009): Die Menschen hinter den Zahlen – Arme Kinder und ihre Familien in Baden-Württemberg. Eine IfaS-Studie im Auftrag der Caritas.

Kemptner, Daniel und Jan Marcus (2013): Spillover Effects of Maternal Education on Child's Health and Health Behavior. In: Review of Economics of the Household, 11, 1, S. 29-54.

Kohlscheen, Jörg und Theresa Nagy (2016): „In Typen denken.“ Muster der Inanspruchnahme präventiver Angebote. Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen“. Band 9. Gütersloh: ZEFIR und Bertelsmann Stiftung.

Kromeyer-Hauschild, K.; M. Wabitsch, D. Kunze, F. Geller, H.C. Geiß, V. Hesse, A. von Hippel, U. Jaeger, D. Johnsen, W. Korte, K. Menner, G. Müller, J.M. Müller, A. Niemann-Pilatus, T. Remer, F. Schaefer, H.-U. Wittchen, S. Zabransky, K. Zellner, A. Ziegler, J. Hebebrand (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 149, 8, S. 807–818.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2015): Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2015): Erster Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg.

Oldenhage, Marijke, Monika Daseking und Franz Petermann (2009): Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. In: Gesundheitswesen, 71, S. 638-647.

Peter, Frauke H. und C. Katharina Spieß (2015): Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertageseinrichtungen und Horten: Unterschiede zwischen den Gruppen nicht vernachlässigen! In: DIW Wochenbericht 1+2/2015.

Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2018): AdiMon-Themenblatt: Adipositas im frühen Kindesalter. (Stand: 26. Februar 2018). <http://www.rki.de/adimon> Download vom 28:05.2018.

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2013): Hürdenlauf zur Kita: Warum Eltern mit Migrationshintergrund ihr Kind seltener in die frühkindliche Tagesbetreuung schicken. Policy Brief, Berlin.

Schenk, Liane; Verena Anton, Nadja-Raphaela Baer und Roma Schmitz (2016): Ernährungsmuster von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse der KiGGS-Studie. In: Public Health Forum, 24, 3, S. 205–208.

Schober, Pia S. und C. Katharina Spieß (2012): Frühe Förderung und Betreuung von Kindern: Bedeutende Unterschiede bei der Inanspruchnahme besonders in den ersten Lebensjahren. In: DIW Wochenbericht 43/2012.

Schüttle, Johannes D. (2013): Armut wird „sozial vererbt“. Status Quo und Reformbedarf der Inklusionsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.

Seyda, Susanne (2009): Der Einfluss der Familie auf die Gesundheit und Bildungslaufbahn von Kindern. In: IW Trends, 36, 3.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2018: Kinder in Tageseinrichtungen in Baden-Württemberg seit 2007 nach Migrationshintergrund. URL: <https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/KindJugendhilfe/KJH-TE-TP.jsp?path=/BildungKultur/KindBetreuung/> Download vom 28.05.2018.

Strohmeier, Klaus Peter, David H. Gehne, Jörg Bogumil, Gerhard Micosatt und Regina von Götz (2016): Die Wirkungsweise kommunaler Prävention. Zusammenfassender Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) des Landes Nordrhein-Westfalen und der Bertelsmann Stiftung.

Wenger, Susanne (2015): Frauen und Männer am Arbeitsmarkt. Traditionelle Erwerbs- und Arbeitszeitmuster sind nach wie vor verbreitet. In: IAB-Kurzbericht, 4, 2015.

Impressum

Der GesellschaftsReport BW wird herausgegeben vom
Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart

Tel.: 0711 123-0

Internet: www.msi-bw.de

Konzeption

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
Dr. Christine Weber-Schmalzl, Regine Merkt-Kube, Dr. Andreas Wüst, Alexandra Schmider

Datenanalyse

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Dr. Anna Leher
FaFo FamilienForschung Baden-Württemberg
Dr. Stephanie Saleth, Stephanie Bundel, Ronja Kitzenmaier

Bericht

FaFo FamilienForschung Baden-Württemberg
Dr. Stephanie Saleth, Stephanie Bundel, Ronja Kitzenmaier

Redaktion

Katrin Böttinger

Layout/Satz

Andrea Mohr

Copyright-Hinweise

© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2018

Fotonachweis Titelbild

Scusi / Fotolia

Verteilerhinweis

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeit des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.