

Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!

Diskussionsgrundlage zum 8. Kooperationstreffen am 08.09.2010

Einleitung

Im Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten haben sich 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA

- Akteure aus dem Gesundheitswesen, die in ihrer täglichen Arbeit die Befunde schlechter Gesundheit bei sozial benachteiligten Jungen und Mädchen feststellen
- BZgA und Krankenkassen, die mit ihren Präventionsleistungen einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit sozial Benachteiligter leisten
- Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, die gemeinsam mit ihren Partnern Struktur und Maßnahmen in der Prävention entwickeln
- Verbände wie der DOSB und die Wohlfahrtsorganisationen, die in ihren Vereinen und Einrichtungen wertvolle Beiträge zur Gesundheitsförderung leisten
- Partner aus zentralen Bereichen staatlichen Handelns wie den Bundesländern, dem Deutschen Städtetag, der Bundesagentur für Arbeit, für die Erfolge gesundheitsförderlicher Maßnahmen eine Voraussetzung sind, damit sie ihre Aufgaben erfüllen können
- mit weiteren Partnern aus Wissenschaft und zivilgesellschaftlichem Engagement

zusammengefunden, um Qualität und Wirksamkeit von Prävention für Menschen zu erhöhen, die auf Grund ihrer sozialen Lage den höchsten Gesundheitsförderungsbedarf haben.

In den vergangenen sieben Jahren hat der Kooperationsverbund umfangreiches Handlungswissen insbesondere zur Verbesserung der Gesundheit von Kinder und Jugendlichen, die in schwieriger sozialer Lage aufwachsen, gesammelt, ausgewertet und die Umsetzung unterstützt.

Diese Erfahrungen haben wir nun gebündelt. Die Aufbereitung soll politische Entscheidungsträger, insbesondere in den Kommunen, und Verantwortliche für die Lebenswelten der Jungen und Mädchen dabei unterstützen, einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit **aller** Kinder und Jugendlichen zu leisten. Damit unterstützen wir auch die Abstimmung und Koordination mit anderen relevanten Partnern, die für diese Aufgabe notwendige Beiträge und Unterstützung leisten können.

Mit dieser Arbeit leistet der Kooperationsverbund einen fachlichen und konkreten Beitrag zur Umsetzung der Ziele der „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ und zur Präzisierung der Maßnahmen, die zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ ergriffen werden müssen.

Arbeitspapier

I. Gesundheit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher nachhaltig verbessern

Der überwiegende Teil der Jungen und Mädchen in Deutschland wächst in guter Gesundheit auf. 15 – 20 % der Kinder und Jugendlichen¹, die unter schwierigen Lebensumständen groß werden und in ihrem Umfeld keine ausreichende Förderung und Unterstützung erhalten, haben jedoch schlechtere Gesundheitschancen. Dies wirkt sich auf ihre aktuelle und die weitere Gesundheit aus. Denn gesundheitsrelevante Risiken, die aus Armutslagen resultieren, addieren sich im Lebensverlauf. Besonders schwer wiegen Belastungen im Kindesalter, dabei insbesondere Schädigungen im Mutterleib und im frühen Kindesalter.²

Schlechte Gesundheitschancen bedeuten

- Beeinträchtigungen der Gesundheit im Kinder- und Jugendalter³
- verringerte Chancen, sich als Kind und Jugendliche/r erfolgreich zu entwickeln
- reduzierte Möglichkeiten, Lebensstile und Schutzfaktoren zu bilden, von denen sie als gesundheitsfördernde Ressourcen ein Leben lang profitieren
- geringere Wahrscheinlichkeit, Lebenskompetenzen und einen guten Bildungsabschluss zu erwerben und damit die Chancen, eine gute Lebensperspektive zu entwickeln und sich im Erwachsenenalter Lebensumstände aufzubauen, die ein langes Leben in guter Gesundheit erwarten lassen.

Wissenschaftliche Belege zeigen aber auch, dass Wirkungen frühkindlicher Benachteiligung abgeschwächt werden können, z.B. wenn die betroffenen Kinder später eine hohe Schulbildung erhalten.⁴ Gesundheitsförderung und Prävention kann also in jedem Lebensalter Wirkung erzielen. Je früher Präventionskonzepte jedoch ansetzen, desto erfolgversprechender ist der Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit.⁵

Der enge Zusammenhang zwischen Gesundheitschancen und Armutslagen führt dazu, dass strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen, die zur Verbesserung der sozialen Lage führen, unmittelbar gesundheitsförderliche Wirkungen entfalten.⁶ Dies gilt insbesondere für sozial- und bildungspolitische Maßnahmen.

¹ Nationales Gesundheitsziel, 2010, S. 10 f.

² Dragano, 2007, S. 23 ff

³ vgl. KiGGS-Daten

⁴ Dragano aaO

⁵ Commission on Social Determinants of Health, 2008, S. 51

⁶ Nationales Gesundheitsziel, 2010, S. 8

- **Bestehender Handlungsbedarf muss auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zielgerichtet angegangen und die Wirkung ergriffener Maßnahmen überprüft werden.**

Im Nationalen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ werden die Lebenswelten (Settings) benannt (Familie/Umfeld, Kindertagesstätte und Schule), in denen Gesundheitsziele für ein gesundes Aufwachsen Wirkung entfalten müssen. Die Erfahrung des Kooperationsverbunds zeigt, dass die Lage sozial benachteiligter Familien bei der Entwicklung und Umsetzung erfolgreicher Prävention berücksichtigt werden muss, um die Familien erreichen zu können⁷. An Hand der zwölf Qualitätskriterien⁸ wurden Good Practice-Beispiele identifiziert, denen dies gelungen ist. Einen besonderen Stellenwert hat dabei, dies wird auch im Rahmen des Nationalen Gesundheitsziels betont⁹, der Setting-Ansatz. Good Practice-Projekte¹⁰ zum Setting-Ansatz zeigen, wie in einem gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess unter Beteiligung aller relevanten Gruppen Veränderungen erreicht werden konnten, die die Entwicklung und Ausübung eines gesünderen Verhaltens dauerhaft erleichtern.

- **Erfolgreiche Präventionsmaßnahmen, die die Gesundheit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlichen nachhaltig verbessern, arbeiten nach dem Setting-Ansatz oder sind ein stimmiger Beitrag zur Entwicklung und Umsetzung eines Setting-Ansatzes.**

Aufgrund materiell eingeschränkter Lebensverhältnisse, z.B. beengter oder gefährdeter Wohnsituation, finanzieller Belastungen, Diskriminierung oder Erfahrungen geringer Wertschätzung, dominieren das Alltagsleben sozial benachteiligter Familien vielfältige Sorgen und Belastungen. Dies beansprucht Raum und persönliche Ressourcen, so dass Fähigkeiten und Feinfühligkeit der Eltern gegenüber ihren Kindern, beeinträchtigt sein können. Neben eingeschränkten personalen Ressourcen besteht häufig auch ein Mangel an sozialen Netzwerken, die Eltern, Kindern und Jugendlichen Unterstützung und Anerkennung geben können. Good-Practice-Projekte wie Adebar, Eltern AG und andere erfolgreiche Maßnahmen zeigen, wie die besondere Lage der Familien berücksichtigt wird und es dann auch gelingt, die Ressourcen der Zielgruppe zum Ausgangspunkt für Veränderungen und erfolgreiche gesundheitsförderliche Interventionen zu nehmen. Gegenüber den Familien ist dafür eine respektvolle Haltung erforderlich, die ihnen Vertrauensaufbau und Beteiligung ermöglicht.

⁷ z.B. GP-Projekte Schutzengel, Gesund essen mit Freude, MiGes

⁸ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice

⁹ Nationales Gesundheitsziel, 2010, S. 26 f.

¹⁰ z.B. GP- Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule, GP-Gesund Kurs halten in Lurup

Die Berücksichtigung der sozialen Situation und die Beteiligung der Familien ist in allen Phasen (Bedarfserhebung, Planung, Durchführung und Auswertung) der Prävention zu berücksichtigen.

- **Kompetenz für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten muss in Einrichtungen, Stadtteilen und Kommunen aufgebaut bzw. weiter qualifiziert werden. Die Berücksichtigung der sozialen Lage und die respektvolle Kommunikation und Haltung gegenüber den Zielgruppen sind Voraussetzungen und Bestandteile erfolgreicher Prävention.**

Partner, die diese gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozesse in den Settings unterstützen, sind z.B. die gesetzlichen Krankenkassen, die Landesvereinigungen für Gesundheit mit ihren Regionalen Knoten und der Öffentliche Gesundheitsdienst.

Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Setting-Ansatz kann umso erfolgreicher sein, je günstiger die Rahmenbedingungen für diese Entwicklung sind. Dies bezieht sich sowohl auf die externe Unterstützung, die erforderlich ist, damit der lokale Setting-Prozess im Alltagsgeschäft nicht „untergeht“¹¹, als auch auf die z.B. bildungs-, familien- oder stadtentwicklungspolitischen Rahmenbedingungen¹². Gesundheitsförderung kann langfristig nur erfolgreich sein, wenn sie Bestandteil und Qualitätsmerkmal des professionellen Verständnisses und der fachpolitischen Vorgaben ist.

- **Gesundheitsförderung muss Teil der relevanten Fachgesetze und -programme, der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Professionellen im Setting sowie der Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen sein. Dabei soll Gesundheitsförderung nicht nur als zusätzliches Thema ergänzt, sondern in der jeweiligen fachspezifischen Ausprägung erkannt und benannt werden.**

Voraussetzungen für gesundes Aufwachsen sozial benachteiligter Jungen und Mädchen müssen jedoch auch in „vertikaler“ Hinsicht verbessert werden, d.h. auch bezogen auf die Verzahnung gesundheitsfördernder Ansätze im Altersverlauf. Hier sind, neben politischen Entscheidungsträgern auf Bundes- und Landesebene, vor allem Kommunen, lokale Partner in den Stadtteilen und Quartieren sowie Träger der Lebenswelten (z.B. von Familienzentren, Kindertagesstätten und Schulen) gefordert. Good Practice-Beispiele wie Monheim für Kinder (MoKi) zeigen, dass solche „Präventionsketten“, die von der Schwangerschaft an über den Besuch der Kindertagesstätten (insbesondere Erhöhung der Nutzung des Angebots durch sozial benachteiligte Familien) bis zur Unterstützung in der Schule wirken, besonders erfolgreich sind. Um gesundes Aufwachsen zu fördern, sollte Unter-

¹¹ Vgl. GP-Projekt Gesund Leben Lernen in Niedersachsen

¹² Vgl. GP-Projekt Gesund Leben Lernen in Niedersachsen, Monheim für Kinder, Steps

stützung dem Grundsatz „So früh wie möglich“ folgen. So werden Familien zum frühesten möglichen Zeitpunkt unterstützt und Risiken des Scheiterns in den Übergängen (z.B. Kindergarten – Schule; Schule – Ausbildungs-/Berufseinstieg) verringert.

- **Gesundheitsförderung braucht einen verlässlichen Rahmen, der Synergien und Zusammenarbeit auch über Altersphasen hinaus sichert. Kommunale Präventionsketten, die nachhaltig die Gesundheit und Entwicklungschancen verbessern, bieten diesen Rahmen und bündeln Ressourcen. Grundlage für Präventionsketten sind kommunale Entscheidungen, die Prävention den „langen Atem“ verschafft, der für nachhaltige Wirkung erforderlich ist.**

Zukünftig ist eine stärkere Konzentration von Mitteln des Bundes, der Länder, Kommunen und Krankenkassen für Gesundheitsförderungsmaßnahmen erforderlich, dort, wo der Bedarf am größten ist¹³. Erforderlich ist auch die weitere Bündelung der fachlichen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse über erfolgreiche Konzepte der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, wie sie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auch mit der Gründung und Unterstützung des Kooperationsverbunds Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten leistet. Der Verbund unterstützt auch die Qualitätsentwicklung in gesundheitsförderlichen Maßnahmen¹⁴ und Kooperationen um Erreichen, Aktivierung, Befähigung und Teilhabe sozial benachteiligter Eltern, Kinder, Jugendlicher systematisch zu verbessern. Die Regionalen Knoten der Landesvereinigungen für Gesundheit sind in diesem Prozess eine zentrale Informations- und Kompetenzplattform auf Landesebene.

- **Konzentration von Mitteln des Bundes, der Länder, Kommunen und Krankenkassen für Gesundheitsförderungsmaßnahmen dort, wo der Bedarf am größten ist.**
- **Stärkung der Regionalen Knoten der Landesvereinigungen für Gesundheit als Verknüpfungs-, Vermittlungs- und Abstimmungsplattformen für die soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in den Ländern.**¹⁵

¹³ BZgA und RKI 2008, S. 155

¹⁴ z.B. Good Practice Schulungen für Akteure in Quartieren der Sozialen Stadt und in Kindertagesstätten

¹⁵ BZgA und RKI 2008, S. 155

II. Schwangerschaft und frühe Kindheit

In der Phase rund um die Geburt verbinden Eltern große Erwartungen mit der für die Familie neuen Situation. Der Anspruch, eine gute Mutter, ein guter Vater sein zu wollen, ist für sozial benachteiligte Eltern nicht leicht einzulösen. Neben materiellen Nöten sind soziale Isolation, fehlende Unterstützung (insbesondere für Alleinstehende) und geringe Anerkennung eine hohe Belastung. Für die Mütter und Väter ist es in dieser Lage schwierig, fehlende Kenntnisse zur Bewältigung der vielfältigen neuen Aufgaben und für die Sicherheit im Umgang mit dem Kind zu erwerben. Hinzu kommt, dass Versorgungs- und Unterstützungsangebote häufig nicht bekannt sind oder auf Grund von Vorbehalten, schlechten Erfahrungen, sprachlichen Barrieren etc. nicht genutzt werden.

Bereits während der Schwangerschaft ist daher eine schlechtere gesundheitliche Versorgung¹⁶ festzustellen. Die Schwangere und das ungeborene Kind sind gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, die die Gesundheit des Säuglings beeinträchtigen¹⁷. Geringere Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsangeboten und gesundheitliche Beeinträchtigungen setzen sich im weiteren Verlauf der Kindheit fort¹⁸.

Die Erfahrung aus den Good Practice-Projekten¹⁹ zeigt, dass sozial benachteiligte Schwangere und werdende Väter an den Entwicklungsfragen des Kindes interessiert sind und diese Offenheit z.B. für Gesundheitsthemen, für die Information über Angebote, deren Nutzung und möglichst auch für die Entwicklung realistischer Lebensentwürfe der (zukünftigen) Mütter und Väter²⁰, insbesondere aber auch für die Einbindung in soziale Netzwerke genutzt werden können.

Kommunen, das belegen die Good Practice-Beispiele²¹, in denen gemeinsam mit Jugend-, Gesundheitsamt und anderen Gesundheits- und Sozialakteuren Angebote für sozial benachteiligte Familien koordiniert werden, können auch sozial isolierte Familien, vor allem mit aufsuchenden Angeboten wie Familienhebammen, erreichen und Erfolge erzielen²². Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure ist nicht nur erforderlich, um die Maßnahmen aufeinander abzustimmen, sondern sie ermöglichen vielfach auch erst den Zugang zu den Familien mit hohem Unterstützungsbedarf²³. Die

¹⁶ BZgA und RKI 2008: geringere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen in der Schwangerschaft, häufiger psychische Probleme in der Schwangerschaft

¹⁷ BZgA und RKI 2008: geringeres Geburtsgewicht, häufiger Rauchen in der Schwangerschaft/Familie

¹⁸ BZgA und RKI 2008: weniger gestillt, geringere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

¹⁹ z.B. GP-Projekt Stillförderung, Bridge, Adebar, Schutzengel

²⁰ so stehen z.B. gerade junge (werdende) Eltern vor der Herausforderung realistische Erwartungen an ihre Rolle zu finden, insbesondere wenn Trennung, Partnerkonflikte und fehlende berufliche Perspektiven die Mütter und Väter zusätzlich belasten.

²¹ z.B. GP-Projekt Adebar, Familienhebammen, Kleeblatt, Schutzengel, steps

²² z.B. GP-Projekt Kleeblatt und Familienhebammen; vgl. auch Evaluation zu Familienhebammen in Sachsen-Anhalt

²³ z.B. Erfahrung des Good Practice Beispiel Steps: Vertrauen wird von den Frauen/Familien zunächst zu einer Person aufgebaut. Diese kann dann empfehlen oder zu anderen Stellen begleiten.

Erfahrung zeigt²⁴, dass die komplexen Problemlagen der Familien auch die Vernetzung z.B. mit Schuldnerberatungen oder die Vermittlung gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Bundesagentur für Arbeit (ARGE) erfordern.

Für den Aufbau sozialer Netzwerke bedarf es niedrigschwelliger Angebote im Stadtteil, die den Familien auch Zugang zu einer umfassenden soziale Unterstützung vermitteln²⁵. Gesundheitsförderliche Empowerment-Prozesse können bei sozial benachteiligten Müttern und Vätern nachhaltig die Elternkompetenz stärken, wenn sie an den Ressourcen der Zielgruppe anknüpfen und eine respektvolle, professionelle Haltung gegenüber den Müttern und Vätern sichergestellt ist²⁶. Diese Maßnahmen sollten in den Aufbau sozialer Netzwerke münden, um die Eltern langfristig zu stärken und ihnen auch zukünftig soziale Einbindung, Anerkennung und Unterstützung zu vermitteln und den Stadtteil insgesamt familienfreundlich zu entwickeln²⁷.

Für den erfolgreichen Zugang zu Frauen und Familien mit Migrationshintergrund haben sich Multiplikatorenstrukturen bewährt, die Bestandteil der jeweiligen (Migranten)communities und/oder Teil der Stadtteilstrukturen sind²⁸. Entsprechende Ansätze können z.B. im Rahmen der Integration in den Arbeitsmarkt gefördert²⁹ oder als Bestandteil zivilgesellschaftlichen Engagements³⁰ entwickelt werden. Für ehrenamtliches Engagement ist neben Qualifizierung auch eine Kultur der Anerkennung und die Sicherung der Koordinierung erforderlich³¹. Angebote, die Mütter und Familien mit Migrationshintergrund erreichen sollen, müssen im Stadtteil und gemeinsam mit lokalen Partnern durchgeführt werden³².

Diese Maßnahmen unterstützen Mütter und Väter in schwieriger Lage und erleichtern es ihnen, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen. Kinder reagieren auf diese Zuwendung und geben den Eltern Bestätigung, aus der sich eine gute Bindung entwickelt. Die soziale Anerkennung der Erfolge in der Bewältigung ihrer Aufgaben als Mutter oder Vater fördert das Selbstbewusstsein und die Elternkompetenz. Die Einbindung in soziale Netzwerke erschließt zusätzliche Unterstützungsressourcen, ermöglicht Hilfe zur Selbsthilfe und erleichtert es den Müttern und Vätern, in Überforderungsfällen Hilfe anzunehmen.

²⁴ z.B. Good Practice Adebar, Kleeblatt

²⁵ z.B. Good Practice Adebar, Schutzengel

²⁶ z.B. Good Practice Eltern AG

²⁷ z.B. Good Practice Lenz gesund

²⁸ z.B. Good Practice Projekt MiGes; Stadtteilmütter

²⁹ z.B. Stadtteilmütter, vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

³⁰ z.B. Good Practice Steps: qualifizierte Familienbesucherinnen

³¹ z.B. Good Practice Steps: Koordinierungsstelle der Familienbesucherinnen ist beim Jugendamt eingerichtet

³² z.B. Good Practice Projekt MiGes: das Gesundheitsamt führt seine Informationsveranstaltungen gemeinsam mit lokalen Migrantenvereinen durch

Für die Kinder ist die stabile Bindung, die aus der Eltern-Kind-Beziehung resultiert, Voraussetzung für Gesundheit und eine gute Entwicklung im Kindesalter. Sie stellt eine lebenslang wirkende gesundheitsförderliche Ressource dar. Der Aufbau und die Entwicklung dieser Unterstützungsstrukturen ist ein Beitrag zur Erfüllung des Gesundheitsziels Gesund aufwachsen, insbesondere Ziel 1³³ und Ziel 10³⁴.

Kommunen, die diese systematische Bündelung und Weiterentwicklung der Angebote vornehmen, können sozial benachteiligte (werdende) Eltern und Familien erreichen und sie nachhaltig in ihrer Elternkompetenz stärken. Die Familien werden aus ihrer Isolation geholt, in Empowerment- und Selbsthilfeprozessen unterstützt und kennen bei drohender Überforderung Unterstützungssysteme.

Arbeitspapier

³³ Setting Familie/Umfeld: Erhöhung der Lebenskompetenz

³⁴ Rahmendbedingungen und Strukturen der Gesundheitsförderung in Familie/Stadtteil sind erhöht

III. Kinder 3 – 6 Jahre

Über Bewegung, Sprache und soziale Interaktion erweitert und differenziert das Kind in dieser Altersphase Fähigkeiten, die es in den ersten Lebensjahren erworben hat. Fehlen Anregungen, Interaktionen und Raum für diese Erfahrung, so wird die gesundheitliche Entwicklung des Kindes beeinträchtigt³⁵. Gesundheitliche Belastungen, die bei sozial benachteiligten Kindern in diesem Alter festgestellt wurden³⁶, zeigen, dass die Familien im Stadtteil und in den Kindertagesstätten Anreize und geeignete Maßnahmen brauchen, die Bewegung und weiteres gesundheitsförderliches Erziehungs- und Freizeitverhalten unterstützen.

Kindertagesstätten werden von Kindern aus sozial benachteiligten Familien seltener besucht, obwohl gerade sie die vielfältigen Anregungen, geregelte Tagesstrukturen und Förderung bieten, die eine gute Entwicklung sozial benachteiligter Kinder braucht. Der Besuch einer gesundheitsförderlichen Kindertagesstätte unterstützt das Kind u.a. in der Entwicklung sozialer Achtsamkeit. Dies bezieht sich auf die Signale des eigenen Körpers, z.B. Bewegungsdrang, Hunger und Sättigungsgefühl und das Bedürfnis nach Ausruhen³⁷ und die altersgerechte Fähigkeit, im sozialen Kontakt auf andere Kinder und Erwachsene einzugehen und von ihnen akzeptiert zu werden. Für Kitas, in denen es gelungen ist, gesundheitsförderliche Angebote kontinuierlich in den Alltag einzubinden, können Effekte im Bezug auf die Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter Kinder nachgewiesen werden³⁸. Die Erzieherin/der Erzieher sollte für das Kind dabei eine verlässliche Bezugsperson und Vorbild für das eigene soziale Lernen der Jungen und Mädchen sein. Die Good Practice-Beispiele gesundheitsförderlicher Kindertagesstätten zeigen, wie Jungen und Mädchen an der Gestaltung täglicher Abläufe beteiligt und so auch in der Entwicklung eines gesunden Lebensstils unterstützt werden können³⁹.

Gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen können Kindertagesstätten einen wertvollen Beitrag in der familienfreundlichen Entwicklung des Wohngebiets leisten⁴⁰. Sie können die Ansprache sozial benachteiligter Eltern erleichtern⁴¹ und die Erfahrungen aus der Arbeit ihrer Einrichtungen in die

³⁵ Kinder- und Jugendhilfebericht 2009: S. 92 Soziale Achtsamkeit, wird in dieser Altersphase erlernt, sie bildet die Grundlage für ein überwiegend positives, sozial angemessenes Verhalten, beugt emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten vor und bildet damit auch eine Grundlage für spätere schulische Erfolge

³⁶ BZgA und RKI 2009 Defizite im Bewegungsverhalten und in der Sprachentwicklung

³⁷ z.B. Good Practice Kinder Stärken! - Resilienzförderung in der Kindertagesstätte, bewegte Kinder,

³⁸ z.B. Good Practice Fitness für Kids

³⁹ z.B. Good Practice Lernen durch Genießen - Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche

⁴⁰ z.B. Good Practice Mohnheim für Kinder

⁴¹ z.B. Good Practice „Integration behinderter Kinder“ des Landkreises Marburg-Biedenkopf zeigt die Bedeutung, die Kindertagesstätten dabei insbesondere auch für den ländlichen Raum haben können.

Entwicklung des Stadtteils einbringen⁴². Kindertagesstätten ihrerseits können auch in sozialen Brennpunkten von der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Stadtteil profitieren⁴³, sie benötigen jedoch ausreichende personelle und zeitliche Ressourcen für die Arbeit mit den Kindern und die Vernetzung in den Stadtteil. Spätestens hier zeigt sich, dass Gesundheitsförderung in der Kindertagesstätte zwingend auch die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher umfassen muss⁴⁴. Die Erfahrung aus Good Practice-Projekten macht deutlich, dass die gesundheitsförderliche Entwicklung der Einrichtung und die Berücksichtigung der Gesundheit auch der Beschäftigten zu einer Verbesserung der Arbeitsatmosphäre und der Zusammenarbeit im Team führen⁴⁵ und die Sensibilität der Erzieherinnen und Erzieher für die eigene Gesundheit sowie die der Kinder erhöht⁴⁶.

Auch die Beteiligung der Eltern ist Bestandteil der gesundheitsförderlichen Entwicklung von Kindertagesstätten. Das erfordert eine professionelle und empathische Haltung gegenüber sozial benachteiligten Müttern und Vätern, um die in einer Einrichtung in einem kontinuierlichen Prozess gerungen werden muss⁴⁷. Diese Haltung ermöglicht es, den Blick für die Ressourcen und Potenziale der Jungen und Mädchen und ihrer Eltern zu öffnen. Dazu zählt auch interkulturelle Kompetenz im Umgang mit Familien mit Migrationshintergrund⁴⁸.

Erleben sich sozial benachteiligte Eltern auch im Kontakt mit Erzieherinnen und Erziehern als ernstgenommene Partner der Entwicklung ihres Sohnes/ihrer Tochter, so stärkt dies ihr Selbstvertrauen und erhöht ihre Bereitschaft, sich an den Prozessen der Kindertagesstätte zu beteiligen. Für die Kinder hat dies positive Wirkungen, da sie erleben, dass der familiäre Zusammenhalt, der für sie einen wichtigen gesundheitsförderlichen Schutzfaktor⁴⁹ darstellt, wertgeschätzt wird.

Auch wenn Kindertagesstätten einen wichtigen Beitrag zur sozialen Einbindung von Familien in schwierigen Lebenslagen leisten können, müssen der Stadtteil und die Kommune diesen Prozess unterstützen. Der Ernährungsstil der Kinder wird beispielsweise maßgeblich in den Familien geprägt, deshalb können Veränderungen nur gemeinsam mit den Zielgruppen entwickelt werden⁵⁰.

⁴² z.B. Good Practice Mohnheim für Kinder

⁴³ z.B. Good Practice Projekt Kita Regenbogen, Das schmeckt gut! - Interkulturelles Ernährungsprojekt für Eltern und Kinder im Setting, Kindertagesstätte Regenbogen

⁴⁴ Nationales Gesundheitsziel, 2010, S. 27 Beteiligung aller relevanten Gruppen ist eine Kernstrategie des Setting-Ansatzes und Voraussetzung für die gesundheitsförderliche Entwicklung der Einrichtung

⁴⁵ z.B. Good Practice Projekt Kita Regenbogen

⁴⁶ z.B. Good Practice Leibeslust – Leibeslust Prävention von Essstörungen in Kindergarten und Grundschule

⁴⁷ Gesunde Kita für alle, Richter-Kornweitz 2010, 17 f. verweist auf den Stellenwert, den regelmäßige Teamgespräche, kollegiale und externe Supervisionen in diesem Zusammenhang haben

⁴⁸ z.B. Good Practice Projekt "Das schmeckt gut!"-Interkulturelles Ernährungsprojekt für Eltern und Kinder im Setting Kindertagesstätte

⁴⁹ BZgA und RKI, 2009, S. 23

⁵⁰ So betonen BZgA und RKI (2008, S. 48) familienbasierte Ansätze zur Prävention von Übergewicht als besonders vielversprechend.

Good Practice- Beispiele⁵¹ zeigen, wie in partizipativen Prozessen gemeinsam ein gesundheitsförderliches Verhalten und Strategien zur dauerhaften Umsetzung entwickelt werden können. Solche erfolgreichen Konzepte zeichnet aus, dass sie nicht nur auf Wissensvermittlung basieren, sondern eine nachhaltige Verhaltensänderung über gemeinsame Empowerment-Prozesse in sozialen Netzwerken erreichen. In diesen Gruppen wächst ein Vertrauen, das auch den Austausch und die Diskussion anderer Erziehungs- und Familienthemen ermöglicht. Good Practice-Projekte und Modellvorhaben, die z.B. im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM entwickelt wurden, zeigen, wie gerade in sozial benachteiligten Quartieren Ressourcen für eine bewegungsförderliche Gestaltung eines Stadtteils genutzt und gebündelt werden können⁵². Multiplikatorenstrukturen sind auch hier ein wichtiger Schritt, um Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen⁵³ und können eine wertvolle Unterstützung darstellen, um in den Familien für die Bedeutung des Kita-Besuch zu werben.

Kommunen, die Kindertagesstätten und Stadtteile in dieser Arbeit unterstützen, Ressourcen für diese Prozesse bündeln, bzw. zur Koordinierung und Förderung der Arbeit zur Verfügung stellen, erzielen Erfolge in der sozialen Integration der Familien und verbessern die Gesundheits- und Bildungschancen sozial benachteiligter Kinder.

⁵¹ z.B. Good Practice Gesund Essen mit Freude

⁵² z.B. Good Practice Beispiel mittendrin-Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder, Gesundheitsteams vor Ort, Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten und BliQ Bewegtes Leben im Quartier (vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

⁵³ z.B. Good Practice Beispiel Gesund sind wir stark und Stadtteilmütter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

IV. Kinder im Primarschulalter

Mangel an Bewegung, Übergewicht sowie Defizite in der Sprachentwicklung zählen zu den gesundheitlichen Belastungen, unter denen insbesondere sozial benachteiligte Jungen und Mädchen im Primarschulalter leiden⁵⁴. Bei Beeinträchtigungen in der kognitiven, sozialen und motorischen Entwicklung stellt der Schulstart für viele von ihnen eine zusätzliche Hürde dar. Da die Familien ihnen nicht den gleichen Zugang zu Förderung bieten können, wie dies sozial besser gestellten Eltern möglich ist, haben sie es schwerer, die an sie gestellten Erwartungen zu erfüllen. Misserfolge können sich so häufen und sich in Demotivation niederschlagen. Die Freude des Kindes auf und an der Schule geht verloren, wenn es nicht gelingt, die Fähigkeiten der Jungen und Mädchen zu erkennen, zu fördern und sie in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Erschwerend können sich Vorbehalte der Eltern auf Grund eigener negativer Bildungserfahrungen auswirken. Bei Eltern mit Migrationshintergrund kann auf Grund fehlender Sprachkenntnisse eine zusätzliche Distanz gegenüber der Schule entstehen oder kulturell bedingt ein anderes Schulverständnis herrschen.

Good Practice-Beispiele haben gezeigt⁵⁵, dass durch eine gute Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätte und Grundschule gerade sozial benachteiligten Jungen und Mädchen der Start in der Schule erleichtert werden kann. So können Hinweise auf Ressourcen, über die die Kinder verfügen, aber auch gefestigte Gesundheitsförderungsroutinen in der Schule aufgegriffen und weiter unterstützt werden. Zudem können gemeinsam Wege gefunden werden, um die in der Kindertagesstätte in der Regel engeren Kontakte der Eltern auch an die Lehrkräfte zu vermitteln. Die Zusammenarbeit mit den Eltern kann so frühzeitig entwickelt werden. Zusätzliche Angebote, die in der Schule für und mit Eltern organisiert werden, z.B. Deutschkurse⁵⁶ in Kooperation mit einer Volkshochschule oder Kochangebote gemeinsam mit der Schulsozialarbeiterin⁵⁷, erleichtern den Zugang zu den Eltern. Sie können z.B. in Form von Elterncafés institutionalisiert werden und sind ein wichtiger Schritt, um Mütter und Väter an Schule zu beteiligen und Eltern als Partner für eine erfolgreiche Entwicklung des Kindes zu verstehen.

Kontakte und Freizeitgelegenheiten mit anderen Jungen und Mädchen, die ihnen zusätzliche Anregungen und Impulse geben können, werden für Kinder schwieriger, die materiell nicht mithalten können. Eine gesundheitsförderliche Schule⁵⁸, die in Zusammenarbeit mit dem Hort und anderen

⁵⁴ RKI und BZgA

⁵⁵ z.B. Good Practice Mohnheim für Kinder

⁵⁶ z.B. Good Practice Mohnheim für Kinder

⁵⁷ z.B. Good Practice Gesund essen mit Freude

⁵⁸ Nationales Gesundheitsziel, 2010, S. 32 ff. Ziele 7, 8, 9 und 10 Lebenskompetenz, Bewegungsförderung und gesundes Ernährungsverhalten werden in der Schule unterstützt, die Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in der Schule optimiert

Angeboten im Jugendfreizeitbereich kooperiert, kann dieser Benachteiligung entgegenwirken. Sie kann sozial benachteiligten Jungen und Mädchen die Unterstützung und individuelle Förderung geben, die sie für ihren Lernerfolg und die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenskompetenzen brauchen⁵⁹. Erleben die Kinder, dass sie aktiv ihre soziale Umwelt mitgestalten können, fördert dies ihre positive Selbsteinschätzung und Identität. Eine gesundheitsförderliche Schulorganisationsentwicklung, wie sie der Setting-Ansatz formuliert, sieht die Beteiligung aller relevanten Gruppen, der Jungen und Mädchen, der Lehrkräfte und Eltern vor. Good Practice-Beispiele zeigen⁶⁰, wie dies initiiert und umgesetzt werden kann. Die Beteiligung aller Akteure an diesem Prozess, z.B. durch die Einführung von regelmäßigen Kinderparlamenten⁶¹ und Steuerungsgruppen, verbessert das Klima in der Schule und unterstützt Lernerfolge. Gesundheitsförderung in der Schule und damit einhergehend auch die Förderung der Gesundheit der Lehrkräfte wirkt sich positiv auf alle Beteiligten aus.

Die Zusammenarbeit mit dem Stadtteil erschließt für die Schulen zusätzliche Ressourcen⁶² für gesundheitsförderliche Initiativen⁶³. Der Stadtteil und die Kommune sollten diese Zusammenarbeit mit der Unterstützung bzw. Initiierung geeigneter Angebote unterstützen⁶⁴. Eine Zusammenarbeit und ggf. Bündelung der Ressourcen aus verschiedenen Ressorts kann entsprechende Prozesse fördern. Mit der Einschulung steigt die Selbständigkeit und Mobilität der Jungen und Mädchen. Werden ihnen im Stadtteil gesundheitsförderliche Freizeitangebote⁶⁵ gemacht, so ermöglicht ihnen dies neue Erfahrungen und sie können ihre Fähigkeiten erproben. Dieser Zugewinn kann ein anregungsarmes Umfeld innerhalb der Familie kompensieren und gibt den Jungen und Mädchen Selbstvertrauen und Gelegenheit zu Bewegung und sozialen Kontakten. Bei der Gestaltung der Angebote sollte die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt werden⁶⁶, um ihre Entwicklung zu unterstützen. Dies kann, so Good Practice-Beispiele⁶⁷, Teil einer kommunalen Strategie sein, um Kinder in die Gestaltung des Gemeinwesens einzubeziehen und ihnen zu zeigen, dass sie mit ihren Wünschen und Erwartungen ernst genommen und geschätzt werden.

⁵⁹ z.B. Good Practice Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot (Mittweida)

⁶⁰ z.B. Good Practice Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule, Mittweida, Gesund leben lernen

⁶¹ z.B. Good Practice Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule

⁶² z.B. Good Practice Mentor - Die Leselernhelfer

⁶³ z.B. Good Practice Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner-Seelenbinder“ in Apolda Vernetzung mit dem Jugendclub des CJD

⁶⁴ z.B. Good Practice „Unser Platz“ wird als eine Kooperation der Kommune mit einer Wohnungsbaugenossenschaft realisiert

⁶⁵ z.B. Good Practice Das Trampolinspringen organisiert von der Luruper Frauengasse e.V.

⁶⁶ z.B. Good Practice „Unser Platz“, wo sie Stimmrecht in allen Gremien haben

⁶⁷ z.B. Good Practice Kiezdetektive

V. Jugendliche

Das Jugendalter verbindet sich für sozial benachteiligte Jungen und Mädchen häufig bereits mit einer mangelnden Perspektive im Bezug auf Bildungs- und Berufschancen. Ihre Schulerfahrungen sind nicht selten durch Misserfolg und Scheitern geprägt. Es fehlt an Unterstützung bei schulischen Erfordernissen und an Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten. Fehlende Förderung und Anregung, Mangel an Vorbildern und Vertrauenspersonen sowie eine generell ablehnende gesellschaftliche Haltung ihnen gegenüber verstärken diese Perspektivlosigkeit und können in Resignation münden. In einer Phase, in der die Jungen und Mädchen ihre eigene Identität finden müssen, neue Erfahrungen mit ihrem Körper machen und nach Grenzen suchen⁶⁸, erhöhen diese Belastungen das Risiko gesundheitsgefährdenden Verhaltens⁶⁹ sowie psychischer und sozialer Schwierigkeiten.

Good Practice-Beispiele zeigen, wie sowohl in gesundheitsförderlich gestalteten Schulen⁷⁰ als auch in der Zusammenarbeit⁷¹ von Schule, Hort und Jugendfreizeitangeboten Möglichkeiten geschaffen werden können Jugendliche angemessen zu fördern und ihnen Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen. Dadurch können Potentiale, die ebenfalls in dieser Entwicklungsphase liegen, unterstützt werden: Die Jungen und Mädchen suchen ihre eigene Identität, Freundschaften bekommen einen neuen Stellenwert und können Bestätigung und Anerkennung geben, die auch frühkindliche unsichere Bindungserfahrungen kompensieren können.

Gesundheitsförderliche Schulen und Jugendfreizeitangebote können den Jungen und Mädchen wertvolles „Know how“ für diese Phase geben. So gibt es gute Beispiele für Gewalt- und Suchtprävention, die von Hort, Schule und anderen Partnern gemeinsam organisiert und z.B. durch das Jugendamt finanziert werden⁷².

Die Jugendlichen wollen sich selbstständig entwickeln und nutzen in diesem Prozess auch Kenntnisse und Angebote⁷³, die an ihren Interessen anknüpfen. Partizipation bei der Entwicklung und Gestaltung der Maßnahmen ist auch hier ein wichtiger Teil des Erfolgs⁷⁴. Beteiligungsmöglichkeiten geben den Jungen und Mädchen Gelegenheit, ihre Fähigkeiten zu entwickeln und erleichtern es ihnen zu lernen, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Ein respektvoller Umgang und Wertschätzung, die im Schulalltag gelebt wird, sollte Bestandteil dieser Erfahrungen sein und dient

⁶⁸ Kinder- und Jugendhilfebericht 2009, S. 117 Zu gesundheitsrelevanten Entwicklungsaufgaben im Jugendalter

⁶⁹ z.B. Rauchen bei Hauptschüler/innen, Essstörungen, ungewollte Schwangerschaft

⁷⁰ z.B. Good Practice Gesund leben lernen

⁷¹ z.B. Good Practice Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner-Seelenbinder“ in Apolda Vernetzung mit dem Jugendclub des CJD

⁷² z.B. Good Practice Starke Kid's und Fit für's Leben

⁷³ z.B. Good Practice Medienprojekt "Wir lassen uns nicht manipulieren"

⁷⁴ z.B. Good Practice Body Guard, „Unser Platz“

darüber hinaus der Motivation für gesundheitsfördernde Angebote. Sportangebote, die Jugendliche niedrigschwellig, d.h. wohnortnah, auch ohne verpflichtende Mitgliedschaft und Teilnahmegebühren zur Verfügung stehen, ermöglichen es ihnen, in den Teams Verantwortung zu lernen und Regeln der Gruppe zu akzeptieren⁷⁵.

Jungen und Mädchen brauchen in dieser Phase Anregungen und Unterstützung, um für sich eine eigene tragfähige und positive Lebens- und Zukunftsperspektive zu entwickeln, die auch einen gesunden Lebensstil beinhaltet. Dies erfordert verlässliche Bezugspersonen, die für sie als Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner bei Problemen in der Schule oder im Elternhaus zur Verfügung stehen⁷⁶.

Gerade für sozial benachteiligte Jungen und Mädchen ist es wichtig, dass ihnen frühzeitig berufliche Perspektiven jenseits tradierter Berufsbilder eröffnet werden. Hier bedarf es einer systematischen Vernetzung von Schulen und Wirtschaft, um den Übergang von Schule ins Berufleben bewältigen zu können. In Zusammenarbeit mit den Arbeitsagenturen sollten entsprechende Angebote in den Schulen ab der siebten Klasse entwickelt werden.

Auch in dieser Phase spielt die Einbeziehung der Eltern eine wichtige Rolle. Zwar geht es in diesem Alter auch um die Abgrenzung vom Elternhaus, aber vieles, z.B. die Berufs- und Rollenperspektiven, wird, insbesondere in Familien mit Migrationshintergrund, durch die Eltern geprägt. Eltern brauchen häufig selbst Unterstützung, um ihren Kindern in dieser Phase helfen zu können. Ein vertrauensvolles Verhältnis, das gegenüber einem Schulsozialarbeiter oder einer Lehrerin gewachsen ist, oder der bewährte Kontakt zu familienunterstützenden Einrichtungen im Stadtteil kann ihnen diese Unterstützung geben. Gleichzeitig müssen den Jugendlichen Alternativen (zum Elternhaus) geboten werden.

Die Kommunen können Rahmenbedingungen für diese Angebote schaffen und verbessern, Orte der sozialen Begegnung und des Engagements im Stadtteil fördern und damit nicht nur das Zusammenleben verbessern, sondern auch Raum für neue Perspektiven sozial benachteiligter Jungen und Mädchen eröffnen.

⁷⁵ z.B. Good Practice Sport gegen Gewalt

⁷⁶ Z.B. Good Practice Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner-Seelenbinder“ in Apolda Vernetzung mit dem Jugendclub des CJD