

Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun?

Es ist sinnvoll, zunächst zu fragen, was wir unter sozialer Benachteiligung verstehen. Im Allgemeinen denkt man bei diesem Begriff an folgende zwei Aspekte: erstens soziale Ungleichheit und zweitens sozialer Ausschluss. Unter sozialer Ungleichheit verstehen wir die begrenzte Teilhabe bestimmter Bevölkerungsgruppen an zentralen gesellschaftlichen Gütern, die, weil sie als wertvoll erachtet werden, knapp sind und einem gesellschaftlichen Verteilungskampf unterliegen. Beispiele sind ein gehobenes Einkommen, ein hoher Bildungsabschluss, eine qualifizierte Berufstätigkeit oder eine privilegierte Wohnsituation und -lage. Nach zentralen Merkmalen lassen sich aus soziologischer Sicht soziale Schichten unterscheiden. Als soziale Schichten bezeichnen wir Personengruppen, welche sich hinsichtlich gesellschaftlich zentraler Statusmerkmale in einer gleichen oder vergleichbaren Lage befinden. Schichtzugehörigkeit bedeutet zum einen die Einordnung einer Personengruppe in ein System vertikaler sozialer Differenzierung, zum anderen ihre Teilhabe an gemeinschaftlichen Erfahrungen, Lebenschancen und -risiken. Sozial benachteiligte Gruppen zeichnen sich durch Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht aus. Mit dem Merkmal des sozialen Ausschlusses wird darüber hinaus beschrieben, dass diesen Personengruppen kein Zugang zu bestimmten Leistungen gewährt wird, z.B. Versorgungsleistungen im Gesundheits- oder sozialen Sicherungssystem, Teilhabe am kulturellen Angebot, Verfügen über private Transportmöglichkeiten, Zutritt zu bestimmten sozialen Kreisen etc.

Von sozialer Benachteiligung gehen ungünstige materielle und psychosoziale, insbesondere sozioemotionale Wirkungen aus, die sich in einer verminderten Lebensqualität und einer eingeschränkten Gesundheit manifestieren.

Welche Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit sind aus der sozialespidemiologischen Forschung bekannt, d.h. aus einer Forschungsrichtung, welche soziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten, aber auch auf Behandlungsmodalitäten untersucht? Hierzu lässt sich, kurz zusammengefasst, folgendes sagen:

(1) In allen entwickelten Industriegesellschaften, aus denen entsprechende Daten verfügbar

sind, zeigt sich ein sozialer Gradient von Krankheit und Frühsterblichkeit: Je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit, desto höher die Krankheitslast, desto höher die Frühsterblichkeit. Dies gilt zwar nicht für alle, jedoch für die meisten der weit verbreiteten, die Frühsterblichkeit bestimmenden Krankheitsbilder (koronare Herzkrankheiten, Lungenkarzinom, Depressionen, Suchtkrankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Unfälle u. a.).

(2) Obwohl das Krankheits- und Sterberisiko kontinuierlich zunimmt, je niedriger die Schichtzugehörigkeit ist, zeigt sich dennoch in vielen Studien eine Anhäufung (Kumulation) von Gesundheitsrisiken in der niedrigsten sozialen Schicht. Gemeint sind soziale Randgruppen, Bevölkerungsgruppen, die in sozialen Brennpunkten leben, Bevölkerungsgruppen, die von neuer Armut betroffen sind, Alkohol- und Drogenabhängige, Dauerarbeitslose, Obdachlose und ähnliche Gruppierungen in prekärer sozialer Lage.

(3) Die Kumulation von Gesundheitsrisiken in besonders benachteiligten sozialen Gruppen wird dadurch verstärkt, dass zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit ungünstige Wechselwirkungen in Form einer so genannten Abwärtsspirale bestehen. Dies bedeutet, dass nicht nur Armut vermehrt zu Krankheit führt, sondern die Krankheit ihrerseits soziale Ungleichheit und sozialen Ausschluss verstärkt.

(4) In allen entwickelten Industrieländern, aus denen entsprechende Daten vorliegen, wird eine wachsende Kluft zwischen sozial privilegierten und sozial benachteiligten Gruppen festgestellt. Mit anderen Worten: der soziale Gradient von Morbidität und Mortalität weitet sich aus, die Disparität von Lebenslagen, von Einkommensmöglichkeiten und Gestaltungschancen eines durch Wohlstand gekennzeichneten Lebens nehmen zu.

Was bedeuten diese Erkenntnisse nun im Hinblick auf das Thema dieses Beitrags, die gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen?

Zu dieser Frage gibt es umfangreiche Antworten aus der internationalen Forschung, die teilweise auch für Deutschland Gültigkeit besitzen. Allerdings ist die entsprechende sozialespidemiologische Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich wenig entwickelt, insbesondere aufgrund ausgesprochen restriktiver Bestimmungen des Datenschutzes, der ein Zusammenführen soziodemografischer, sozioökonomischer und medizinischer Informationen auf der Ebene von Individualdaten in der Regel ausschließt. Immerhin lässt die gegenwärtige Evidenz aus Studien, die in Deutschland durchgeführt werden konnten, folgende Aussagen zu:

- noch immer existiert, wenn auch auf niedrigem Niveau, ein sozialer Gradient der Säuglingssterblichkeit,
- Unfälle und Verletzungen in den ersten Lebensjahren weisen auch in Deutschland einen deutlichen sozialen Gradienten auf,
- schwere Atemwegserkrankungen, die eine Hospitalisierung erfordern, finden sich bei Kindern aus niedrigeren sozialen Schichten häufiger als bei Kindern aus höheren sozialen Schichten,
- die Chance, mit einem niedrigen Geburtsgewicht geboren zu werden, ist bei Kindern aus unteren sozialen Schichten gegenüber Kindern aus höheren Schichten deutlich erhöht – dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als niedriges Geburtsgewicht ein Risikofaktor für verschiedene Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Risiken im späteren Lebenslauf darstellt,
- in unteren sozialen Schichten ist Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen häufiger zu finden als bei Kindern aus höheren sozialen Schichten;
- bei Kindern und Jugendlichen aus niedrigen sozialen Schichten lassen sich erhöhte Kariesbefunde, d.h. eine eingeschränkte Zahngesundheit feststellen.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Rede von sozialer Benachteiligung bezüglich Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen nicht impliziert, dass alle Menschen eine gleiche oder vergleichbare Gesundheit besitzen sollen. Vielmehr ist damit gemeint, dass diejenigen, zu sozialer Ungleichheit von Gesundheit führenden Bedingungen, die vermeidbar und veränderbar sind, Gegenstand entsprechender gesundheits- und gesellschaftspolitischer Bemühungen sein sollten.

Wie lassen sich nun sozial ungleiche Gesundheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter erklären? Hierzu sind im Prinzip vier, sich wechselseitig nicht ausschließende Ansätze entwickelt worden:

Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ist das Ergebnis eines begrenzten Zugangs zu bzw. begrenzter Nutzung von Leistungen des medizinischen Versorgungssystems. Zusätzlich ist denkbar, dass auch die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit der sie in Anspruch nehmenden Personengruppen variiert. Obwohl dieser Erklärungsansatz insbesondere bezüglich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Impfschutz u. ä. durchaus von Bedeutung ist, vermag er die umfangreichen Unterschiede von Morbidität und Mortalität im Kindes- und Jugendalter nicht ausreichend zu erklären.

Gleiches gilt für einen zweiten Erklärungsansatz:

genetische Einflüsse. Es ist eher unwahrscheinlich, dass eine ungünstige genetische Disposition für bestimmte Erkrankungsrisiken nach sozialer Schichtzugehörigkeit systematisch variiert, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass die genetische Belastung in gewissem Umfang zu sozialer Abwärtsmobilität von Eltern führt, so dass deren Nachwuchs von Anfang an sozial benachteiligt ist. Insbesondere sind Interaktionen zwischen genetischen Risiken und ungünstiger sozialer Lage anzunehmen.

Der dritte und vierte Erklärungsansatz beziehen sich auf gesundheitsschädigendes Verhalten sowie auf materielle und psychosoziale Belastungsfaktoren in der Eltern-Kind-Beziehung und ihren Kontexten.

Von großer Tragweite ist das gesundheitsschädigende Verhalten von Müttern während der Schwangerschaft (Fehlernährung, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Tabletten- und Drogenkonsum). Die langfristigen ungünstigen gesundheitlichen Folgen bei dergestalt pränatal geschädigten Kindern sind mittlerweile in eindrucksvollen Studien gut dokumentiert. Ähnliches gilt für eine ungesunde, unausgewogene Nahrung des Kindes in den ersten Lebensmonaten und -jahren. Seine besondere Bedeutung erhält gesundheitsschädigendes Verhalten später im Laufe der Adoleszenz (s. u.). Hier überall lässt sich ein sozialer Schichtgradient feststellen: je niedriger die Schichtzugehörigkeit, insbesondere je niedriger das Bildungsniveau der Eltern, desto höher das Risiko gesundheitsschädigender Verhaltensweisen.

Ein bevölkerungsmedizinisch wichtiges Beispiel hierfür bildet das Übergewicht heranwachsender Kinder. Eine große Zahl von Studien weist bereits bei fünf- bis siebenjährigen Kindern einen sozialen Schichtgradienten des Körpergewichts auf. Er ist interessanterweise umso stärker ausgeprägt, je mehr auch die Eltern übergewichtig sind. Eine Schuleingangsuntersuchung in westdeutschen Großstädten hat beispielsweise festgestellt, dass zwischen 17 und 20 Prozent der Unterschichtkinder übergewichtig sind, während es nur 15 Prozent in sozialen Mittelschichten und lediglich zwischen 10 und 12 Prozent in besser gestellten sozialen Schichten sind. Diese Zusammenhänge sind von Bedeutung, da in den nachfolgenden 30 bis 40 Jahren Personen mit Übergewicht ein sehr deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, an chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck zu leiden.

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen von Eltern kleiner Kinder bilden sich häufig als Reaktion auf erlebte soziale Benachteiligung, materielle Not und psychosoziale Belastungen heraus. Sie stellen erreichbare kleine Beloh-

nungen in einer ansonsten häufig durch Sorgen, Kummer und Entbehrungen gekennzeichneten Lage dar. Diese materiellen und psychosozialen Belastungen wirken ihrerseits auf die Gesundheit der Kinder, z.B. in Form erhöhter Verletzungs- und Unfallgefahren, aber auch in Form von Gewalterfahrungen in der Familie und psychischer Traumatisierung. Schichtspezifische Sozialisationsstile bereiten Kinder aus sozial benachteiligten Familien weniger wirkungsvoll auf die Bewältigung von Herausforderungen im späteren Leben vor und erzeugen damit mehr Versagensgefühle und resignative Haltungen. Stark ausgeprägte Autonomie, Selbstwirksamkeitsgefühle und positives Selbstwerterleben finden sich bei sozial benachteiligten Kindern seltener als bei Gleichaltrigen aus privilegierten sozialen Kreisen.

Wie frühzeitig diesbezügliche Weichenstellungen erfolgen, haben Ergebnisse der so genannten Bindungsforschung eindrucksvoll belegt. Danach ist die emotionale Bindungssicherheit, welche sich in den ersten Lebensmonaten zwischen Mutter (bzw. Bezugsperson) und Kind herstellt, eine wesentliche Bedingung gesunder psychischer Entwicklung. Über sie werden die Affekte des Kindes reguliert, die das psychische Erleben steuern. Eine einfühlsame Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter hat sich als die entscheidende Determinante der Bindungssicherheit herausgestellt. Diese ist ihrerseits nicht nur von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen der Mutter, sondern auch vom sozioemotionalen Klima abhängig. Mütter, die keinen sozialen Rückhalt in ihrer Rolle erhalten oder deren Lebenssituation in starkem Maße fremdbestimmt ist, sei es durch materielle Not oder durch Unterdrückung, sind weniger gut in der Lage, dem Kind emotionale Bindungssicherheit zu geben. Soziale Benachteiligung wirkt sich über diese Prozesse langfristig auf ein vermindertes Wohlbefinden und eine geringere Gesundheit der Kinder aus. Als besondere Risikogruppen sind junge Mütter mit ungewollter Frühschwangerschaft und alleinstehende Mütter in wirtschaftlich und sozial prekärer Lage zu bezeichnen. Wie bereits betont, sind diese Erklärungsansätze nicht isoliert zu betrachten, sondern ergänzen sich wechselseitig. Durch eine Kumulation ungünstiger Bedingungen in bestimmten sozialen Gruppen kann das Erkrankungsrisiko disproportional ansteigen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Was können wir tun, um die Gefährdung der Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu verringern? Abschließend sollen sechs Handlungsfelder kurz skizziert werden:

(1) Schwangerschaft und frühe Kindheit: Hier

geht es darum, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und die gezielte Gesundheitsberatung schwangerer Frauen, die sozial benachteiligt sind, ebenso wie aufsuchende Dienste (z.B. über so genannte Familienhebammen) zu intensivieren. Eine weitere Maßnahme betrifft den verbesserten Impfschutz. Schließlich ist dafür zu sorgen, dass sozial benachteiligte Schwangere und junge Mütter durch finanzielle Hilfen soweit entlastet werden, dass sie ihre Kinder gut betreuen können. Hierzu gehören auch Angebote zu gesundheitsförderlicher Säuglingsnahrung. Weithin fehlen Angebote von Krippenplätzen mit guter Betreuung, die es den Müttern ermöglichen würden, Erwerbsrolle und Mutterrolle auf eine Weise zu verbinden, welche objektive Benachteiligungen der Betreuung ebenso wie psychische Belastungen (Schuldgefühle) bei Müttern verringern. Wie weit über diese Maßnahmen hinaus die Einführung von Programmen des „successful parenting“ bei sozialen Risikogruppen angezeigt ist, wie sie beispielsweise in Kanada mit ermutigenden Erfolgen durchgeführt werden, wird gegenwärtig kontrovers diskutiert. Es stellt sich die Frage, in welchem Umfang öffentliche Interventionen in den privaten Schutzraum der Familie bzw. der frühen Eltern-Kind-Beziehung eindringen sollen.

(2) Prävention von Unfällen und Verletzungen: Zur Verringerung des Unfallgeschehens sind regionale und nationale Allianzen zur Unfallprävention zu gründen. Verkehrs- und Stadtplanung sollten gezielt verbessert werden. Technische Maßnahmen zur Verringerung von Unfall- und Verletzungsrisiken (z.B. bei Geräten auf Spielplätzen) sind zu optimieren. Kinderärzt/innen und Lehrer/innen kommen wichtige Aufgaben bei der Erziehung und Beratung sowohl bei Eltern wie auch bei Kindern zu. Aufsuchende Dienste, wie sie mit Erfolg in sozial benachteiligten Stadtteilen Großbritanniens etabliert worden sind („health visitors“), sind als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes denkbar. Untersuchungen haben gezeigt, dass sozial benachteiligte Kinder nicht nur wegen der Exposition in verkehrsreichen Wohngebieten, sondern zusätzlich aufgrund defizitärer Aufmerksamkeit verunfallen. Aufmerksamkeitstraining und Bewegungsschulung im Kindergarten und im frühen Schulalter stellen daher wichtige flankierende Maßnahmen dar. Angesichts zunehmender physischer Gewalt im Schul- und Freizeitbereich Heranwachsender, die sich wiederum sozial ungleich verteilt, ist die Durchführung von Anti-Gewalt-Programmen als präventive Maßnahme von wachsender Bedeutung.

(3) Früherkennung von Störungen und Erkrankungsrisiken im Vorschul- und Schulalter: Zu

diesem Maßnahmenbündel zählt eine Verbesserung von Screening-Aktivitäten, z.B. anlässlich der Schuleingangsuntersuchungen. Hierbei geht es darum, Entwicklungsstörungen ebenso wie Risikofaktoren chronischer Erkrankungen (z.B. Übergewicht) frühzeitig zu entdecken und durch gezielte Präventionsmaßnahmen zu verringern. Zu diesen Maßnahmen gehören u. a. Frühförderung und kompensatorisches Training. Gesundheitsförderungsprogramme in Kindergärten, Grund- und Hauptschulen, die beispielsweise durch zielgruppenspezifische Freizeit- und Gesundheitssportangebote bereichert werden, stellen einen weiteren Ansatz dar, sozial benachteiligten Gruppen Chancen der Gesundheitsförderung zu eröffnen. Untersuchungen zu psychosozialen Determinanten frühen Suchtmittelkonsums haben gezeigt, dass soziale Kompetenzdefizite hierbei eine wichtige Rolle spielen (z.B. Konformität mit dem Druck der peer group). Soziales Kompetenztraining in der vulnerablen Frühphase der Adoleszenz ist daher ein wichtiger Bestandteil von Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen. Diese verhaltensbezogenen Maßnahmen sollten allerdings ergänzt werden um verhältnispräventive Regelungen, die den Zugang zu Suchtmitteln eingrenzen (z.B. Verbot von Zigarettenautomaten in Schulen oder Schulumnähe, Preispolitik bei Zigaretten und alkoholischen Getränken etc.).

(4) Verstärkung des Setting-Ansatzes: Die verstärkte Koordinierung von Gesundheits- und Sozialdiensten, mithin die Entwicklung einer intersektoralen kommunalen Gesundheitspolitik stellt in diesem Bereich eine vordringliche Maßnahme dar. Hierzu bedarf es neuer gesetzlicher Regelungen und der Schaffung neuer Institutionen, wie sie beispielsweise in Form kommunaler Gesundheitskonferenzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen geschaffen worden sind. Darüber hinaus sind Verbesserungen der Wohnqualität bzw. der Infrastruktur familialen Zusammenlebens sowie ein Abbau der Jugendarbeitslosigkeit bei Heranwachsenden in sozialen Brennpunkten, zumindest die Einrichtung von Angeboten der Bürgerarbeit und der Freizeitgestaltung wünschenswert. Solchen Projekten in sozialen Brennpunkten bzw. in benachteiligten Stadtteilen stehen viele Schwierigkeiten entgegen. Umso wichtiger ist die Erkenntnis, dass sie nur dann erfolgreich sein können, wenn eine kooperative Planungsstrategie verfolgt wird, bei welcher den Beteiligten Möglichkeiten der Mitsprache und des persönlichen Einflusses gewährt werden. Auch ist dafür Sorge zu tragen, dass integrierte Finanzierungskonzepte vorliegen, welche den Beteiligten durch Zielvereinbarung eine bestimmte Planungssicher-

heit geben. Schließlich ist eine bessere Ausstattung, Bezahlung und Wertschätzung der professionellen Dienstleister (Sozialarbeiter/innen, Erzieher/innen etc.) zu gewähren, so dass die gesellschaftliche Bedeutung dieser Arbeit angemessen sichtbar gemacht wird.

(5) Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis: Eine der grundlegenden Voraussetzungen für zielgerichtete Maßnahmen zur Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen bildet die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene. Erst in den letzten Jahren ist in Deutschland in dieser Hinsicht Entwicklungsarbeit geleistet worden, die allerdings trotz der bestehenden Hindernisse durch Datenschutzregelungen weiter optimiert werden muss. Noch immer gibt es keine klaren Kompetenzregelungen bezüglich der Durchführung der Gesundheitsberichterstattung und der daraus abzuleitenden Konsequenzen. Qualitätsstandards von Datenerhebung und -auswertung sind weiter zu entwickeln, ebenso ist die Ursachenforschung bei der Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken zu intensivieren.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis bezieht sich auf die Begleitforschung zu Modellprojekten, darüber hinaus aber auch zu regulären Interventionsprojekten. Erst wenn die Erfolgs- und Misserfolgsbedingungen solcher Projekte genauer identifiziert worden sind, erst wenn die Wirkungen, die einem solchen Programm zuzuschreiben sind, nachgewiesen worden sind, lassen sich zukunftsweisende Maßnahmen der Implementierung und der Verbreitung von Modellen realisieren. Der wissenschaftlichen Evaluationsforschung kommt daher eine wichtige Schrittmacherfunktion im Spannungsfeld zwischen Forschung und gesundheitspolitischer Praxis zu. Schließlich ist es wünschenswert, wissenschaftliche Expertisen in vermehrtem Maße in die Erarbeitung von Dokumenten, insbesondere Gutachten, einfließen zu lassen, die zur Vorbereitung und Rechtfertigung politischer Entscheidungen benötigt werden. Dass darüber hinaus die Öffentlichkeits- und Fortbildungsarbeit durch eine intensivierte Zusammenarbeit zwischen den in der Forschung und den in der Praxis Tätigen intensiviert werden sollte, versteht sich von selbst.

(6) Politische Initiativen: Wie kann das Gewicht einer Gesundheitspolitik verstärkt werden, die sich für eine Verbesserung der Chancengleichheit bei der Gesundheit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher einsetzt? Einen wichtigen Schritt in diese Richtung kann das Instrument der Gesundheitsziele bilden. Durch Festlegung von Gesundheitszielen, sei es auf na-

tionaler oder regionaler Ebene, werden Prioritäten der Ressourcen-Verteilung und der Programmgestaltung gesetzt. Wenn es gelingen sollte, die Verringerung sozialer Ungleichheiten von Morbidität und Mortalität zu einem vorrangigen Gesundheitsziel zu erklären, wie dies beispielsweise in Großbritannien vor einigen Jahren geschehen ist oder wie dies neuerdings in einer EntschlieÙung der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalens der Fall war, dann wäre eine wirkungsvolle Ausgangsbasis für gesundheits- und gesellschaftspolitische Initiativen in diesem Bereich geschaffen. Absichtserklärungen, Empfehlungen und Beschlüsse auf der Ebene parteipolitischer Programme oder ministerieller Vereinbarungen allein reichen jedoch nicht aus, vielmehr bedürfen sie der Ergänzung durch Aktionsprogramme und Interessengruppierung von Seiten der Basis, d.h. von Bürgervereinen und -initiativen, Nicht-Regierungsorganisationen etc. Auch kommt den Medien mit einer qualitätsgesicherten Berichterstattung eine wichtige Rolle in einem solchen Prozess der Aktivierung zu. Wie weit allerdings eine dergestalt entwickelte Basisarbeit den mächtigen, alle entwickelten Wohlfahrtsstaaten berührenden Trend zunehmender öffentlicher Armut bei gleichzeitig zunehmendem, allerdings disparat verteiltem privaten Reichtum entgegenwirken kann, muss gegenwärtig eine offene Frage bleiben.