

Gisela Bill

## Projekt: Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten

### Kinderarmut und Gesundheit

Eine immer wieder gestellte Frage lautet: Macht Armut krank, oder führt Krankheit zu Armut? Anhand der Auswertung des sozio-ökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) ergab eine Studie der Universität Marburg zu Armutslebensläufen in Deutschland, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (Selektionseffekt), d.h. chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko von Armut. Dagegen gibt es bei Kindern Hinweise auf einen Kausationseffekt, d.h. wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Im Zusammenhang mit der Armutsentwicklung in Deutschland spricht man mittlerweile auch von einer Infantilisierung bzw. Familiasierung von Armut. Dass sich die sozio-ökonomische Lage und die fehlende Ausstattung mit finanziellen Ressourcen auch auf die Gesundheit auswirkt, wissen wir seit geraumer Zeit. Gerade für Kinder und Jugendliche trifft dies in verstärktem Maße zu.

### Projektbeschreibung und Zielsetzung: Sozialer Brennpunkt Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“

#### Ausgangssituation/Lage:

Die Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“ besteht aus insgesamt fünf Mehrfamilienhäusern mit einer Geschosshöhe von vier Stockwerken. Die Häuser liegen abseits „normaler“ Wohngebiete in einem Industriegebiet. Begrenzt wird das Wohngebiet durch zwei stark befahrene Eisenbahnlinien, einer schnellstraßenähnlichen Hochtangente sowie einer stark frequentierten Straße. Des Weiteren liegt in unmittelbarer Nähe das städtische Tierheim. Aufgrund der Lage sind die Bewohner/innen der Obdachlosensiedlung einer erheblichen Umweltbelastung (u.a. Autos, Eisenbahn, Industrieanlagen) sowie Lärmbelastung (Verkehr, Tierheim), gerade auch nachts, ausgesetzt.

#### Wohnraumsituation:

Es sind insgesamt

- 33 x 1-Raum-Wohnungen, teilweise mit WC (8,45-12,3 qm),
- 34 x 2-Raum-Wohnungen (36,4qm),
- 31 x 3-Raum-Wohnungen (45,4-51,65 qm) sowie
- 33 x 4-Raum-Wohnungen (69,5-72,5 qm).

Die Einzelzimmer ohne Toilette erhalten aus-

schließlich Großfamilien als zusätzlichen Wohnraum. Es handelt sich bei allen Wohnungen um Einfachstwohnungen mit kleinen integrierten Kochnischen, ohne Bad/Dusche. In den Kellern stehen Sammelduschen zur Verfügung (pro Stockwerk eine Dusche).

#### Sonstige Einrichtungen:

In einem der Wohngebäude ist eine Kindertagesstätte (Kindergarten und Hort) unter städtischer Trägerschaft untergebracht. Weiterhin stehen Räumlichkeiten für den Allgemeinen Sozialdienst der Stadt Mainz zur Verfügung (Büro, Besprechungszimmer, Mädchenraum).

#### Einwohner/innenzahl und -struktur:

Im Februar 2003 lebten 310 Menschen in der Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“. 115 Personen waren ausländischer Herkunft. 16 Personen waren alleinerziehende Elternteile, häufig mit mehreren Kindern (teilweise mit bis zu 8 Kindern). Insgesamt lebten zu diesem Zeitpunkt in den Notunterkünften 75 Kinder unter 14 Jahren, 30 im Alter von 14 bis 18 Jahren und 17 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 21 Jahren.

#### Vorhandene bzw. angestrebte Kooperationspartner:

Kommune (Jugend- und Sozialamt), Gesundheitsamt, Land Rheinland-Pfalz, Bezirksärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, niedergelassene Ärzte in der Nähe des sozialen Brennpunktes, Betroffeneninitiativen, Initiativen im Wohnungslosenbereich, Tafel-Projekte, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Sportvereine, Sportbund usw.

#### Konzeptionelle Überlegungen:

Die geplanten Angebote müssen „vor Ort“ innerhalb des sozialen Brennpunktes sein, dazu ist Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Kooperationspartner und den Bewohner/innen nötig. Vorhandene institutionelle und individuelle Ressourcen sollen unbedingt genutzt werden. Bei den Initiativen und Projekten müssen geschlechtsspezifische und interkulturelle Aspekte berücksichtigt werden.

## Gesundheitspräventionsmodule

### 1. Ernährung

#### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Die entscheidende Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung für die kindliche Entwicklung ist allgemein bekannt. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde, diesen Kontext betreffend, deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen, die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobachten

ten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet. Zahlreiche Ernährungswissenschaftler/innen weisen darauf hin, dass die materiellen Ressourcen z. B. von Sozialhilfeempfänger/innen eine ausreichende und ausgewogene Ernährung entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung als fast unmöglich erscheinen lassen.

Kennzeichen der Mangel- und Fehlernährung ist eine fettreiche und vitaminarme Kost, zusätzlich ist der Kohlenhydrat- und der Obstanteil geringer als im Bevölkerungsdurchschnitt. (Klocke/Hurrelmann et al. 1994). 16 Prozent der armen Kinder kommen hungrig in die Kindertagesstätte (AWO 2000).

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Ernährungsberatung (gemeinsames Kochen, Elternberatung, Ressourcen nutzen)
- Ernährungsergänzung in der Kita (Anlieferung von frischem Obst, Gemüse, Milchprodukte, Ballaststoffe, Müsli usw.)

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

Initiative „Tafel“, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsamt

## 2. Bewegung

**a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:**

Neben einer unausgewogenen Ernährung kann man bei sozial benachteiligten Kindern auch Bewegungsmangel feststellen. Zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten besteht eine positive Beziehung. Mit dem Lisrel-Modell (Lisrel = linear structural relationship) können Korrelationen zwischen Formen der psychosozialen Belastung und allgemeinem subjektivem Gesundheitsstatus dargestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen aus unteren Sozialschichten finden sich einerseits eine geringere sportliche Betätigung und andererseits eine hohe Quote an psychosomatischen Beschwerden. Zudem fällt das Selbstwertgefühl betroffener Kinder und Jugendlicher deutlich niedriger aus im Vergleich zu Kindern aus höheren sozialen Schichten. Es lässt sich zwar keine lineare Beziehung zwischen dem Grad der sportlichen Aktivität und dem Ausmaß psychosomatischer Beschwerden verifizieren, da in diesen frühen Lebensphasen die im Erwachsenenalter zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen erst geprägt werden. Es kann dennoch die Hypothese aufgestellt werden, dass die kompensatorische und entlastende Wirkung sportlicher Betätigung im Hinblick auf Stressbewältigung und Gesundheitsprävention im späteren Alltag bei den be-

troffenen Kindern seltener angewandt wird.

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

Anschaffung von Sportartikeln (u.a. Fußball, Tischtennis, Federball), Sport- und Freizeitangebote innerhalb und außerhalb der Siedlung

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

Sportgeschäfte als Sponsoren, Sportjugend Rheinland-Pfalz, Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

## 3. Entspannung und Ruheinseln versus Gewalt

**a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:**

Verschiedene Studien (die sog. Bielefelder Studie und eine Untersuchung des kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen; Wetzels 1997) zeigen einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation der Familien und Gewaltanwendungen gegenüber den Kindern auf. So beträgt die Quote gravierender Gewaltanwendung durch die Eltern in Familien, die Sozialhilfe beziehen bzw. von Arbeitslosigkeit betroffen sind, 24 Prozent, während sie in anderen Familien bei 14,6 Prozent liegt (Pfeifer 1998). Hier ist einerseits eine problemorientierte Thematisierung von Gewalt innerhalb der Familie unter Berücksichtigung des Lebenskontextes notwendig. Andererseits müssen Kinder und Jugendliche stärker vor Gewalt geschützt werden. Dies bedeutet Auf- und Ausbau betroffenenzentrierter Hilfsangebote und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen. Auch ist eine Vernetzung medizinischer und sozialpädagogischer Dienstleistungen dringend erforderlich.

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Einrichtung von Ruheinseln, Ruheräume u.a. in der Kita, in den Wohnblöcken
- Einrichtung von Snoezelen-Räumen (ein heilpädagogisches Konzept, das mit visuellen, akustischen, taktilen, olfaktorischen Reizen arbeitet)
- Informationsveranstaltungen zum Thema Gewalt und Gewaltprävention
- Entspannungsverfahren (z. B. Autogenes Training)

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

Polizei, Tm (= therapeutische Medien, ein privater Anbieter von Entspannungsmedien), Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen

## 4. Umwelt

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Kinder aus sozial unterprivilegierten Verhältnissen sind häufiger an Unfällen, speziell Verkehrsunfällen beteiligt. So kam eine Einschulungsuntersuchung in Brandenburg zu dem Ergebnis, dass 15 bis 20 Prozent aller Kinder bis zu ihrer Einschulung an einem Unfall beteiligt waren, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verbrühungs- und Verkehrsunfällen doppelt so häufig betroffen waren wie Kinder aus Familien mit einem höheren sozialen Status.

Unfälle mit tödlichem Ausgang findet man ebenfalls häufiger bei von Armut betroffenen Kindern. Diese erhöhte Quote ist u.a. auf die Wohnverhältnisse sowie auf das Wohngebiet zurückzuführen (verkehrsreiche Wohngebiete, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel, weite Wege zu Schule und Sportstätten). (Bielikt 1996, Böhm/Kuhn 2000).

### b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Bepflanzungen innerhalb der Siedlung,
- Pflanzen innerhalb der Kita-Einrichtung,
- Luftbelastungsmessungen (Bahn, Autobahn, Industriegebiet),
- Sicherung der Gehwege, Zebrastreifen, sichern von „Kinderwegen“.

### c) Etwaige Kooperationspartner:

Sozial- und Ordnungsamt sowie Gesundheitsamt, Gärtnereien, Universität Mainz

## 5. Impfungen

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen, so wie sie derzeit in Deutschland hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen nur unzureichend wahrgenommen. So ergab eine Studie des Gesundheitsamtes Göttingen, dass bei 30 Prozent der Kinder von arbeitslosen Eltern (Arbeitslosigkeit korreliert in starkem Maße mit Einkommensarmut) ein unzureichender Impfschutz vorlag, zudem wurden Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen (Krauss 1998).

Die Impfraten bei Masern und Mumps waren laut einer Schuleingangsuntersuchung der Stadt Braunschweig signifikant schlechter bei Kindern arbeitsloser oder alleinerziehender Eltern (Schubert 1996). Diese Ergebnisse wurden innerhalb regionaler Untersuchungen aus anderen Großstädten (z. B. Hamburg) bestätigt (Zimmermann/Brandt 1996). Eine Studie in Brandenburg ergab, dass Kinder aus sozial

schwachen Familien deutlich seltener gegen Hämophilus B geimpft sind.

### b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Impfmöglichkeiten für Kinder und Erwachsene vor Ort (u.a. geschlechtsspezifischer Aspekt bei Mädchen, z. B. Rötelpfung)
- Impfberatungen
- Speziell für Jugendliche Beratung über Hepatitis B-Impfmöglichkeit mit Sexualaufklärung bzw. Informationen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (Hepatitis B und C, Aids usw.)

### c) Etwaige Kooperationspartner:

Sozialamt (Gesundheitsamt), niedergelassene Ärzte/innen der näheren Umgebung, Universitätsklinikum Mainz (Institut für Mikrobiologie und Hygiene), Pharmaindustrie (als Sponsoren), Drogenberatungsstelle (Die Brücke, Cafe Balance), Aidsberatungsstelle, Pro Familia, Krankenkassen

## 6. Gesundheitsinformation

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Aus der Pränatalforschung ist bekannt, dass sich die sozialen Verhältnisse und die Lebensbedingungen der Eltern, speziell der werdenden Mutter, auf die Gesundheit des sich im Mutterleib befindlichen Embryos auswirken. Die Lebensweise und das Risikoverhalten der Eltern spielt hierbei eine wichtige Rolle. Dass sich Alkohol- und Zigarettenkonsum negativ auf die embryonale Entwicklung auswirkt bzw. dass es zu entsprechenden organischen Schädigungen kommen kann, ist genügend erforscht worden. Die Alkoholembryopathie kann diesbezüglich exemplarisch hervorgehoben werden. Das Risikoverhalten der Eltern bzw. der werdenden Mutter sollte im sozialen Lebenskontext gesehen werden und darf nicht ohne diese Form der Reflektion individualisiert werden.

Im Zusammenhang mit Schmerzsymptomen (Kopfschmerzen), die häufig von Kindern benannt werden, muss auch die Einnahme von Arzneimitteln problematisiert werden. So trägt, nach einer Studie der Barmer Ersatzkasse (Glaeske, 1999) der Medikamentenkonsum aufgrund von Kopfschmerzen bei Schülerinnen bis zu 40 Prozent, während er bei Schülern zwischen 15 bis 20 Prozent liegt. Verschiedene Untersuchungen belegen übereinstimmend, dass die Selbstmedikation bei Kopfschmerzen die häufigste Ursache für einen unkontrollierten Medikamentenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen darstellt. Zusätzlich ist der Zigaretten- und Alkoholkonsumanteil bei Schüler/

innen mit häufig auftretenden Kopfschmerzen signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen, die eine geringere Kopfschmerzquote aufweisen.

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Regelmäßige Informationsveranstaltungen zu speziellen medizinischen Themen (Ernährung, Zigarettenrauchen, Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, parasitäre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen)
- Info-Veranstaltungen zu den Themen Sucht/ Suchtgefahren (legale und illegale Drogen)
- Beratungen zu Krankenkassenleistungen und -ansprüchen

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

Pro Familia, Drogenberatungsstellen, Aids-Hilfe, Ärzte/innen, Krankenkassen, BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Fachforum: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“, Elterninformationen im gelben Untersuchungsheft (teilweise auch in Fremdsprachen) sowie Bewerbung der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9

## 7. Gesundheitserziehung

**a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:**

Ich zitiere hier die Feststellung und Forderungen der Niedersächsischen Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit (2002):

*Bildung ist mehr als Schulbildung, und die notwendigen Grundlagen für den Bildungserwerb werden bereits früh gelegt. Sie müssen kontinuierlich überprüft und an die gesellschaftliche Entwicklung angepasst werden, die sich Privatisierungs- und Deregulierungstendenzen entgegenstellt. Eine Vernachlässigung dieser Bemühungen führt andernfalls sowohl zu auffallender Ungleichheit von Bildungschancen für Kinder und Jugendliche, wie auch zu ungleichen Gesundheitschancen mit einem erheblich höheren Erkrankungs- und Sterberisiko. Im Gesundheitsbericht für Deutschland wird dem Bildungsstatus unter den Risikomerkmalen der sozialen Lage ein besonderes Gewicht zugewiesen und der Einfluss des Bildungsniveaus auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ausdrücklich betont. Umgekehrt gilt, dass gesundheitsfördernde Schulprojekte positive Auswirkungen auf Klassen- und Schulklima, wie auch auf Leistungsbereitschaft und -erfolg aller schulischen Akteure haben.*

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule (Konzept u.a. MediPäds – Ärzte und

Lehrer als Team, Projekt Klasse 2000,

- Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Grundschulen; CSH-Modell (Coordinated School Health/USA).

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

Kindertagesstätte, Lehrer/innen aus der Grund- und Hauptschule, Drogenberatungsstellen, Ärzte/innen, Krankenkassen

**Beispiel Kooperationspartner Krankenkasse**

Die Krankenkassen sind gemäß §20 Abs. 1 SGB V (GKV-Gesundheitsreformgesetz) zur Primärprävention verpflichtet.

§20 Abs. 1 SGB V : „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

Es wurden von den Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder für die Primärprävention benannt:

1. Bewegungsgewohnheiten
2. Ernährung
3. Stressreduktion/Entspannung
4. Genuss- und Suchtmittelkonsum

**Zitat aus dem Leitfaden der Krankenkassen:**

*Damit nicht eine stark mittelschichtspezifische Inanspruchnahme erfolgt, sind Leistungsangebote mit zielgruppenspezifischen Zugangswegen zu konzipieren – ggf. im Sinne „aufsuchender“ Programme.*

**Schlussbemerkung:**

Das Fazit der vom Bundesministerium für Gesundheit 1997 in Auftrag gegebenen Expertise „Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ lautet: „... dass ungünstige sozioökonomische und soziokulturelle Lebensumstände der Eltern, verbunden mit gesundheitsschädigendem Verhalten [...] und schwachen bzw. defizitären sozialen Ressourcen von maßgeblicher Bedeutung für eine erhöhte postnatale Mortalität (vor allem durch Unfälle und Verletzungen) sowie für das häufigere Auftreten schwerer chronischer Erkrankungen im Kindesalter sind.“ (Siegrist 1997)