

KOMPAKT

Januar 2009

SPEZIAL

Impulse und Informationen der Abteilung Tageseinrichtungen für Kinder im Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

KOMPAKT auch online lesen unter
www.katholische-kindergaerten.de

Gesundheit von Kindern und Familien

Szenarien zwischen Überernährung,
Bewegungsmangel, Verwahrlosung,
Körperkult und Leistungsgesellschaft



Dokumentation der Fachtagung
vom 25. November 2008
im Maternushaus, Köln

 **Kinder
sind uns
wichtig**

Tageseinrichtungen für Kinder im Erzbistum Köln



Vorwort	3
Gesund aufwachsen	7
Was Kinder essen und was Sie essen sollten – Kinderernährung zwischen Wunsch und Wirklichkeit.....	11
Seelische Gesundheit – die neuen Kinderkrankheiten.....	14
Ausgegrenzt und abgeschrieben – Armut und Gesundheit	17
„Ich geh’ zur U! Und Du?“ Zusammenfassung der BZgA-Aktion	26
Kindeswohlgefährdung – einige Voraussetzungen für eine sinnvolle Beziehungsarbeit	29
Übergewicht im Kindes- und Jugendalter – Erfahrungen der Kieler Adipositas-Päventionsstudie (KOPS)	31
Spielend gesund – Psychomotorik als Beitrag zur Kindergesundheit	34
Ratlos im Dschungel der Ratgeber? – Was leistet Elternbildung rund um die Gesundheit? /1	37
Ratlos im Dschungel der Ratgeber? /2	38
Wir müssen mal miteinander reden ... Gewagte Elterngespräche.....	40
Das Projekt „Caritasnetzwerk Frühe Hilfen“	44
Impressionen einer feurigen Aufführung.....	46
Fit von klein auf	48

Impressum

Herausgeber

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.
Abteilung
Tageseinrichtungen für Kinder
Georgstr. 7, 50676 Köln
Tel.: 0221/2010-272
Fax: 0221/2010-395
E-Mail: markus.linden-luetzenkirchen
@caritasnet.de

Redaktion

Markus Linden-Lützenkirchen

Verantwortlich

Matthias Vornweg

Layout und Satz

Alexander Schmid Grafikproduktion
Titelfoto: pixelio.de
Fotos Innenteil: Steffen, Ingram, Caritas,
pixelio.de

10 Euro Schutzgebühr

Liebe Leserin,
Lieber Leser,

Zuwendung, Liebe und Aufmerksamkeit sind eine Grundvoraussetzung dafür, dass sich ein Kind gesund und altersgemäß entwickeln kann. Pädagogische Fachkräfte, Kursleiterinnen oder Tagesbetreuungspersonen begleiten Kinder bei ihrer Entwicklung und leisten präventive Arbeit durch gesundheitliche Bildung. Die Beschreibung der Betreuung, Erziehung und Bildung des Kindes nach SGB VIII weist ausdrücklich hin auf die Förderung der Entwicklung eines Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit in Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege.

Ergänzend dazu bezeichnet der 12. Kinder- und Jugendbericht die Gesundheit von Kindern im Sinne eines umfassenden Wohlbefindens als wichtige Ressource für gelingende Entwicklungs- und Bildungsprozesse. Gerade in den ersten Lebensjahren werden die Grundlagen für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Gewohnheiten gelegt.

Für die Gesundheit von Kindern spielt die Erfahrung mit dem eigenen Körper genauso eine wichtige Rolle wie die Balance von Aktivität und Erholung, das Kennenlernen von Lebensmitteln und Esskultur, das Zähneputzen oder Sauberwerden, der Umgang mit Erfolgserlebnissen und Frustration sowie das Schließen von Freundschaften.

Gesundheitliche Bildung im Kleinkindalter geht über die reine Wissensvermittlung hinaus. Sie bedeutet vielmehr ein ganzheitliches Lernen mit Hand (erfahren), Herz (spüren) und Verstand (verstehen).

Dazu brauchen Kinder Gelegenheiten, um Erfahrungen mit gesundheitsförderlichem und -riskantem Verhalten zu sammeln sowie andere Menschen (Kinder und Erwachsene), die sie bei diesen „Probelaufen“ begleiten und unterstützen.

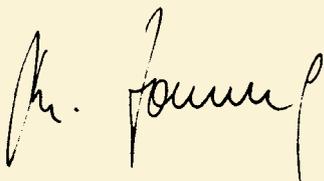
Diese Publikation hat das Ziel, interessierten Fachkräften aktuelle Kenntnisse der ganzheitlichen Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsentwicklung bei Kindern im Alter von 0 - 6 Jahren zu vermitteln und Informationsportale zu eröffnen. Die vielfältigen Beiträge präsentieren konkrete Projekte, Erfahrungen und Materialien.

Sie als Leserin und Leser sollen ermutigt werden, die Gesundheitsförderung als ganzheitlichen Auftrag aller Erziehungs- und Betreuungseinrichtungen stärker in den Blick zu nehmen und insbesondere präventive Akzente zu setzen. Gesundheitliche Bildung und Gesundheitsförderung soll in der Kindertagesbetreuung nicht nur auf einzelne Projekte und Aktionstage beschränkt bleiben.

Diese inhaltliche Positionierung wird im Erzbistum Köln ausdrücklich unterstützt. In Entsprechung dazu wird auch in der Erwachsenen- und Familienbildung dem Thema Gesundheit von Familien und ihren Kindern besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Daher haben wir Tagung und Dokumentation ganz bewusst gemeinsam mit den Verantwortlichen der Familienbildung im Erzbistum Köln konzipiert und inhaltlich verantwortet.

Ein ganz besonderer Dank gilt auch den Referentinnen und Referenten der Fachtagung, die es ermöglicht haben, diese umfangreiche Dokumentation zu erstellen.

Ihr



Matthias Vornweg
Leiter der Abteilung Tageseinrichtungen für Kinder

Gesund groß werden



Fast alle Staaten unserer Erde haben sich zur Einhaltung und Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet – auch die Bundesrepublik Deutschland. Sie haben „... das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit ...“ anerkannt und zugesagt, sich zu bemühen, „... dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.“ (vgl. Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention) Kinder haben ein Recht darauf, ihre Talente zu entfalten und als eigenständige und gemeinschaftsfähige Persönlichkeiten ihren Lebensweg zu gehen. Wie gut ihnen das gelingt, hängt eng mit ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zusammen.

Gesundheit hängt von der sozialen Herkunft ab

In Deutschland hat sich die Gesundheit von Kindern in den letzten Jahrzehnten verbessert. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür ist der Rückgang der Kindersterblichkeit. Gleichzeitig nimmt jedoch die

Zahl der Kinder mit chronischen Erkrankungen wie Asthma oder Allergien zu. Viele Kinder leiden unter Bronchitis, Neurodermitis oder Heuschnupfen. Auch psychische Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter sind auf dem Vormarsch; dazu gehören Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme und Hyperaktivität. Eine belastende familiäre Situation und ein niedriger sozioökonomischer Status gelten als wichtigste Risikofaktoren.

Von den insgesamt verbesserten gesundheitlichen Verhältnissen profitieren also längst nicht alle Kinder. Inzwischen ist eindrucksvoll belegt, dass gesundes Aufwachsen von Kindern hierzulande massiv von der sozialen Herkunft abhängt. Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind deutlich häufiger von Entwicklungsdefiziten und frühen Gesundheitsstörungen, von Unfallverletzungen, umweltbedingten Erkrankungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. Das Robert-Koch-Institut kommt in seiner bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KIGGS) zu dem Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche aus sog. „niedrigen Statusgruppen“ zweimal seltener einen sehr

guten Gesundheitszustand aufweisen als Kinder aus sog. „hohen Statusgruppen“.

Prävention beginnt im Kindesalter

Die Förderung und die Erhaltung der körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind von zentraler Bedeutung für ihre Entwicklungschancen, ihre langfristige Leistungs- und Handlungsfähigkeit und ihre Lebensqualität. Kinder und Jugendliche, die unter ungünstigen Lebensumständen aufwachsen, müssen demnach zu den wichtigsten Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland gehören.

Effektive Prävention verhütet Krankheiten und deren Folgeschäden. Schon in der Schwangerschaft und im Kindesalter werden die Grundlagen für die langfristige Gesundheit bis ins hohe Alter gelegt. Gesundheitsrelevante Veränderungen des Lebensstils lassen sich bei Kindern und jungen Familien eher erreichen als bei älteren Menschen. Deshalb ist es wichtig, jedem Kind die Möglichkeit zur gesunden Entwicklung und zur Verhinderung vermeidbarer Krankheiten zu geben.

Prävention erreicht längst nicht alle

Freiwillige Präventionsmaßnahmen für Kinder finden eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern haben die höchsten Teilnahmeraten aller Vorsorgeangebote. Vorbeugende Maßnahmen vor und während der Schwangerschaft sowie im Säuglings- und Kleinkindesalter können viele Krankheiten verhindern. Ein eindrucksvolles Beispiel für den Erfolg gelingender Prävention ist der weitgehende Rückgang vieler gefährlicher Infektionskrankheiten, die durch Impfungen verhütet werden können.

Die Impfraten bei Kindern alleinerziehender oder arbeitsloser Eltern liegen jedoch unter dem Durchschnitt. Sozial benachteiligte Menschen nehmen präventive Angebote zur Gesundheitsförderung

und Krankheitsvermeidung nur unzureichend in Anspruch. Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder Familien mit Migrationshintergrund werden von ihren Eltern etwa doppelt so häufig nicht zu den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 gebracht wie Kinder aus Mittel- oder Oberschichtsfamilien.

Kinder aus Stadtbezirken mit hohen Sozialhilfeanteilen weisen nicht zuletzt wegen mangelnder früher gesundheitlicher Förderung schon im Grundschulalter erhöhte pathologische Befunde wie Einschränkungen beim Sehen und Hören, Sprachstörungen, psycho-motorische Störungen und Beeinträchtigungen der geistigen und psychischen Entwicklung auf.

Prävention muss ankommen

Jugend-, Familien- und Gesundheitshilfe in Deutschland stehen vor der großen Herausforderung, Angebote zur gesundheitlichen Prävention zielgruppenorientiert so weiterzuentwickeln, dass sie dort ankommen, wo sie besonders gebraucht werden. Dabei geht es um nicht weniger als die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen bei Eltern und Kindern, sich selbst – und damit auch den eigenen Körper – wertzuschätzen.

Es fehlt die kritische Analyse, woran es liegt, dass Menschen mit geringem Einkommen oder schlechter Schulbildung die ärztliche Praxis so selten frühzeitig aufsuchen. Zusammenhänge von gesundheitlichen und sozialen Fragen müssen in Forschung und Lehre stärker berücksichtigt werden, auch durch gemeinsame Lehrveranstaltungen für Sozialarbeiter und Mediziner (ein nahezu flächendeckender Mangel!).

Studien haben gezeigt, dass psychosoziale Belastungen wie finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, Erziehungsschwierigkeiten und mangelnde Anerkennung und Unterstützung gerade an sozial benachteiligten Eltern und Alleinerziehenden enorm zehren. Neben medizinischer Betreuung wünschen sich die Betroffenen deshalb mehr Hilfen der Haushaltsführung und bei einer gesünderen Lebensweise.

Krippen, Kindergärten und Schulen müssen ihren Beitrag dazu leisten, Kindern Wissen und Freude am Gesund-Werden-

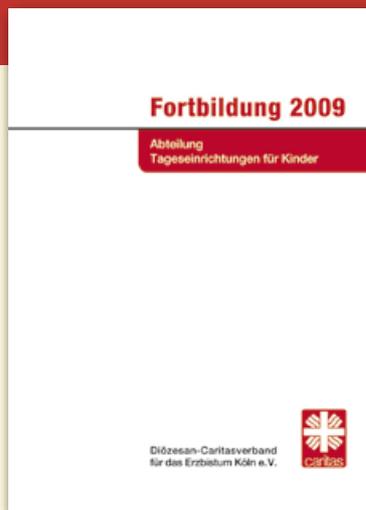
und-Bleiben zu vermitteln. Sie haben viele Möglichkeiten, Eltern so zu bilden und zu fördern, dass sie ihren Kindern beim gesunden Aufwachsen helfen können. Gut zugängliche medizinische Versorgungsangebote „vor Ort“, gekoppelt mit verständlichen Informationen, kommen den Betroffenen im wahrsten Sinne des Wortes entgegen und stärken Selbsthilfe und Eigeninitiative auch von benachteiligten Familien.

Prävention als Aufgabe der Politik

Obwohl vorbeugende Gesundheitsförderung eindrucksvolle Erfolge vorweisen kann und für viele Maßnahmen die positive Wirksamkeit zweifelsfrei erwiesen ist, spielt Prävention im deutschen Gesundheitswesen immer noch eine untergeord-

nete Rolle. Von den Gesamtausgaben für die Gesundheit in Deutschland werden weniger als 5 Prozent für Prävention aufgewendet. Dies ist umso unverständlicher, als dass das Bundesgesundheitsministerium allein den Anteil der durch Bewegungsmangel und Fehlernährung bedingten und damit potentiell vermeidbaren Krankheitskosten auf etwa ein Drittel der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen schätzt. Bei aller Betriebsamkeit in der deutschen Bildungspolitik ist es bisher – abgesehen von guten Modellprojekten – noch immer nicht gelungen, Gesundheitserziehung im Fächerkanon der Schule für bestimmte Jahrgangsstufen verbindlich zu etablieren. Hier könnte interdisziplinär mit Fachleuten aus dem Gesundheitswesen gearbeitet und gerechnet werden.

Fortbildung bietet viele Perspektiven!



Programm 2009 für Fachkräfte in Familienzentren und Tageseinrichtungen für Kinder

Die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen führen zu großen Veränderungen für alle Beteiligten, Kinder und Familien, aber auch für Träger und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auf der Grundlage zahlreicher Anregungen und Wünsche aus der Praxis bieten unsere Fortbildungen in dieser Umbruchsituation aktuelle Informationen, fachliche Orientierung sowie Raum und Zeit für eine neue Auf- und Ausrichtung.

Besondere fachliche Akzente setzen wir mit unseren über 200 Zertifikatskursen und Fortbildungsangeboten in den Bereichen:

- ▶ Entwicklung und Profilierung der Familienzentren
- ▶ Betreuung der Zweijährigen
- ▶ Bildungsbereiche
- ▶ Sprachförderung
- ▶ integrative Erziehung
- ▶ Wertevermittlung und Religionspädagogik
- ▶ Führen und Leiten

Jetzt online unter www.fobi-kita.de

Komfortable Übersicht und Anmeldefunktion – wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.



Ausgewogene Ernährung und Bewegung stärker fördern

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht bzw. Adipositas ist im Laufe der letzten Jahrzehnte deutlich angestiegen. Etwa 1,9 Millionen Mädchen und Jungen gehören dazu, das ist etwa jedes zehnte Kind. Übergewichtige Kinder bleiben mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im späteren Lebensalter zu dick und sind langfristig durch ernste Folgekrankheiten wie Diabetes, Herzinfarkt und Schlaganfall bedroht. Die erwiesenen Risikofaktoren sind Bewegungsmangel und Fehlernährung.

Notwendig sind daher kindgerechte Programme zur Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung in Kindergärten und Schule. Gerade Kindergärten und Schulen können einen Beitrag zur Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsdefizite leisten, ob sie mit oder ohne Übermittagsbetreuung arbeiten. Mehr Obst und Gemüse, weniger energiereiche Limonaden oder Softdrinks, regelmäßige Bewegung idealerweise weg von Fernseher oder Computer - das kinderleichte kleine 1 x 1 der gesunden Lebensführung!

Bewährte Präventionsprogramme sichern und weiterentwickeln

Beim 1971 eingeführten Programm der Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 steht eine konzeptionelle Weiterentwicklung an: Neben der Früherkennung von Organerkrankungen im engeren Sinne müssen künftig auch seelische Störungen und Teilleistungsstörungen besser berücksichtigt werden. Psychische Störungen im Kindesalter, wie ängstlich-depressives oder auch aggressives, hyperaktives Verhalten, gehören zu den klaren Prädiktoren für entsprechende Störungen im Jugendlichen- und Erwachsenenalter. Der Früherkennung psychischer Probleme bei Kindern und der Förderung seelischer Gesundheit kommt entscheidende Bedeutung zu.

Alle notwendigen Kindervorsorgeuntersuchungen müssen gesicherter Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherungen sein und bleiben. Präventionsmaßnahmen müssen für alle Kinder und Jugendliche zugänglich sein und bleiben, unabhängig von der sozialen, ethnischen und finanziellen Situation ihrer Familien.

Kindergesundheit solidarisch finanzieren

Statt an der falschen Stelle zu sparen, wäre vielmehr politisch zu überlegen, ob nicht ein aus Steuermitteln finanzierter Fonds für Kindergesundheit möglichen Einnahmedefiziten bei den Krankenkassen abhelfen könnte. Das Geld für einen solchen Fonds sollte aus Anteilen von bisher nicht für Beiträge zur Gesundheitsversorgung veranlagten Einkünften wie Miet- oder Zinseinnahmen gewonnen werden. Daraus könnten alle Krankenversicherer dann eine teilweise Refinanzierung ihrer Leistungen für Kinder erhalten. Diese Form der Generationensolidarität stünde unserer Gesellschaft gut an!

DR. MED. FRANK JOH. HENSEL
DIÖZESAN-CARITASDIREKTOR



Fotos: Martin Steffen

Links Kindergesundheit

Welt-Gesundheits-Organisation (WHO)
– www.who.int/

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Informationen zur Gesundheits- und Sozialpolitik – www.bmgs.bund.de/

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – www.bzga.de/

NRW-Gesundheitsportal – www.gesundheit.nrw.de/

Umweltinformationen von Bund und Ländern – www.portalu.de

Umweltmedizinisches Informationsforum mit Informationen zu Umwelt und Gesundheit – www.uminfo.de/

Ärztammer Nordrhein, mit Arztinfo, Bürgerinfo, Arztlisten, Tips zur Selbsthilfe, Gesundheitsförderung u.v.m. – www.aekno.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. mit Aktuellem, Infos zu Krankheiten und Gesundheit, Verzeichnisse von Ärzten, Kliniken, Reha-Zentren u.v.m. – www.kinderaerzte-im-netz.de

Kindernetzwerk. Informationen, Adressen, Selbsthilfegruppen u.v.m. für viele chronische Erkrankungen und Behinderungen – www.kindernetzwerk.de

Allergie - Umwelt - Gesundheit. Praxisnahe Patienteninformationen der gemeinnützigen Kinderumwelt GmbH, eine Einrichtung der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin – www.allum.de

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS). Infos, Kontakte etc. der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte – www.ag-adhs.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Datenbanken, Adressen, Kontakte – www.nakos.de

Robert-Koch-Institut. Bietet umfangreiche Informationen zu Infektionskrankheiten, Hygiene, Bioterrorismus, Impfungen, Fernreisen u.v.m. – www.rki.de/

Deutsches Ärzteblatt, das offizielle Organ der deutschen Ärzteschaft – www.aerzteblatt.de

Beratungsstelle für Vergiftungen (Giftzentrale) – www.meb.uni-bonn.de/giftzentrale

Darüber hinaus bieten auch eine Reihe von Krankenkassen interessante Informationen.

Gesund aufwachsen

Ärztlicher Befund zur körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung von kleinen Kindern

DR. THOMAS FISCHBACH
Landesverbandsvorsitzender Nordrhein

- ▶ Gesundheit ist weitaus mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Und so ist nicht nur die körperliche, sondern gerade auch die psychosoziale Gesundheit unserer Kinder auch heute noch durchaus bedroht.
- ▶ Dies stellt die internationale UNICEF-Studie vom Dezember 2006 unmissverständlich fest, in der Deutschland bezüglich der gesundheitlichen Lage von Kindern unter den Industrienationen gerade einmal Rang 11 von 21 erreicht.
- ▶ Auch im Bereich Bildung, sozialer Beziehungsstruktur, Risikoverhalten sowie materieller Situation befindet sich Deutschland gerade einmal im Mittelfeld bzw. sogar leicht darunter.
- ▶ Dabei stellen wir bei der Betrachtung der gesundheitlichen Situation der deutschen Kinder einen Wandel der Bedrohung fest, in dem wir zum einen vermehrt zivilisatorische Gesundheitsschädigungen durch Auswirkungen des sogenannten „Lifestyles“ wie Ess- und Ernährungsstörungen, Bewegungsmangel, Substanzmissbrauch sowie Fehlverhalten beim Medienkonsum beobachten, zum anderen jedoch psychosoziale Beeinträchtigungen infolge aberrierender Lebensbedingungen zunehmend an Bedeutung gewinnen.
- ▶ Hier sind insbesondere die Folgen zerbrochener bzw. desorganisierter Familienstrukturen zu nennen, die erschreckende Familienarmut sowie das stark in die Öffentlichkeit gerückte Problemfeld der Kindeswohlgefährdung zuvorderst infolge von Kindesvernachlässigung.
- ▶ Es ist offensichtlich, dass viele dieser Probleme miteinander in einer tragisch engen, oftmals auch kausalen

Beziehung stehen. Unter Erkenntnismangel leiden wir in Deutschland nicht und so bringen viele Fachleute aus dem Bereich der Sozialpädiatrie, der Kinder- und Jugendhilfe und zuweilen auch aus der Politik diese unglücklichen Verkettungen von Armut, Bildungsferne und Gesundheitsschädigung, Erziehungsinkompetenz und broken home, emotionaler Erkaltung unserer Gesellschaft und Kindesvernachlässigung sowie die konsekutive Kostenexplosion bei den staatlichen Transferleistungen, insbesondere im Bereich der Hilfe zur Erziehung geduldig immer wieder in den Fokus der Öffentlichkeit.

- ▶ Die Politik greift zwar diese Themen zunehmend auf allen Ebenen ihrer Handlungsverantwortung auf und es werden viele Strategiepapiere wie das „Strategiepapier der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ oder der gerade erst veröffentlichte Ergebnisbericht der Enquetekommission II „Chancen für Kinder“ des Landes NRW aufgelegt und mit mehr oder weniger großem Aufwand medienwirksam in Szene gesetzt.
- ▶ Dennoch bleibt der Eindruck zurück, als ob die von den skizzierten Negativentwicklungen ausgehende immense Gefahr für unsere gesamte Gesellschaft und ihre Zukunft immer noch nicht von allen Verantwortlichen hinreichend verstanden würde.
- ▶ Denn neben der bedrohlichen demographischen Entwicklung lassen wir in Deutschland gleichzeitig immer noch zu, dass die immer weniger werdenden Kinder auch noch zu einem immer größeren Teil zu heutigen, aber gerade auch zukünftigen Empfängern staatlicher Transferleistungen verkümmern, anstatt ihre Autonomie und soziale

Verantwortung zu fördern, um sie zu Stützen unseres Sozialwesens werden zu lassen.

Die auf den nächsten Seiten folgenden Ausführungen und Graphiken dienen gleichsam dem Beleg der oben genannten Thesen und bieten vielfältige Möglichkeiten der fachlichen Vertiefung und Auseinandersetzung.

Literatur- und Quellenhinweise

1. AG Asthaschulung, Fachtagung Dortmund 2005
2. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V. (eigene Daten)
3. CIA World Factbook, 2008
4. Enquetekommission Chancen für Kinder in NRW, Bericht 2008
5. Kinder- und Jugendsurvey KIGGS, RKI 2006
6. Kommissionsbericht der Europäischen Gemeinschaften, Grünbuch 2005
7. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen KfN (Publikationen)
8. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
9. Schone, Reinhold FH Münster, Fachbereich Sozialwesen
10. Statistisches Bundesamt 2008
11. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
12. UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Industrienationen 2006
13. Verband für Kommunalwissenschaften VfK Berlin (Kongressbericht 2006)

bvkg. Bundesstiftung Kinderzukunft
Berufverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Gesund aufwachsen –

Ärztlicher Befund zur körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung von kleinen Kindern



Kind heute und Life-Style – Ernährung und Ernährungsgewohnheiten Anorexia nervosa und Bulimie

- Auch Jungen sind zunehmend betroffen (Sportideale, Konkurrenzdruck).
- Falsche Ideale aus Showbiz und Sport, die durch die Medien öffentlichkeitswirksam werden.
- Das Krankheitsbild ist lebensbedrohlich und führt in ca. 5 % der Fälle zum Tode. Unter allen psychosomatischen Erkrankungen führt die Anorexia nervosa mit einer Sterblichkeit von ca. 20 % die Ursachenliste an.
- Bei der **Bulimie** (Eß-Brechsucht) bleibt das Körpergewicht oftmals im Normbereich.

Botschaften Chancen für Kinder
Bundesministerium für Gesundheit
Gesundheit fördern und sichern

Kinder brauchen ein positives, gesundheitsförderndes Umfeld, das ihnen die Möglichkeiten gibt, sich optimal zu entwickeln. Gesundes Aufwachsen erfordert auch gute Umweltbedingungen. Wir wissen heute, dass in Deutschland ein großer Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besteht. Wie gesund Kinder und Jugendliche leben, hängt wesentlich vom Bildungsniveau und Einkommen der Eltern ab. Darüber hinaus spielt der Sozialraum, in dem das Kind aufwächst, ebenfalls eine entscheidende Rolle. Der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist in vielen Konsequenzen schlechter als anderswo. Die Gesundheit der Kinder zu sichern bzw. das optimale Maßniveau zu fördern ist eine Aufgabe der Eltern und der Gesellschaft. Bei der Erfüllung dieser Aufgabe werden Eltern durch das Staatssystem...



Kind heute und Life-Style – Ernährung und Ernährungsgewohnheiten Anorexia nervosa und Bulimie

Was ist zu tun?

1. Selbstverpflichtung der Medien und der Werbung, auf die Propagierung gesundheitsgefährdender Schlichtheitsideale zu verzichten. Bei Erfolglosigkeit sind gesetzliche Regelungen erforderlich.
2. Bereitstellung ausreichender stationärer wie ambulanter Therapiemöglichkeiten.
3. Aufklärung über gesunde Ernährung und Bewegung muß in Kindertageseinrichtungen und Schulen fester Lernbestandteil werden.

Botschaften – was aber ist real?

14. Kongress für Jugendmedizin Weimar 2008

Der Wert unserer Kinder und Jugendlichen ist der Sozial- und Gesundheitspolitik jedoch wohl zu gering, als dass es sich für sie lohnt, in Kinder und Jugendliche wirklich intensiv und lösungsorientiert zu investieren.

Und noch etwas ist wahr.....

Fazit: Der Wandel der Krankheitsbilder in der Pädiatrie – von den körperlichen und infektiösen Krankheiten hin zu den psychosozialen und präventiven Arbeitsfeldern – hat bis heute in der Weiterbildungsordnung und damit in der Arbeitsplatzbeschreibung keine ausreichende Beachtung gefunden.



Umwelt und Lebensbedingungen

- Die Situation in der Familie.
- Armut als Gesundheitsrisiko.
- Veränderung und Wegfall kindlicher Aktionsräume.
- Allergien und Asthma bronchiale

Problemfelder

- Life-Style
- Ernährung
- Drogenkonsum
- körperliche Aktivitäten/Bewegungsmangel
- Medienkonsum
- Umwelt und Lebensbedingungen
- Präventive Angebote und ihre Nutzung
- Gewalt/Verletzung des Kindeswohl/psychische Gesundheit

Kind heute und Life-Style – Ernährung und Ernährungsgewohnheiten Anorexia nervosa und Bulimie

- Die **Anorexia nervosa** („Pubertätsmagersucht“) ist ein zunehmendes Krankheitsbild vorwiegend bei Mädchen mit Schwerpunkt um den Zeitraum der Pubertät. Allerdings werden die Betroffenen immer jünger.
- Jede zehnte Frau zwischen 15-35 Jahren ist betroffen.
- Ursächlich ist eine Körperschemastörung. Die Anorektiker halten sich für zu dick und streben mit verschiedenen Maßnahmen eine Gewichtsreduktion von < 15 % der Norm an.
- Multifaktorielle Ursache wahrscheinlich, wobei Orientierung an Schlichtheitsidealen und ein gestörtes Familiengefüge mitursächlich sind.

Umwelt und Lebensbedingungen - Die Situation in der Familie -

- Familienarmut/Kinderarmut
- materielle Armut
- immaterielle Armut
- Veränderte Familienstrukturen
- Desorganisierte Familienstrukturen
- Erosion familiärer Strukturen und Bindungsbrüche



- ### Prävention und ihre Nutzung
- Säuglingssterblichkeit und Prophylaxe
 - Kinderfrüherkennungsuntersuchungen
 - Zahngesundheit
 - Unfallprävention
 - Suchtprävention

- ### Umwelt und Lebensbedingungen – Kinderarmut ist Familienarmut
- Jeder zehnte Deutsche lebt unter der Grenze der Einkommensarmut. Dies ist relativ!
 - Familien sind überproportional betroffen, und zwar insbesondere
 - alleinerziehende Mütter
 - kinderreiche Familien (ab dem 3. Kind)
 - Familien stellen jedoch eine ausgesprochen heterogene Gruppe dar.

- ### Umwelt und Lebensbedingungen – Aktionsräume schaffen und erhalten
- Probleme der modernen Lebensführung
 1. Verkehrsdichte
 2. Geringe Kinderzahl
 3. Verhäuslichung
 4. Verinselung
- verlangen intelligente und kindgerechte Lösungen auch in der Stadtplanung. Dies ist ohne Partizipation nicht zu erreichen.

Präventive Angebote und ihre Nutzung Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Nichtteilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Altersgruppe	Anteil der Kinder, die nicht an der Untersuchung teilnehmen (%)	Anteil der Kinder, die an der Untersuchung teilnehmen (%)
U1 (1. Lebensjahr)	4,8	1,6
U2 (3.-10. Lebensjahr)	4,6	2,1
U3 (4.-6. Woche)	7,4	2,8
U4 (3.-4. Monat)	7,9	2,8
U5 (6.-7. Monat)	9,4	4,0
U6 (10.-12. Monat)	10,5	4,8
U7 (21.-24. Monat)	12,2	5,7
U8 (43.-48. Monat)	13,5	9,4
U9 (60.-64. Monat)	31,4	29,8

- ### Umwelt und Lebensbedingungen – Kinderarmut ist Familienarmut
- Die Erwerbs- und Bildungsbiographie ist entscheidend. Dies gilt in ganz besonderem Maße auch für Migrantenfamilien!
 - Armut bedeutet neben ökonomischer Benachteiligung immer auch einen schlechteren Zugang zu Bildung und Kultur. Diese Faktoren bedingen sich gegenseitig und führen im ungünstigsten Fall zu einer Familientradition im Bereich der staatlichen Transferleistungen.

Umwelt und Lebensbedingungen – Allergien und Asthma auf dem Vormarsch

Rund 30 Prozent der Bevölkerung leiden an einer allergischen Erkrankung - Tendenz zunehmend! Zunehmend betroffen sind auch Kinder, eines von vier Kindern ist allergisch. So haben sich allergische Erkrankungen bei Kindern zu den häufigsten Gesundheitsproblemen entwickelt.

- ### Präventive Angebote und ihre Nutzung Kinderfrüherkennungsuntersuchungen
- Schaffung einer höheren Nutzungsquote erforderlich.
 - Ausweitung der Kindervorsorgeuntersuchungen auf das Grundschulalter und den Übergang zum Erwachsenenalter (§ 26 SGB V).
 - Anpassung der Kinderrichtlinien an die psychosozialen und gesundheitspräventiven Erfordernisse heute.



- ### Umwelt und Lebensbedingungen – Allergien und Asthma auf dem Vormarsch
- Genetische Einflüsse.
 - Mangelnde Stimulation des Immunsystems durch Infektionserreger.
 - Höhere Allergenkonzentration
 - Umweltschadstoffe
 - Neuartige Allergieauslöser

Wir brauchen weitere Kindervorsorgen

- ### Umwelt und Lebensbedingungen – Veränderte Familienstrukturen
- 15 % der minderjährigen Kinder werden in einer Einelternfamilie groß.
 - Etwa 3 von 10 Minderjährigen leben in sog. Patchwork - Familien mit ganz speziellen Problemen.
 - 40 % aller in Deutschland geschlossenen Ehen werden geschieden.

Umwelt und Lebensbedingungen – Allergien und Asthma auf dem Vormarsch

- Ernährung
- **Passivrauchen**
- Haustiere
- Diät
- Hautpflege
- **Wohnumgebung**
- **Impfungen**

- ### Präventive Angebote und ihre Nutzung 4. Dt. Mundgesundheitsstudie 2006
- Karies ist in Deutschland weiter auf dem Rückzug (ca. 58 % gegenüber 1997). Ursachen: - Zahnprävention wird besser genutzt - Versiegeln der Zähne nimmt zu
- ABER:
- Die „soziale Schieflage“ hat sich verstärkt.

Präventive Angebote und ihre Nutzung Zahngesundheit

Anteil naturgesunder Gebisse bei Jugendlichen (12 Jahre) in Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit (Schulbildung der Eltern) in den Jahren 1989, 1997 und 2005 in Prozent

	Schulbildung der Eltern	
	Niedrig	Hoch
DMS I (1989)	9,5 %	28,6 %
DMS III (1997)	44,8 %	50,1 %
DMS IV (2005)	68,0 %	75,4 %

Quelle: DMS IV, S. 62, 2008



Gewalt/psychische Gesundheit/Verletzung des Kindeswohls

Ja

- geringer die finanziellen und materiellen Ressourcen,
- schwieriger das soziale Umfeld,
- desorganisierte die Familiensituation,
- belasteter und defizitär die persönliche Situation der Erziehungspersonen,
- herausfordernder die Situation und das Verhalten des Kindes,

desto stärker steigt das Risiko, dass Beziehungstörungen zwischen Eltern und Kind sich zu massiven Vernachlässigungssituationen des Kindes verdichten (Schöne, 2008)

Vernachlässigung

- ... ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgverantwortlicher Personen (Eltern), welches zur Sicherstellung der physischen oder psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre.
- ... geschieht selten aktiv, sondern zumeist passiv aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens.
- ... stellt eine chronische Unterversorgung des Kindes durch nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse dar und hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche geistige oder seelische Entwicklung.
- ... betrifft in erster Linie Kinder, die aufgrund ihres Alters oder aufgrund von Behinderung auf Förderung, Fürsorge und Schutz in besonderer Weise angewiesen sind.
- ... stellt eine basale Beziehungstörung zwischen Eltern und ihren Kindern dar.

Prof. Dr. Reinhold Schöne
Fli Münster, FB Sozialwesen



Was Kinder essen und was Sie essen sollten

Kinderernährung zwischen Wunsch und Wirklichkeit

DR. OEC. TROPH. KERSTIN CLAUSEN
Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE),
Dortmund

Realität der Kinderernährung

Am Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) werden seit 1985 in der DONALD Studie (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study) die Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen unter die Lupe genommen (Alexy et al 2008; Kersting et al 2004). Es zeigte sich u.a., dass in allen Altersgruppen weniger Gemüse und Getränke, aber mehr Fleisch/Wurst verzehrt werden als in der Optimierten Mischkost empfohlen wird. Hier könnten Kindertagesstätten und Schulen korrigierend wirken.

Aus der bundesweiten EsKiMo-Studie, einem Unterkollektiv des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KIGGS, wurden nahezu wortgleiche Empfehlungen für die Verbesserung der derzeitigen Ernährung von Kindern und Jugendlichen wie aus der DONALD Studie abgeleitet:

- ▶ mehr pflanzliche Lebensmittel, vor allem Gemüse, Brot, Beilagen
- ▶ mehr Vollkornprodukte anstelle von hellem Brot, Mehl oder Nudeln
- ▶ mehr fettreduzierte Milchprodukte anstelle von Vollmilchprodukten
- ▶ mehr fettarme Wurst- und Fleischsorten anstelle von fettreichen Varianten
- ▶ mehr Rapsöl anstelle von anderen Ölen und Fetten

Die Folgen eines falschen Ernährungsverhaltens spiegeln sich u.a. in einer immer größer werdenden Anzahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Ein starker Anstieg ist vor allem im Einschulungsalter zu erkennen und besonders betroffen sind Kinder aus sozial schwächeren Schichten oder mit Migrationshintergrund.

Zur Verbesserung der derzeitigen Ernährung der Kinder und Jugendlichen wurde vom FKE 1993 das Ernährungskonzept der Optimierten Mischkost optimiX® entwickelt.

Die Optimierte Mischkost optimiX®

Die Optimierte Mischkost optimiX® ist ein präventives Ernährungskonzept für Kinder und Jugendliche. Es eignet sich für Familien und Betreuungseinrichtungen wie Kindergarten, Kindertagesstätte und Schule. Mit der Optimierten Mischkost werden die wissenschaftlichen Kenntnisse des Nährstoffbedarfs und der Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen in praktische lebensmittel- und mahlzeitenbezogene Empfehlungen umgesetzt.

Für die Lebensmittelauswahl gelten drei einfache Regeln:

Regeln für die Lebensmittelauswahl

- ▶ **Reichlich:** Getränke und pflanzliche Lebensmittel
- ▶ **Mäßig:** tierische Lebensmittel
- ▶ **Sparsam:** fett- und zuckerreiche Lebensmittel

Die benötigten Mengen der Lebensmittel ergeben sich in Abhängigkeit vom individuellen Energiebedarf. Anhaltswerte für verschiedene Altersgruppen zeigt Tabelle 1. Die genannten Verzehrsmengen müssen keinesfalls an jedem Tag erreicht werden. Sie geben einen Rahmen, innerhalb dessen die individuelle Ernährung gestaltet werden kann.

Altersgemäße Lebensmittelverzehrsmengen in optimiX					
	4-6 Jahre		13-14 Jahre		Menge
	w, m	w	m		
Energie (kcal/Tag)	1450	2200	2700		
Menge (g/Tag)	2000	2820	3160		%
Empfohlene Lebensmittel					
reichlich					
Getränke (ml/Tag)	800	1200	1300		40
Brot, Getreide (-flocken) (g/Tag)	170	250	300		9
Kartoffeln ¹ (g/Tag)	180	270	300		7
Gemüse (g/Tag)	200	260	300		10
Obst (g/Tag)	200	260	300		10
					<hr/>
					76
mäßig					
Milch,-Produkte ² (g/Tag)	350	425	450		18
Fleisch, Wurst (g/Tag)	40	65	75		2
Eier (Stck./Woche)	2	2-3	2-3		<1
Fisch (g/Woche)	50	100	100		<1
					<hr/>
					20
sparsam					
Öl, Margarine, Butter (g/Tag)	25	35	40		1
Geduldete Lebensmittel					
	≤ 10 % der Gesamtenergie				3
	max. kcal/Tag	150	220	270	
Bsp.: je 100 kcal = 1 Kugel Eiscreme oder 45 g Obstkuchen oder 4 Butterkekse oder 4 EL Flakes oder 4 TL Zucker oder 2 EL Marmelade oder 30 g Fruchtgummi oder 20 g Schokolade oder 10 Stück Chips					
¹ oder Nudeln, Reis u.a. Getreide					
² 100 ml Milch entsprechen im Kalziumgehalt ca. 15g Schnittkäse oder 30g Weichkäse					

Tabelle 1: Altersgemäße Lebensmittelverzehrsmengen in der Optimierten Mischkost beispiehaft für zwei Altersgruppen

Empfohlen werden Lebensmittel mit hohen Nährstoffdichten, d.h. mit hohen Gehalten an Vitaminen und Mineralstoffen bezogen auf den Energiegehalt. Empfohlene Lebensmittel decken 90 % des durchschnittlichen Energiebedarfs, aber schon mindestens 100 % des Nährstoffbedarfs. Die restlichen 10 % der Energiezufuhr können in Form von sogenannten geduldeten Lebensmitteln mit niedrigen Nährstoffdichten aufgenommen werden. So verbleibt ein Spielraum für den gelegentlichen Verzehr von Süßigkeiten, mit dem die angeborene Vorliebe für den Süßgeschmack bei Kindern berücksichtigt wird, die Qualität der Gesamternährung aber nicht gemindert wird.

Die Mahlzeiten in der Optimierten Mischkost

In der Optimierten Mischkost sind fünf Mahlzeiten pro Tag vorgesehen, und zwar zwei kalte und eine warme Hauptmahlzeit sowie zwei Zwischenmahlzeiten (Abb. 1-3). Jede einzelne Mahlzeit hat in der Optimierten Mischkost eine spezielle Bedeutung für die Versorgung mit Nährstoffen. Die verschiedenen Mahlzeiten eines Tages ergänzen sich gegenseitig wie in einem Baukastensystem zu einer Gesamtzufuhr von Nährstoffen, die dem Bedarf von Kindern und Jugendlichen in jeder Hinsicht gerecht wird. Gemeinsam ist allen Mahlzeiten in der Optimierten Mischkost, dass sie ein Getränk enthalten.

Die kalten Hauptmahlzeiten (in der Regel Frühstück und Abendessen) sind üblicherweise Brotmahlzeiten. Auch ein Müsli ist gut geeignet. Hauptbestandteile der kalten Hauptmahlzeiten sind fettarme Milch



Abb. 1: Lebensmittel in den kalten Mahlzeiten in der Optimierten Mischkost

(1,5 % Fett) oder Milchprodukte (z. B. als Trinkmilch oder Joghurt im Müsli), Obst oder Rohkost sowie Brot (möglichst als Vollkornbrot) und Getreideflocken (als Müsli). Margarine oder Butter als Brotaufstrich und magerer Wurst- oder Käseaufschnitt runden die Brotmahlzeit ab. Die beiden Zwischenmahlzeiten am Tag (Pausenfrühstück und Nachmittagsmahlzeit) bestehen idealerweise aus Brot oder Müsli, ergänzt durch Gemüse-Rohkost oder Obst. Wird bei anderen Mahlzeiten wenig Milch verzehrt, sollte Milch oder ein Milchprodukt als Beigabe oder als eigenständige Zwischenmahlzeit angeboten werden. Es spricht aber auch nichts dagegen, ab und zu Gebäck, Kuchen oder Süßigkeiten als Zwischenmahlzeit zu essen.



Abb. 2: Lebensmittel in den Zwischenmahlzeiten in der Optimierten Mischkost

Eine Hauptmahlzeit am Tag sollte als warme Mahlzeit verzehrt werden. Die warme Mahlzeit hat eine besondere Lebensmittel- und Nährstoffzusammensetzung und kann deshalb nicht ohne weiteres durch die üblichen kalten Mahlzeiten ersetzt werden. Täglicher Hauptbestandteil der warmen Mahlzeit sind frisch gekochte Kartoffeln, Naturreis oder Vollkornnudeln und Gemüse (roh oder gekocht) oder Salat. Dazu kommt dreimal pro Woche (7 Tage) eine kleine Fleischbeilage oder -einlage, z.B. in Soßen und einmal pro Woche Fisch. Einmal in der Woche sollte eine vegetarische Mahlzeit aus Hülsenfrüchten oder Getreide, z.B. als Eintopf, Auflauf oder Bratling, auf dem Speiseplan stehen. Die Reihenfolge der Mahlzeiten im Laufe des Tages kann sich nach den familiären Gewohnheiten richten. So kann z. B. die warme Mahlzeit mittags oder abends ge-

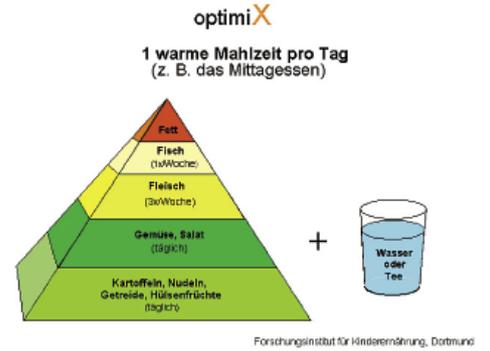


Abb. 3: Lebensmittel in der warmen Mahlzeit in der Optimierten Mischkost

gessen werden. Das heißt, wenn in der Gemeinschaftsverpflegung mittags eine ausgewogene kalte Hauptmahlzeit gegessen wurde, wird die warme Mahlzeit auf den Abend zu Hause verlegt.

Zur Sicherung der Qualität der Mittagsmahlzeit können die konkreten Empfehlungen und Rezepte der Optimierten Mischkost als Standard eingesetzt werden. Darüber hinaus bietet eine Zertifizierung des Angebotes die Möglichkeit, die Qualität mit dem optimiX(r)-Gütesiegel bestätigen zu lassen.

Ernährungserziehung in der Kindertagesstätte

Nicht nur ein praktikables Konzept wie die Optimierte Mischkost ist wichtig für eine ausgewogene Ernährung der Kinder. Wesentliche Voraussetzung ist auch, dass die Kinder zur richtigen Ernährung in geeigneter Weise hingeführt werden, so dass sich langfristig ein eigenverantwortliches gesundheitsbewusstes Verhalten entwickeln kann. Kinder verbringen im Durchschnitt zehn Stunden pro Tag in der Kindertagesstätte. Es bieten sich hier viele Chancen der Ernährungserziehung, so z.B. das Selbstportionieren der Mittagsmahlzeit, das die Einschätzung des Nahrungsbedarfs bei den Kindern fördern hilft, die regelmäßige Mithilfe bei der Essenzubereitung oder die gemeinsame Mahlzeiteneinnahme von Kindern und Erwachsenen, bei der Erwachsene als Vorbild wirken können.

Familie und Kindertagesstätte ziehen am gleichen Strang

Für die richtige Ernährung der Kinder ist es wesentlich, dass das Baukastensystem

der Mahlzeiten, d.h. die unterschiedlichen Lebensmittel- und Nährstoffprofile der Mahlzeiten ergänzen sich zu einer insgesamt ausgewogenen Tagesernährung, beachtet wird. Dazu liefern Familie und Kindertagesstätte je eigene Beiträge, die aufeinander abgestimmt sein sollten. Deshalb ist es wichtig, dass sich Eltern und Kindertagesstätte gegenseitig über ihre Erziehungsgrundsätze bzw. dem Verpflegungsangebot abstimmen. Pädagogen und Eltern muss bewusst sein, dass gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten der Kinder ohne das Vorbild der Eltern nur schwerlich zur Gewohnheit werden kann. Praktisch kann das z. B. bedeuten, dass bei Warmverpflegung aus einer Fernküche das zum Ausgleich notwendige vermehrte Angebot von Frischkost nicht nur in der Kindertagesstätte, sondern auch in der Familie, z. B. beim gemeinsamen Abendessen, erfolgt.

Einführung optimierte Rezepte

Kinder haben eine angeborene Skepsis gegenüber unbekanntem Lebensmitteln. Durch das wiederholte Anbieten von Lebensmitteln kann die Präferenz gesteigert werden. In zwei Studien des FKE konnte gezeigt werden, dass jüngere Kinder gegenüber neuen unbekanntem Rezepten aufgeschlossener sind als ältere (Clausen et al. 2006, Clausen&Kersting 2007). Die Gewöhnung der Kinder an optimierte Rezepte in Kindertagesstätten ist deshalb langfristig besonders erfolgversprechend.

Unabhängig vom Alter ist eine schrittweise Einführung von Neuerungen beim Mittagessen empfehlenswert. Auch das Kombinieren von Bekanntem mit Unbekanntem kann eine vorhandene Skepsis verringern, zum Beispiel Vollkornnudeln mit hellen Nudeln mischen.

Neben der geschmacklichen Qualität sind auch kindgerechte Umfeldbedingungen wie z.B. die Gestaltung des Speiseraumes und die Dauer der Mittagspause, notwendig, damit das Mittagessen von den Kindern langfristig angenommen wird. Auch das Vorbild von Erwachsenen kann bei Kindern positiv wirken. Ab dem Alter von etwa 12 Jahren verliert dieser Einfluss an Bedeutung.

Mit zunehmendem Alter festigen sich Ernährungsgewohnheiten und es wird zunehmend schwieriger, Bestehendes zu ändern. Die Einführung optimierter Rezepte bei älteren Kindern bedarf weiterreichender Maßnahmen und der Einbindung in ein pädagogisches Konzept.

Schlussfolgerung

Wenn alle an der Ernährung der Kinder Beteiligten (Eltern, Kindertagesstätten

Küchen) sich ihrer jeweiligen Zuständigkeit bewusst sind und sich gegenseitig abstimmen, kann jede Kindertagesstätte ein auf ihre Bedingungen abgestimmtes Tageskonzept der Kinderernährung im Sinne der Optimalen Mischkost entwickeln. Voraussetzung ist jedoch die fachliche Kompetenz der hauswirtschaftlichen und pädagogischen Mitarbeiter/innen in der Kindertagesstätte.

Weitere Materialien

(siehe auch www.fke-do.de)

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2008): *Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen - optimiX(r)*. Dortmund

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2008): *Empfehlungen für das Mittagessen in Kindertagesstätten und Ganztagschulen*. Dortmund

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2008): *Empfehlungen für das Frühstück - das Frühstücks-Zweimal eins*. Dortmund

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2006): *Rezepte für das Mittagessen in Schulen*. Dortmund

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2008): *optimiX(r) Kochbuch für Kinder*. Dortmund

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2008): *Plakat - optimiX(r) Die 3 Regeln*. Dortmund

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2008): *Plakat - optimiX(r) Die 5 Mahlzeiten*. Dortmund

Forschungsinstitut für Kinderernährung (2008): *optimiX(r) Mahlzeitenpyramide*. Dortmund

Literatur

Alexy U, Clausen K, Kersting M (2008): *Die Ernährung von Kindern und Jugendlichen nach dem Konzept der Optimalen Mischkost*. Ernährungsumschau 55(3): 168-175

Clausen K, Rumpold N, Kersting M, Wahrburg U (2006): *Optimierte Mischkost in Ganztagsgrundschulen - Ernährungsphysiologische und sensorische Prüfung*. Hauswirtschaft und Wissenschaft 3/2006; 135-140

Clausen K, Kersting M (2007): *Optimierte Mittagessen im Praxistest bei Schülern*. Die Ganztagschule 47: 33-45

Kersting M, Alexy U (2008): *Die DONALD Studie Forschung zur Verbesserung der Kinderernährung*. Ernährungsumschau 1: 16-19

Kersting M, Alexy U, Kroke A, Lentze MJ (2004): *Kinderernährung in Deutschland. Ergebnisse der DONALD Studie*. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 47: 213-218

Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007): *Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KIGGS)*. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch 50, 609-623

Mensink GBM et al (2007) *Forschungsbericht: Ernährungsstudie als KIGGS-Modul (EsKiMo)*. URL:<http://www.bmelv.de/SharedDocs/downloads/03-Ernaehrung/EsKiMoStudie.html>. Zugriff: 03.12.2008

Seelische Gesundheit – die neuen Kinderkrankheiten

DR. PHIL. MATTHIAS PAUL KRAUSE
Diplom-Psychologe, Psychotherapeut,
Kinderneurologisches Zentrum Bonn

Pädagoginnen in Kindergarten und Kindertagesstätte werden mit einer Vielzahl besonderer und auffälliger Verhaltensweisen bei den von ihnen betreuten Kindern konfrontiert. Darunter die Kinder mit einer psychischen Störung zu erkennen ist nicht einfach, da bei jungen Kindern auffälliges Verhalten ein normales und vorübergehendes Entwicklungsphänomen oder eine Reaktion auf Stress und Anforderungen darstellen kann. Zudem gibt es keine Verhaltenseigentümlichkeit, die ganz spezifisch für eine bestimmte seelische Störung ist (z. B. kann sozialer Rückzug kann für eine depressive, ängstliche oder autistische Störung sprechen) und das kindliche Verhalten wird oft von verschiedenen Bezugspersonen des Kindes in verschiedenen Lebenskontexten häufig sehr unterschiedlich beurteilt, so dass meist wenig Übereinstimmung besteht. Dieses Dilemma wird gelöst, indem man psychische Störungen dann in Betracht zieht, wenn ein auffälliges problematisches Verhalten in schwerwiegender Form über einen längeren Zeitraum besteht, es in mehr als einer spezifischen Situation oder einem Lebensumfeld auftritt, in verschiedenen Beziehungen beobachtbar ist (z.B. gegenüber Eltern und Erzieherinnen) und es zu dazu führt, dass die Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben gefährdet ist (Petermann & Koglin, 2008).

Über das Auftreten seelischer Störungen im Vorschulalter liegen unterschiedliche Häufigkeitsangaben vor. Zwischen 1990 bis heute wurden Prävalenzen zwischen 12.8% und 22.3% gefunden, wobei die Abweichungen in den Untersuchungen daher rühren, dass unterschiedliche Messinstrumente (Fragebogen wie CBCL/3-17,

CBCL/3-5, SDQ) eingesetzt und unterschiedliche Auskunftspersonen (Eltern, Mütter, Schuleingangsuntersuchung, Erzieherinnen) befragt wurden (Kuschel et al., 2008). In unterschiedlicher Weise wurde auch entschieden, ab wann eine Verhaltensauffälligkeit als psychische Störung gilt, welche Falldefinition also zugrunde gelegt wird. Die brisante Frage nach den Periodeneffekten, also danach, ob psychische Störungen in historischer Sicht zugenommen haben, lässt sich deshalb wegen sehr unterschiedlicher Erhebungsstandards zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten mit absoluter Sicherheit nicht beantworten (Steinhausen, 2006). In der neuesten deutschen Studie, die als nationaler repräsentativer Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) vom Robert-Koch-Institut vorgelegt wurde, wurden Eltern mit einem Fragebogen über das Verhalten ihrer Kinder befragt. Dem Gesamtwert des Fragebogens nach waren 13.3% der Drei-

bis Sechsjährigen mindestens gefährdet, seelische Störungen zu entwickeln, 5.3 % ernstlich auffällig, Jungen dabei mehr als Mädchen (siehe Tab. 1).

In den Einzelskalen des Fragebogens fanden sich bei 13.0% der Drei- bis Sechsjährigen emotionale Probleme im grenzwertigen und auffälligen Bereich, bei 35% Verhaltensauffälligkeiten, bei 14.6% Hyperaktivität, bei 20.5% Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und bei 10.7% Probleme mit prosozialem Verhalten. Vor allem aber zeigen diese neuesten Daten, dass ein niedriger sozioökonomischer Status ein Risikofaktor für das Auftreten psychischer Störungen ist und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund deutlich häufiger psychische Störungen auf als solche ohne diesen entwickeln. Kinder Alleinerziehender haben ein etwa doppeltes Risiko, psychisch auffällig zu werden als Kinder aus vollständigen Familien (Hölling & Schlack, 2008) (s. Abb.1).

in %	auffällig und gefährdet	auffällig	gefährdet
alle	13.3	5.3	8.0
Jungen	15.8	6.9	8.9
Mädchen	10.6	3.7	6.9
Migrationshintergrund	22.7	10.0	12.7
ohne Migration	11.5	4.4	7.1
niedriger SöS	24.1	11.4	12.7
mittlerer SöS	12.8	4.0	6.8
hoher SöS	6.7	1.6	5.1

Tabelle 1: Prozentuale Verteilung des SDQ-Gesamtscore bei den Altersgruppen der 3 - 6-Jährigen in der KiGGS-Studie (Hölling et al., 2007)

Erkl.: SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 581-586. (siehe: <http://www.sdqinfo.com/>)
SöS = sozioökonomischer Status, ein Index, der Bildungs- und finanzielle Situation der Familie beschreibt.

Seelische Störungen von 3-6-jährigen Kindern in der repräsentativen dt. KIGGS-Studie (Hölling et al., 2007) in %

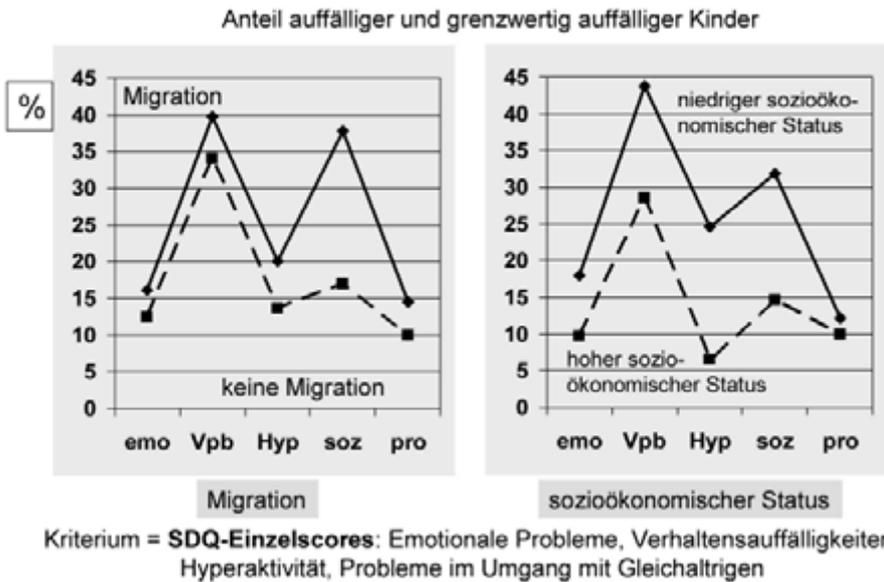


Abbildung 1

Bei der Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten im Hinblick auf ihren eventuellem Krankheitswert als ‚Störung‘ wird man sich zunächst daran orientieren, ob die oben genannten Kriterien der Dauer, Schweregrad, Auftretenskontext und Entwicklungsgefährdung erfüllt sind. Für das weitere Vorgehen bietet sich ein Ablaufschema an, das schrittweise mögliche Verursachungskomponenten abprüft (Abb. 2).

Die erste Frage, die man sich angesichts einer beobachteten Verhaltensauffälligkeit stellt zielt auf den allgemeinen Entwicklungsstand des Kindes. Es muss untersucht werden, ob dieser dem Lebensalter des Kindes entspricht oder ob etwaige Verzögerungen oder Teilleistungsstörungen vorliegen. Mitunter ergeben sich bereits hier Interventionsmöglichkeiten der Förderung oder Umplatzierung, die die beobachteten Verhaltensauffälligkeiten verschwinden lassen. Als nächstes wäre zu berücksichtigen, ob die Verhaltensbesonderheiten etwas mit dem Eingebundensein des Kindes in die Gruppe zu tun haben. Hier würde sich die Beobachtung seiner sozialen Position etwa in Form einer soziometrischen Erhebung anbieten. Nicht zuletzt sollte sich auch die jeweiligen Bezugspersonen des Kindes fragen, ob sich etwas pädagogisch Unpassendes oder Negatives in

der Beziehung und den Interaktionen zu dem Kind entwickelt hat, so dass eine Verhaltensänderung der Betreuungsperson angezeigt ist. Schließlich wird man immer auch nach den familiäre Belastungen fragen. Diese Aufgaben erfordern von den Pädagoginnen im Elementarbereich Erfahrungen in Verhaltensbeobachtung,

der Handhabung von Beobachtungsbögen (DESK 3-6, BBK 3-6) und Gesprächsführung, die gegebenenfalls in Fortbildungen erworben werden müssen.

Auch im Kindergarten können Maßnahmen angeboten werden, um seelischen Störungen vorzubeugen bzw. Stärken und Widerstandskraft der Kinder zu fördern. Mittlerweile existieren etliche präventive Programme, die sich auf die Kinder oder aber an die Eltern als Zielgruppe richten. Das neueste in der Reihe der bereits bekannten Verfahren FAUSTLOS (Cierpka & Schick, 2004) oder VTK (Koglin & Petermann, 2006) ist das stark an der Resilienzförderung orientierte PRiK (Fröhlich et al., 2007). Es zielt auf Kinder von vier bis sechs Jahren und bietet in 20 Einheiten à 35-45 Minuten mit verschiedenen Spielen und Übungen eine Förderung der Resilienzfaktoren Selbst-/Fremdwahrnehmung, Selbstregulation/Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, Soziale Kompetenzen, Umgang mit Stress und Problemlösung. Trainings für Eltern werden ebenfalls als Gruppenprogramme angeboten (PEP, Plück et al. (2006); KES, Lauth & Heubeck (2006); ELTERN STÄRKEN, Fröhlich et al. (2008). Während Erstere Kompetenzsteigerung anstreben indem schwierige

Interventionsschema bei Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten

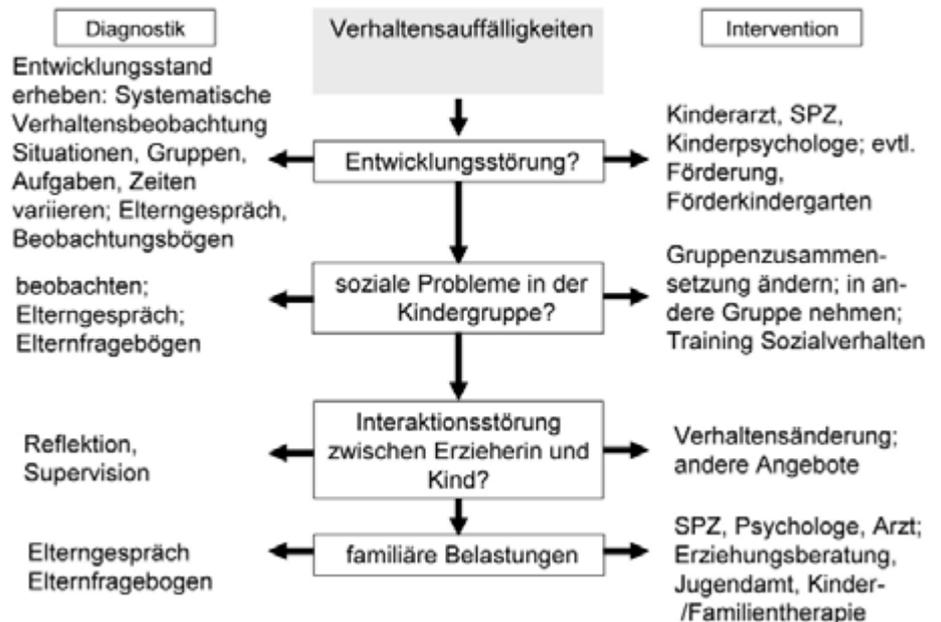


Abbildung 2

Erziehungssituationen betrachtet und alternatives Erziehungsverhalten eingeübt wird, ist Letzteres ressourcen- und nicht defizitorientiert ausgerichtet. Es fragt auch danach, was Eltern gut tut und ihnen erzieherisch bereits gut gelingt und versucht so, ihr Selbstvertrauen zu stärken.

Leider haben alle erwähnten Programme den Nachteil, bildungsferne Schichten eher nicht zu erreichen. Hier scheinen niedrigschwellige Angebote mit informellen Unterstützungen attraktiver und wirksamer (Teestube, offene Tür, Müttertreff).



Dr. Kerstin Clausen



Ursula Deupmann



Dr. Matthias Paul Krause

Literatur

- Cierpka, M. & Schick, A. (2004). *FAUST-LOS - Kindergarten. Ein Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten*. Göttingen: Hogrefe.
- Frey, A., Duhm, E., Althaus, D., Heinz, P. & Mengelkamp, C. (2008). *Beobachtungsbogen für 3- bis 6-jährige Kinder (BBK 3-6)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Dörner, T. & Rönnau, M. (2007). *Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen - PRiK. Trainingsmanual für ErzieherInnen*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönnau, M. & Dörner, T. (2008). *Eltern stärken mit Kursen in Kitas*. Handreichung für ErzieherInnen. München: Reinhardt.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2008). *Ressourcen/Risiken für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. *Kinderärztliche Praxis*, 79, 217-222.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt* 50:784-793.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2006). *Verhaltenstraining im Kindergarten (VTK) - Ein Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S. & Hahlweg, K. (2008). *Psychische Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern aus der Sicht der Eltern und Erzieherinnen in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen*. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 161-172.
- Lauth, G.W. & Heubeck, B. (2006). *Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Koglin, U. (2008). *Frühe Kindheit. Kindheit und Entwicklung*, 17, 137-142.
- Plück, J., Wiczorrek, E., Metternich, T. W. & Döpfner, M. (2006). *Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP) - Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen*. Reihe: Therapeutische Praxis - Band 36. Göttingen: Hogrefe.
- Steinhausen, H.C. (2006). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Elsevier.
- Tröster, H., Flender, J. & Reineke, D. (2004). *Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten DESK 3-6*. Göttingen: Hogrefe.

Ausgegrenzt und abgeschrieben

Armut und Gesundheit

ANTJE RICHTER

Kinderarmut betrifft in Deutschland je nach Altersgruppe und Region jedes zweite bis sechste Kind und die Anzahl der Betroffenen liegt nach Schätzungen von Wohlfahrtsverbänden bei ca. 2,5 Millionen Kindern und Jugendlichen. Davon unterliegen die 0-7-jährigen dem höchsten Armutsrisiko. Diese Situation veranlasst immer mehr und immer andere Stimmen zu Warnungen oder auch zu Handlungsvorschlägen. Armut gilt als eines der schwerwiegendsten Risiken für die kindliche Entwicklung und Ausgrenzung und Chancenungleichheit im Gesundheits- und im Bildungsbereich gehören zu den direkten Armutsfolgen. Vor allem lang andauernde Armut sowie das frühe Erleben von Armut im Kindergartenalter prägen den Schulerfolg der Kinder bis in die Schulnoten für Deutsch und Mathematik und können einen erfolgreichen Übergang in die höheren Schulformen verhindern. Die Auswirkungen auf die kindliche Gesundheit zeigen sich sowohl in der gesundheitlichen Versorgung wie auch im Gesundheitsverhalten.

Armut und Unterversorgung

Diese kurze Einleitung zeigt schon, dass Armut nicht nur materielle Einschränkungen mit sich bringt. Armut stellt die unterste und zugleich am weitesten reichende Form von Benachteiligung dar. Sie schränkt die Handlungsspielräume des Menschen gravierend ein und schließt eine gleichberechtigte Teilhabe an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft aus. Armut hat immer Unterversorgung in wesentlichen Lebensbereichen zur Folge. Zur ihrer genauen Erfassung existieren unterschiedliche Definitionen, die sich vor allem auf die objektive Messbarkeit beziehen, aber auf den Versuch, die subjektive Wahrnehmung von Armut und deren Auswirkungen auf die eigene Lebenssituation beschreiben.

Zur objektiven Bestimmung von Armut werden im allgemeinen Armuts Grenzen bzw. -schwellen wie der Hartz-IV-Bezug ermittelt. Armut wird außerdem häufig als „relative“ Armut nach dem 60%igen Durchschnittseinkommen oder auch nach dem „Lebenslagenansatz“ bestimmt. Nach dem Lebenslagenansatz lässt sich genau differenzieren, in welchen Lebensbereichen Unterversorgung vorliegt. Neben dem bereits erwähnten Bereichen Gesundheit und Bildung wird im Allgemeinen nach Einkommen, Arbeit, Wohnen und sozialer Integration unterschieden. Im Hinblick auf die psychosozialen Auswirkungen von Armut auf diese Altersgruppe ist entscheidend, ob diese Situation vor allem die finanzielle Seite betrifft oder eine Familie unter einer multidimensionalen und schwerwiegenden Unterversorgung in zentralen Lebensbereichen leidet. Auch die Dauer der Armutslage ist von Bedeutung. Dabei hat sich langanhaltende Armut gegenüber kurzen Armutsperioden als weitaus nachteiliger für die kognitive sowie die sozial-emotionale Entwicklung erwiesen.

Die subjektive Wahrnehmung von Armut und deren Auswirkungen auf die individuelle Lebenssituation lassen sich ebenfalls fassen. Charakteristisch ist zum Beispiel das Gefühl, „nicht dazuzugehören“, „ganz unten zu sein“ und alle anderen „über sich“ zu sehen, dem in der Alltagsrealität die geringen Teilhabechancen entsprechen und eine zunehmende soziale Isolation und als typisches Merkmal das Erleben von Ausgrenzung.

Armut und Gesundheit

Mit den anhaltend hohen Armutsquoten bei Kindern und Jugendlichen gerät zunehmend auch der Einfluss dieser Situation auf den Gesundheitsstatus der Altersgruppe ins Blickfeld der Allgemeinheit. Der enge Zusammenhang zwischen individuellem Gesundheitsstatus und Sozialstatus ist nicht neu, doch er wurde lange Zeit kaum

thematisiert und auch nicht kontinuierlich dokumentiert. Impulse zur Wiederbelebung der Thematik kamen unter anderem aus den angelsächsischen Ländern. Sie bewirkten in Deutschland die Beteiligung an internationalen Forschungsaktivitäten und in manchen Bundesländern auch die Einführung einer altersgruppenspezifischen Gesundheitsberichterstattung sowie die aktuelle KiGGS-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit und die sich daran anschließenden Sondererhebungen z.B. zur Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die zunehmend sozial differenziert vorgenommen wurden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, dass sich die Gesundheitsniveaus bereits im Kindes- und Jugendalter je nach sozialer Statusgruppe auseinander bewegen. Sie verweisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen – plakativ ausgedrückt – materieller Armut, Bildung und Gesundheit und belegen unmissverständlich: Soziale Ungleichheit führt über Unterschiede in gesundheitsrelevanten Faktoren zu gesundheitlicher Ungleichheit und damit zu Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Die Befunde basieren auf empirischen Analysen über die gesamte Lebensspanne, die für die unterste im Vergleich zur obersten Statusgruppe eine um mehr als zehn Jahre kürzere (bei Männern) bzw. um mehr als acht Jahre kürzere (bei Frauen) Lebenserwartung ausweisen¹. Bezüglich der Morbidität ist nachzuweisen, dass die unteren Statusgruppen stärker als die oberen von der Mehrzahl gesundheitsgefährdender Faktoren betroffen sind. Dieser Zusammenhang betrifft Rauchen, Übergewicht, Mangel an sportlicher Betätigung, Bluthochdruck, unausgewogene bzw. ungesunde Ernährung, physische Arbeitsbelastungen (wie Lärm, Unfallgefahren), einige psychische Arbeitsbelastungen (wie Monotonie, geringer Handlungsspielraum), Stress und

1 Lampert u.a. 2007

das Gefühl mangelnder Kontrolle über Lebens- und Arbeitsbedingungen, beengte Wohnbedingungen, Lärm und Luftverschmutzung in der Wohnumgebung, u.v.m.. Ein besonders auffälliges Signal wird über den Zahnstatus, vor allem nach den Neuregelungen in diesem Bereich durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre gesetzt. Nicht nur Karies, Parodontopathien und Zahnlosigkeit sind in unteren sozialen Schichten deutlich häufiger verbreitet als bei Statushöheren, sondern auch der Sanierungsgrad weist einen deutlichen Soziallagenbezug auf: Das zeigt deutlich, dass materielle Notlagen und fehlende Kaufkraft die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen und damit funktionelle Beschwerden oder auch verändertes Ernährungsverhalten nach sich ziehen. Es zeigt gleichzeitig auch, dass Angehörige unterer Statusgruppen die Angebote der gesundheitlichen Versorgung, wie z.B. zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung weniger in Anspruch nehmen. Mit dieser verminderten Inanspruchnahme von Leistungen korrespondiert ein geringeres Gesundheitswissen (vgl. Abb. 1).

Abb.: 1 Informationsdefizite

Sozial benachteiligte Personen wissen wenig über:

- ▶ Risikoverhalten und die Bewältigung von gesundheitlichen Problemen
- ▶ Gesundheitsförderung allgemein und die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Empfehlungen im Alltag
- ▶ Die gesundheitliche Regelversorgung und die relevanten Ansprechpartner/innen
- ▶ Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und besondere Fördermöglichkeiten
- ▶ Ihre Rechte

Was sich im Erwachsenenalter in höherer Morbidität und Mortalität manifestiert, wird oft schon in der frühen Kindheit (bzw. schon in der Schwangerschaft) erworben und ist im Kindes- und Jugendalter bereits nachzuweisen. Armut und soziale Benachteiligung erhöhen in dieser Entwicklungsphase die Wahrscheinlichkeit physischer, psychischer und psychosoma-

tischer Erkrankungen. In Schuleingangsuntersuchungen schneiden Mädchen und Jungen aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status zu einem nicht geringen Teil schlechter ab als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede hinsichtlich des Sehvermögens, der Sprachentwicklung, in der Wahrnehmungsentwicklung und bei kinderpsychiatrischen Störungen. Diese Defizite sind Ausdruck ungleicher Lebensbedingungen, die nicht nur die Gesundheitsbiographien sondern auch die Bildungsverläufe prägen. Beeinträchtigungen in der Sprachentwicklung oder der Wahrnehmungsentwicklung wirken sich auf das Lernvermögen (z.B. Lesen) und/oder vermittelt auch auf Verhaltensauffälligkeiten aus, sodass die betroffenen Mädchen und Jungen bereits zu Schulbeginn ihren Gleichaltrigen in wesentlich Entwicklungsbereichen unterlegen sind, ohne dass sie auf Ressourcen in ihrem Herkunftsmilieu zurückgreifen können (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Brandenburg 1999, 2001, Berliner Kinderspezialbericht 2006, Niedersächsische Schuleingangsuntersuchungen SOPHIA 2004, u.v.m.). Bildung – eine der wesentlichen Ressourcen zu Lebensbewältigung kann damit in weite Ferne rücken. Gleichzeitig wird die Schule selbst, zumindest bezogen auf ihre Selektionsfunktion, zum Risikofaktor.

Für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten finden sich auch bei älteren Schülerinnen und Schülern zahlreiche Belege. Elf- bis Fünfzehnjährige leiden häufiger unter Kopf- und Magenschmerzen, unter Einsamkeit und Hilflosigkeitsgefühlen und geringem Selbstbewusstsein. Bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bewerten sich arme Schülerinnen und Schüler schlechter als die aus reicheren Elternhäusern². Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien sind wesentlich häufiger von schweren psychischen Erkrankungen betroffen, für die es bundesweit nur ungenügende ambulante Behandlungsmöglichkeiten gibt und die

² siehe auch unter: HBSC Health Behaviour in School-aged Children. Internationale Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Deutschland. Universität Bielefeld.

bei Hamburger Achtklässlern erhobenen Daten zeigen, dass Haupt- und Realschüler/innen einen durchgängig schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Gymnasiasten/innen. Sie waren sowohl bei Unfällen und Krankenhausaufhalten wie auch bei akuten Erkrankungen 1,5 bis 2 mal so häufig betroffen. Der Zusammenhang von Armut, Bildung und Gesundheit bestimmt also nachhaltig die sozialen und gesundheitlichen Chancen junger Generationen.

Durch die KiGGS-Studie hat sich der Wissensstand um den Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sehr erweitert. Die momentane Datenlage lässt zumindest in Teilbereichen sogar schon sehr differenzierte Aussagen zu. So leben beispielsweise Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund zu einem beträchtlich höheren Ausmaß (53,7%) in sozial benachteiligter Lage verglichen mit Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (22,1% bzw. 27,0%). Allerdings manifestieren sich gravierende Unterschiede hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit innerhalb der Migrantengeneration. So gehören mit 70,7% Kinder und Jugendliche aus der Türkei mit Abstand am häufigsten der untersten Sozialschicht an, gefolgt von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion (48,2%) sowie aus den arabisch-islamischen Ländern (44,4%). Kinder und Jugendliche aus Westeuropa, Kanada und den USA liegen hingegen mit ihrem Anteil von 16% noch unter jenem der Kinder aus Deutschland.

Auch die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sind laut KiGGS-Studie innerhalb der Migrantengeneration ungleich verteilt. So sind die gesundheitliche Situation sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus binationalen Familien mit einem einheimischen Elternteil mit der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund vergleichbar. Deutliche Unterschiede lassen sich aber vor allem je nach Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration konstatieren. Insbesondere verhaltens- bzw. lebensstilab-

hängige Gesundheitsmerkmale sind durch die Herkunftskultur beeinflusst und wirken je nach Herkunftskultur und den daran geknüpften tradierten Verhaltensmustern als Protektiv- oder Risikofaktoren. Die Unterschiede spiegeln sich beispielsweise in Ablehnung oder Zustimmung zu Tabak- und Alkoholkonsum sowie in Unterschieden in Zahnpflege, Ernährungsgewohnheiten, im Stillverhalten, aber auch im Gewichtsstatus der untersuchten Kinder und Jugendlichen wider.³

Armut und Ernährung

Ernährung in Armutslagen ist oft mit einer vermehrten Zufuhr von Nährstoffen verbunden, denen bei hohem Konsum negative Wirkungen auf Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus oder verschiedene Krebsarten zugeschrieben werden können. Gleichzeitig geht sie mit einer Unterversorgung an Nährstoffen einher, die eine Schutzwirkung vor bestimmten Krankheiten (z.B. Darmerkrankungen) entfalten können. Diese Essgewohnheiten werden bereits früh erworben und meistens auch im Erwachsenenalter beibehalten. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie⁴ zeigen ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten, bei Kindern mit Migrationshintergrund, bei Kindern, die nicht gestillt wurden und bei Kindern, deren Eltern ebenfalls übergewichtig sind. Es ist mittlerweile hinreichend belegt, dass Kleinkinder aus Armutshaushalten eine erhöhte Zufuhr an Zucker und gesättigten Fettsäuren und eine geringere Versorgung mit Ballaststoffen, Mineralien und Vitaminen haben. Sie essen weniger Vollkornbrot, Obst und Gemüse. Sie nehmen häufiger Limonaden, Chips und Fast-Food-Produkte zu sich und leiden entsprechend häufiger an Übergewicht und Zahnkaries. Manches erscheint davon als falsches Gesundheitsverhalten bedingt durch Fehlverhalten der Eltern. Manches ist jedoch auch einem Leben in (dauerhafter) Armut oder in lang anhaltender prekärer Lebenslage zuzurechnen. Unreflektierte Vorverurteilungen der Eltern sind daher zu vermeiden,

denn es ist auch bewiesen,

- ▶ dass sich Ernährungsumfang und -qualität in Haushalten, die Transfer-einkommen erhalten, vor allem in der zweiten Monatshälfte verschlechtern, wenn das Geld knapp wird und
- ▶ dass Mütter aus Armutshaushalten versuchen, die armutsbedingten Belastungen soweit wie möglich von ihren Kindern fernzuhalten, indem sie selbst auf vieles (auch auf eigene Nahrung) verzichten, nur um ihre Kinder ausreichend versorgen zu können. Dieses Verhalten findet sich besonders bei alleinerziehenden Müttern⁵.

Armut als Risikofaktor

Im Zusammenhang mit Armut und sozialer Benachteiligung können viele weitere Faktoren genannt werden, die sich für Kinder zu Risiken auswachsen können: eine beengte, deprivierende Wohnsituation, d.h. fehlende Möglichkeiten zum Spielen, in Ruhe Hausaufgaben zu machen oder zu entspannen, sowie ein ungünstiger Familienhintergrund, z.B. bedingt durch lange Erwerbslosigkeit der Eltern, sehr junge Elternschaft, chronische Erkrankung eines Elternteils, soziale Isolation oder eine Suchterkrankung. Besonders kritisch wird es, wenn diese Faktoren gehäuft auftreten und Kinder (längerfristig) in besonders verletzlichen Phasen treffen. Welche Erfahrungen Ausgrenzung mit sich bringen kann, soll das folgende Beispiel einer Grundschülerin zeigen, die mir in einem Interview auf die Frage danach, wie sie das vergangene Wochenende verbracht hat, Folgendes erzählte:

Es war ja Stadtfest hier und meine Mutter hatte ja kein Geld. (...) Ich hab geweint, geweint, geweint, bis ich Kopfschmerzen hatte. Ich wollte ja auch unbedingt da so hin (...).

Ja, dann gehe ich jetzt in die Stadt rein und guck mir so was an. Bin ich da zum Stadtfest rein gegangen, hab die ganze Zeit geguckt, mein ganzer Kopf war rot und traurig drinne und so. Ich hab nicht geweint, aber still war ich. Hab mir Musik angeguckt. Ja, mehr war das nicht. (...)

Ja, und dann bin ich zu meinen Freunden gegangen und da haben sie gefragt, was machst du denn hier? Hab ich gesagt, meine Mutter hat kein Geld, ich kann jetzt nichts machen. Hab'n sie gesagt: Ach so.... Ja, dann bin ich weitergegangen, weil, ist natürlich blöde....

Frage: Mit den Freundinnen bist du dann nicht zusammen geblieben?

Antwort: Nä. Die wollten ja in das große Karussell.

Frage: Ach so. Und die haben dich gefragt, was du jetzt machst, ob du mitkommst?

Antwort: Ja.

Frage: Und was hast du gesagt? (...)

Antwort: Meine Mutter hat mir kein Geld gegeben. Die hat keine Arbeit.

Frage: Weil sie keine Arbeit hat?

Antwort: Ja.

Frage: Dann bist du alleine weitergegangen?

Antwort: Ja und war natürlich traurig, dass ich nicht mit rein konnte. Dann bin ich zurückgegangen nach Hause.⁶

Die Lebenssituation dieser Schülerin ist durch Ausgrenzung und durch Gefühle des Alleingelassensein und permanente Anspannung gekennzeichnet, eine Gefühlslage, die man mit Demoralisierung bezeichnet. In der Regel gehen damit Angstgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten einher. Ursache für Gefühle der Demoralisierung ist das subjektive erfahrene Ungleichgewicht von individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und Anforderungen der Umwelt. Wie Kinder Armut erleben und bewältigen, hängt unter anderem maßgeblich vom familiären Klima ab. Das Mädchen sagt an anderer Stelle des Interviews auch: „Mit meiner Mutter kann man gar nicht reden. (...) Und wenn man ihr was sagen will, was man nicht gut findet (...), wird sie immer wütend und haut dann und so. Deswegen hab ich auch gesagt, mit dir kann man nicht reden. Weiß nicht, dann geh ich immer in mein Zimmer... ganz komisch ist das.“⁷

Problembewältigung

In einem von Armut geprägten Alltag ist

3 KiGGS 2003-2006

4 KiGGS 2007

5 Feichtinger 2000

6 Richter, 2000, S. 100f

7 Richter, 2000: S. 53

es entscheidend, was Kinder den daraus resultierenden Anforderungen entgegenzusetzen können, wie sie Konflikte aktiv lösen und Probleme bewältigen. Der individuellen Wahrnehmung und Bewältigung von Problem- und Risikosituationen (Coping) wird damit eine hohe Bedeutung zugewiesen. Zu den gesicherten Erkenntnissen in diesem Zusammenhang gehört, dass Erlebens- und Verhaltensprobleme bei überwiegender Nutzung „aktiver“ Coping-Strategien weitaus seltener auftreten; d.h. für den erfolgreichen Umgang mit Belastungen ist ein aktives Herangehen an potentiell krisenhafte Situationen statt eines bloßen „Reagierens“ wesentlich. Das Gefühl *selbst wirksam* sein zu können und *eigene Kontrolle* über Entscheidungen zu haben, ist dabei ebenso wichtig wie die Förderung von Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme. Mit aktionalen Bewältigungsformen werden im allgemeinen positive Wirkungen auf Gesundheit, Persönlichkeitsentwicklung und Ressourcenerwerb verbunden.

Doch Armut und soziale Benachteiligung beeinflussen die Verhaltensweisen, die zur Bewältigung von Problemlagen und Konfliktfällen eingesetzt werden oft so, dass sie „chronifiziert“ werden. Gemeint ist, dass von Armut betroffene Kinder eher als andere Gleichaltrige dazu neigen, Belastungen und Probleme zu vermeiden, zu internalisieren und nicht aktiv anzugehen, woraus sich nicht nur psychosoziale Probleme ergeben können, sondern auch weit reichende Benachteiligungen in vielen anderen Lebensbereichen, wie z.B. beim Schulerfolg⁸. Früh erfahrene Armut verstärkt internalisierendes Verhalten, Ängstlichkeit und Depressivität, sowie das lang anhaltende Gefühl, „Opfer“ zu sein. Eine Bewältigung der daraus erwachsenden Probleme geschieht vor allem durch Rückgriff auf eigene, begrenzte Möglichkeiten und Ressourcen. Für die betroffenen Kinder bedeutet dies nicht nur Verzicht und Mangel, sondern auch lang anhaltende Benachteiligung, da Belastungen nur dann erfolgreich und ohne gravierende psychosoziale Folgen bewältigt werden können, wenn ausreichende soziale und personale

Ressourcen zur Verfügung stehen. Neben sicheren Bindungserfahrungen aus der frühen Kindheit, über die Vertrauen und vertrauensvolle Beziehungen entstehen können, werden immer wieder die Qualität des Elternverhaltens und das familiäre Klima als Schutzfaktoren genannt.

Neues Verständnis von Gesundheit

Wie in den vorhergehenden Abschnitten schon deutlich wurde, beeinflussen nach dem hier vertretenen Verständnis nicht nur körperliche, sondern auch psychosoziale Aspekte die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Außerdem wird Armut als einer der größten Risikofaktoren für die Gesundheit dieser Altersgruppe angesehen. Daneben wurden aber auch bereits protektive Faktoren genannt, die sich ausschlaggebend auf den Gesundheitsstatus auswirken können. Diese Sichtweise entspringt einem verändertem Verständnis von Gesundheit, das am besten durch einen grundlegenden Perspektivwechsel charakterisiert werden kann.

Es gibt unterschiedliche Definitionen von Gesundheit. Sie beeinflussen die Sichtweise auf die einzusetzenden Mittel zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten und zur Förderung von Gesundheit. Sie entscheiden auch darüber, ob und in welchem Maße den Menschen Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übertragen wird oder nicht. Zwei Ansätze prägen die heutige Sicht von Ge-

sundheit ganz besonders – die Erklärung von Alma Ater und Aaron Antonovskis Konzept der Salutogenese.

1. Auf der internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Alma Ater wurde eine richtungsweisende Erklärung verabschiedet, die Gesundheit als fundamentales Menschenrecht und als einen Zustand umfassenden Wohlbefindens definiert, der mehr beinhaltet als die Abwesenheit von Krankheit. Das Erreichen dieses höchsten Niveaus von Gesundheit gilt als eines der wichtigsten sozialen Ziele weltweit, dessen Realisierung den Einsatz vieler anderer sozialer und wirtschaftlicher Sektoren zusätzlich zum Gesundheitssystem erfordert.

Gesundheit – die Definition der WHO

Nach der Erklärung der WHO ist Gesundheit „ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung.“ Seitdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1948 diese ganzheitlich ausgerichtete Definition von Gesundheit formulierte, die sich an somatischen, psychischen und sozialen Aspekten orientiert, wird Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens gesehen. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.



Christa-Maria Pigulla erläutert das neue Caritasnetzwerk

2. Aaron Antonovsky betont in seinem salutogenetischen Konzept die Stärkung der Gesundheitsressourcen eines Menschen gegenüber der bisher üblichen starken Ausrichtung der Medizin auf Risikofaktoren. Am salutogenetischen Konzept interessiert vor allem, warum Menschen gesund bleiben und nicht so sehr, warum sie krank werden. Aus dieser Perspektive erklärt sich die wachsende Bedeutung von Gesundheitsförderung mit ihren verschiedenen Ansätzen und Instrumenten. Mit seinem Konzept der Salutogenese lieferte Antonovsky weitere wichtige Bausteine und eine weit reichende Neuorientierung im Verstehen von Gesundheit und Krankheit als zwei entgegen gesetzten Positionen auf einem Kontinuum. Nach diesem Ansatz ist ein Mensch nicht entweder gesund oder krank, sondern befindet sich zu einem bestimmten Zeitpunkt auf einer bestimmten Position zwischen Gesundheit und Krankheit. Interessant sind dabei die Perspektiven, die sich durch diese Sichtweise eröffnen. Das salutogenetische Konzept ist vor allem ausgerichtet auf die Analysen fördernder und stärkender Faktoren, auf die ganzheitliche, nicht allein symptomorientierte Betrachtung und auf die Stärkung der Bewältigungskompetenzen des Individuums. Gegenüber der bisher üblichen starken Ausrichtung der Medizin auf Risikofaktoren betont es die Stärkung der Gesundheitsressourcen eines Menschen. Bezogen auf unser Erkenntnisinteresse muss die zugegebenermaßen vereinfachte und plakative Fragestellung lauten: Was erhält ein Kind unter Armutsbedingungen gesund?

Gesundheitsförderung - Ergebnis des Perspektivenwandels

Mit Gesundheitsförderung werden die gesundheitsbezogenen Anstrengungen bezeichnet, die im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation das Ziel verfolgen, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Gesundheitsförderung als gezielte Präventionsstrategie wird laut Ottawa-Charta sowohl als Instrument zur Steigerung der individuellen Handlungs-

und Bewältigungskompetenzen wie auch als gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe definiert, mit dem Ziel gesundheitsfördernde Bedingungen für Alle zu schaffen. Individuen und Gruppen sollen ihre Bedürfnisse wahrnehmen und ihre Lebensumstände verändern können. Dieser Ansatz versteht sich als emanzipatorisch – ein Schlüsselwort in der Ottawa Charta lautet „Empowerment“ – und als politisch, denn das Ziel ist, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Lebenswelten) zu generieren, um mehr Chancengleichheit zu schaffen.

Eine Schlüsselrolle bei der Etablierung der Gesundheitsförderung als Interventionsform nahm die WHO ein. Sie erarbeitete flankierende Konzepte zur Umsetzung, wie z.B. das der gesundheitsfördernden Settings, die die abstrakten Konzepte der Ottawa-Charta ergänzen. Auf europäischer Ebene sind im Verlauf dieses Prozesses Konzepte und Strategien zur Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich entwickelt und konkretisiert worden, die für die Gesundheitsförderung in Europa grundlegend waren. Diese verstanden sich als Aktionsprogramm mit der Zielsetzung „Gesundheit für Alle“. Die Verringerung sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheiten gehört danach zum Kern der Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der WHO.

Im Zentrum von Gesundheitsförderung steht also die Förderung individuell zur Verfügung stehender Ressourcen, die zur Minimierung von Gesundheitsrisiken eingesetzt werden können, sowie die Verringerung gefährdender gesellschaftlicher Einflüsse auf die Vulnerabilität des Individuums und der parallele Aufbau protektiver Kräfte.

Dieser Perspektivenwechsel spiegelt sich in zahlreichen, zur Zeit höchst aktueller Konzepten nicht nur der Gesundheitsförderung, sondern im Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren oder im Verständnis von Resilienz als psychischer Widerstandskraft gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Alle diese Konzepte zielen auf den Erhalt von Gesundheit trotz erhöhter Entwicklungsrisiken.

Im Klartext bedeutet das für Prävention

und Intervention: Es ist unzureichend, nur die Risiken, Probleme und Symptome im Leben eines Kindes zu bewerten. Wichtig ist, die Ressourcen ebenso gut zu kennen wie die Risiken, die potenziellen schützenden Systeme ebenso wie die Vulnerabilitäten (Verletzbarkeiten), vorhandene Kompetenzen genauso wie vorhandene Symptome. Eine solche Denkweise eröffnet nicht nur die Befreiung vom Zwang des Determinismus, im Sinne einer schicksalhaften Vorbestimmung des Lebens, sondern ermöglicht auch die Entwicklung präventiver Handlungskonzepte und praxisorientierter Instrumente.

AWO-ISS-Studie verweist auf Bedeutung familiären Rückhalts

Einen ersten Schritt in diese Richtung ging die AWO/ISS-Studie (2005), als sie die Auswirkungen von Kinderarmut als wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung von Mädchen und Jungen in den Blick nahm und die Entwicklung von Kindern mehrfach vom Kindergartenalter bis zum Übergang in die weiterführenden Schulen unter diesem Aspekt begutachtete. Das Interesse galt dabei den Faktoren, die eine positive Entwicklung der Kinder trotz dauerhafter Armut begünstigen. Schutzfaktoren wurden in diesem Konzept in den Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes, den Merkmalen der engeren sozialen Umwelt und dem außerfamilialen Stützensystem verortet. Das Ergebnis zeigt u.a., dass bei anhaltender finanzieller Armut vor allem familiäre Ressourcen schützend im Sinne einer positiven Entwicklung der Kinder wirken. Unterstützung, Anregung und Förderung, kurz gesagt familiärer Rückhalt wirkt sich vor allem unter Armutsbedingungen als Schutzfaktor für einen positiven Entwicklungsverlauf aus. Als stärkender Faktor wurden vor allem „Familienaktivitäten“ ermittelt, d.h. mehr oder weniger alltägliche Ereignisse, wie gemeinsame Gesellschaftsspiele, Vorlesen, Besuche bei Freunden und Verwandten und auch strukturgebende Rituale, wie tägliche Mahlzeiten mit mindestens einem Elternteil. Hervorzuheben ist dabei übrigens, dass sich diese Aussagen auf alle Familienformen (d.h. auf Ein-Eltern-, Zwei-Eltern- oder Patchworkfamilien)

beziehen. Gleichzeitig erheben die Autorinnen und Autoren der Studie aber auch die Forderung Eltern bzw. Familien weitaus stärker zu fördern als dies heute geschieht. Als Argument wird dabei auch angeführt, dass gerade sozial benachteiligte Familien weitaus seltener von sozialen Hilfen wie Erziehungs- und Schuldnerberatung, Familien-Freizeitaktivitäten oder ergo- und logotherapeutischen Angeboten etc. erreicht werden und damit mehr als andere auf die eigenen – knappen – Ressourcen angewiesen sind und damit an kulturell oder sozial bedingten Zugangsbarrieren zu diesen Angeboten scheitern.

Mehrebenenmodell als Grundlage der Interventionen

Für den Transfer dieser Erkenntnisse in die Praxis bietet sich ein Mehr-Ebenen-Modell an, das Interventionsziele zur Förderung von Kindern und Jugendlichen auf der individuellen Ebene, der familiären und außerfamiliären Ebene verortet.

Auf der individuellen Ebene gehört dazu beispielsweise der Erwerb von Basiskompetenzen, wozu ein positives Selbstkonzept und zunehmende Kontrollenerwartung gehören, verbunden mit einer langsam wachsenden Einsicht, Ziele erreichen zu können. Als weiteres grundlegendes Ziel gilt der Erwerb von Fähigkeiten zur Selbstregulation und Anpassung im Umgang mit Belastungen oder übermäßigen Reizen, die das Vermögen beinhalten, sich bei Bedarf innerlich zu distanzieren und vor Überforderung zu schützen. Entscheidend ist außerdem, ob Kompetenzen zur Bewältigung von Problemen und Konflikten gelernt wurden. Darunter fällt auch die Fähigkeit zu „kognitiver Flexibilität“, die es erlaubt, Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und verschiedene Lösungsstrategien zu entwerfen oder auch angesichts eines negativen Ereignisses oder einer schwierigen, emotional belastenden Situation eine Ablenkung zu finden. Im Vorschulalter beinhaltet dies zudem die sich langsam entwickelnden Einsichten in die Zusammenhänge zwischen Mitteln und Erfolg und ein wachsendes Repertoire von Aushandlungsmöglichkeiten. Wichtig ist auch angesichts unserer multi-ethnischen Gesellschaft und

vor der Maxime gelingender Integration unterschiedlicher kultureller Milieus, dass sich Kinder in verschiedenen kulturellen und sozialen Umwelten bewegen und mit unterschiedlichen Rollenerwartungen konstruktiv umgehen können.

Besonders unter Armutbedingungen ist es entscheidend, was Kinder den Anforderungen des Alltags entgegen setzen können. Als Ressource gelten sichere Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit, über die Vertrauen und vertrauensvolle Beziehungen zur Welt aufgebaut werden können. An dieser Stelle erscheint als ausschlaggebendes Moment wieder die Qualität des Elternverhaltens und das familiäre Klima. Denn es ist nicht selbstverständlich, dass Eltern auch in existentiell schwierigen Lebenslagen immer in der Lage sind, Kindern diese Stabilität gewährend Erfahrung zu vermitteln. Sie brauchen dazu in manchen Fällen außerfamiliäre Unterstützung.

Das kognitive Funktionsniveau stellt ein grundlegendes menschliches Anpassungssystem dar und macht Bildung zu einer Ressource der Lebensbewältigung. Kindertagesstätten und Schulen bieten für arme und sozial benachteiligte Kinder oft den einzigen Ort an dem ihre Potenziale gefördert werden können. Auch der für die Bewältigung von Belastungen dringend notwendige aktiv-problemlösende Bewältigungsstil kann hier erworben werden. Erzieherinnen und Erzieher können mit ihrem eigenen Verhalten als Modell dienen, das kindliche Interesse wecken und Kinder dabei unterstützen, zur Lösung von Konflikten und Probleme verschiedenartige Lösungswege zu entdecken. In die gleiche Richtung wirkt das Gefühl von Selbstwirksamkeit, das durch die Erfahrung gefördert wird, wirken und etwas bewirken zu können. Für Erzieherinnen und Erzieher bedeutet das zum Beispiel auch in gemeinsamer Reflexion die Erfahrungen der Mädchen und Jungen zu sichten und ihnen zu helfen, diese zu verbalisieren, um so den innewohnenden Handlungsmustern auf die Spur zu kommen und den Kindern zu helfen, Worte für emotionale Prozesse zu finden.

Als Maxime erzieherischen Handelns gilt unverändert, dass die Wertschätzung von

Kindern in Partizipation, Mitbestimmung und in die Förderung von Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme münden muss. Lothar Krappmann formuliert es so: „Immer dann, wenn ein Kindergarten, eine Spielgruppe von Kindern nicht ein Kindergarten oder eine Spielgruppe für Kinder, sondern mit Kindern ist, also die Beteiligung der Kinder fördert, entstehen Situationen, in denen Kompetenzen ablesbar und aufsaugbar sind“.⁹

Schlüsselstrategien, die hier ansetzen, sollten über die individuelle Kompetenzförderung hinausgehen. Sie müssen immer auch auf die Stärkung außerfamiliärer Schutzfaktoren, wie auf ein ausgedehntes Freundschafts- und Verwandtschaftsnetzwerk, auf regelmäßige Freizeitaktivitäten mit Freunden oder Nachbarn, auf Wohlbefinden in Kita und Schule und auf die Öffnung kommunaler Systeme gerichtet sein. Sie sind eben nicht nur auf das Verhalten des Einzelnen zu richten, sondern auch auf den Grad der Integration in das soziale Umfeld und auf eine positive Veränderung der Rahmenbedingungen.

Settinorientiertes Vorgehen als mögliche Strategie

Als geeignet erweist sich dabei ein settingorientiertes Vorgehen, hinter dem die Überzeugung steht, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung fokussiert nicht nur das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Rahmenbedingungen in der Kita, der Schule, dem Stadtteil, d.h. auf die Verhältnisse unter denen Menschen lieben, leben, lernen, spielen und arbeiten. Interventionen setzen also am Lebensalltag an und richtet sich dabei an *alle* beteiligten Akteure. Eine besondere Stigmatisierung als hilfebedürftig wird dadurch vermieden.

Dahinter steht die Überzeugung, dass Verhaltensänderungen nur möglich sind und langfristig stabil erfolgen, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten der Zielgruppe übereinstimmen. Daraus folgt, dass die gesundheitsrele-

⁹ Krappmann, 9/2003, S. 8.

vanten Rahmenbedingungen nur gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen und sowie unter Berücksichtigung der jeweiligen sozialen Gefüge und Organisationsstrukturen verbessert werden können. Für eine solche Vorgehensweise gibt es mittlerweile diverse Beispiele, die in den Fachpublikationen der Gemeinwesenarbeit oder der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten¹⁰ zu finden sind. Allen gemein ist, dass sie sich anwaltschaftlich für das Kind bzw. für

die Familie einsetzen, mit dem Ziel, deren Widerstandskräfte zu stärken.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass eine Lösung der oben skizzierten Problematik nicht in der Individualisierung der zum großen Teil gesellschaftlich verursachten Risiken zu finden ist, sondern nur in der breiten gesellschaftlichen Unterstützung von Familien durch soziale Hilfen und durch ein qualitativ hochwertiges Bildungs- und Betreuungsangebot in Kindertagesstätten und Schulen.

10 vgl. Richter 2004; Regionaler Knoten Nds.2008

Literatur

Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen.

Feichtinger, Elfriede: *Ernährung in Armut. In: Suppenküchen im Schlaraffenland. Armut und Ernährung von Familien und Kindern in Deutschland*. Hrsg: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Hannover 2000.

Holz, Gerda, Richter, Antje, Wüstendörfer, Werner, Giering, Dietrich: *Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit*. Endbericht der 3. AWO-ISS-Studie im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. ISS-Aktuell 8/2005. Frankfurt a.M. 2005.

Krappmann, Lothar: *Kompetenzförderung im Kindesalter*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte (B9/2003)*. Online-Ausgabe.

KiGGS: *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2008.

Lampert, Thomas, Kroll, Lars Eric, Dunkelberg, Annalena: *Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland*. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ 42/2007)*. Online-Ausgabe.

Regionaler Knoten Niedersachsen: *Strategien gegen Kinderarmut- Impulse für die Praxis*. Hannover 2008. Download unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/broschuere.strategien.kinderarmut.pdf>

Richter, Antje: *Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region*. Shaker Verlag, Aachen 2000.

Richter, Antje (2004): *Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder im Setting Kindertagesstätte*. In: Richter, Antje, Holz, Gerda, Altgeld, Thomas (Hg.): *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotentialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich*. Frankfurt a. M., 2004.

Richter, Antje: *Armutsprävention - Ein Auftrag für die Gesundheitsförderung*. In: Zander, Margherita (Hg.): *Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis*. Wiesbaden 2005.



Dr. Antje Richter



Dr. Monika von dem Knesebeck

Strategien gegen Kinderarmut

Impulse für die Praxis



Strategien gegen Kinderarmut

Dass Kinderarmut besteht, ist eine Tatsache

Armut bei Kindern wird in der Regel auf der Grundlage der Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II gemessen. Danach lag die Armutsquote in Niedersachsen bei Kindern im Juni 2007 bei 16,2% (Nds. Landesamt für Statistik); d.h. jedes 6. Kind war auf Leistungen nach Hartz IV angewiesen. Regionale Unterschiede in der Armutsbetroffenheit haben je nach Wohnort und Region eine Spannweite

von 9,8% bis zu 30,2%. In vielen niedersächsischen Städten liegt die Kinderarmutsquote aufgrund der Konzentration der Armutsbevölkerung in speziellen Stadtteilen sogar noch weit darüber. Und - diese Zahlen enthalten noch nicht die Kinder in Familien in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen, die trotz eigenem Vollzeitverdiensteinkommen oder Zweit- und Drittjobs an der Armutsgrenze leben.

- Impulse für die Praxis -

3. „Runden Tisch“ Kinderarmut vor Ort einrichten

Kinderarmut ist ein Problem mit vielschichtigen Ursachen. „Runde Tische“ bieten eine Plattform, um das Problem von allen Seiten zu beleuchten. So entstehen Möglichkeiten für übergreifende Kooperationsbeziehungen vor Ort. Hier kann Familienpolitik auf kommunaler Ebene umgesetzt werden, die darauf ausgerichtet ist, gleiche Entwicklungschancen für Kinder zu schaffen und für Familien Rahmenbedingungen herzustellen, innerhalb derer sie ihrer Verantwortung gerecht werden können. Am „Runden Tisch“ sollten sich beteiligen: Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Soziale Dienste, Wohlfahrtsverbände, Schulen, Politik, freie Initiativen und andere Partner, die sich in der Armutsprävention engagieren.

Im Hinblick auf arme Kinder sollten sich die Themen an den nachfolgenden Punkten 4-10 ausdrücken.

Strategien gegen Kinderarmut

Entstehungsgeschichte der Broschüre

Die Broschüre „Strategien gegen Kinderarmut – Impulse für die Praxis“ ist das Produkt eines gemeinsamen Prozesses intensiver Diskussionen. Ausgangspunkt war eine Einladung des landesweiten Arbeitskreises



Armut und Gesundheit zur Veranstaltung „Kinderarmut“ in der Ärztekammer Niedersachsen im Frühjahr 2007.

Der Austausch der Akteure aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich über die dort vorgestellten Erfahrungsberichte und Modellbeispiele resultierte in dem Wunsch nach regelmäßiger Zusammenarbeit in einer Unter-Arbeitsgruppe „Kinderarmut“. Ziel der Broschüre ist es, erfolgreiche Strategien gegen Kinderarmut zu benennen und Impulse für die Praxis zu geben. Sie verdeutlicht einen gemeinsamen Lernprozess und die Sicht sowie die Erfahrungen der beteiligten Akteure und Institutionen.

- Impulse für die Praxis -

Die Zehn Schritte

1. Existenz von Kinderarmut auf kommunaler/regionaler Ebene wahrnehmen

Kinderarmut ist sichtbar. Sie führt bei Kindern zu Einschränkungen in ihren Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten. Dies beginnt schon in den ersten Lebensjahren und gilt für die gesamte Kindheit. Das Eingeständnis „bei uns in der Kommune gibt es Armut bei Kindern“ ist der erste Schritt. Im Anschluss daran ist zu fragen: Wie können welche Hilfen frühzeitig präventiv eingesetzt werden?



Strategien gegen Kinderarmut

4. Regelmäßige Berichterstattung über Kinderarmut einführen

Das Ziel ist, Chancengleichheit und gesellschaftliche Teilhabe für alle in der Kommune lebenden Kinder zu gewährleisten. Dazu benötigt jede Kommune Angaben über Ausmaß und Verteilung von Kinderarmut. Nur auf der Grundlage solcher Daten können effiziente Konzepte, Maßnahmen und Projekte entstehen, die zur wirkungsvollen Bekämpfung und Prävention geeignet sind. Am Beginn der Berichterstattung über Kinderarmut muss eine von Kommunalpolitik, Wohlfahrtsverbänden und der kommunalen Verwaltung getragene Übereinkunft über Indikatoren stehen, die regelmäßig erfasst und systematisch aufgearbeitet werden. Eine jährliche Berichterstattung über Kinderarmut gegenüber relevanten Gremien umfasst auch aus den Daten abgeleitete Ziele und Maßnahmen sowie deren Evaluation.

Die Berichterstattung über Kinderarmut ist der Beginn einer regelmäßigen, nachhaltigen und ganzheitlichen Armutsberichterstattung.

- Impulse für die Praxis -

Jedes sechste niedersächsische Kind ist arm, in manchen Regionen sogar jedes dritte.

Das Problem Kinderarmut hat weitreichende Auswirkungen: Armut in der Kindheit führt oft zu Unterstützungsbedarf im Erwachsenenalter. Aber: Erfolgreiche Arbeit gegen Kinderarmut ist möglich und besonders auf kommunaler Ebene wichtig. In dieser Broschüre finden sich zehn Schritte, die Kommunen helfen, den Weg gegen Kinderarmut zu beschreiben. Denn die Verantwortlichkeit hierfür liegt auf den Schultern aller. Ziel ist es, die Spirale aus Armut in der Kindheit und Unterstützungsbedarf im Erwachsenenalter zu durchbrechen. Um



diese besondere Problematik zu mildern, ist ein umfassendes Konzept notwendig. Allen

Kindern muss eine gerechte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Die Voraussetzungen dafür können durch Maßnahmen geschaffen werden, die auf Nachhaltigkeit, Befähigung (Empowerment) und Beteiligung der Zielgruppe (Partizipation) beruhen.

Strategien gegen Kinderarmut

2. Mehr als materielle Armut: Kinderarmut richtig einschätzen

Ein kindgerechtes Armutskonzept bezieht sich auf die Lebenssituation und Lebenslage von Kindern und Jugendlichen. Die realistische Einschätzung der Lage in den vier Bereichen

- ✓ materielle Versorgung – Grundversorgung durch Nahrung, Kleidung, Wohnen
- ✓ kulturelle Versorgung – Bildung, sprachliche und kognitive Entwicklung
- ✓ soziale Situation – soziale Kontakte, soziale Kompetenzen
- ✓ psychische sowie physische Lage – Gesundheitszustand, körperliche Entwicklung

ermöglicht es, die Entwicklungsmöglichkeiten, sowie Lebens- und Teilhabechancen von Kindern besser einzuschätzen und anschließend gezielt zu fördern.

- Impulse für die Praxis -

5. Leistungsfähiges Netzwerk „Früher Hilfen“ ausbauen

Der Zeitraum rund um die Geburt ist ideal für systematische Hilfeangebote an Familien. Er muss als Interventionszeitraum zur Herstellung gesundheitlicher und sozialer Chancengleichheit (nach WHO) genutzt werden. Durch eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe, Jugendhilfe und Familienbildung können Angebote an alle Familien abgestimmt und die Ressourcen von Familien früh gestärkt werden. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen ist durch diverse Modellprojekte erwiesen.

Notwendig ist eine langfristige und nachhaltige Regelung und Umsetzung mit dem Ziel, die Angebote aller relevanten Kinder- und Familienhilfeeinrichtungen, Jugendamt, Allgemeiner Sozialer Dienst, Familienberatung und der Gesundheitsdienste effizient und verbindlich aufeinander abzustimmen. Neben der Vernetzung sind aufsuchende Angebote zu etablieren.

Strategien gegen Kinderarmut

6. Bildungs- und Betreuungsangebote für Kinder ausbauen

Die Kommunen setzen die Rechte des Kindes auf Bildung und Gesundheit (laut UN-Kinderrechtskonvention) um. Investitionen in die Bildung von Kindern und Jugendlichen erhöhen deren künftige berufliche Chancen und verbessern ihre Lebenskompetenzen. Sie sind damit langfristig für die Kommunen auch ökonomisch sinnvoll.



Allen Kindern sollte ermöglicht werden, einschließlich des Mittagessens an Ganztagsangeboten kostenfrei teilzunehmen. Dazu ist in den Kommunen ein umfassendes Bildungs- und

Betreuungsangebot erforderlich. Es beginnt mit der Krippe, führt über Kindergarten hin zur Ganztagschule oder den unterschiedlichen Formen der Schulkinderbetreuung. Die Angebote und Orte zur Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern sind auf der Basis eines kommunalen Bildungsgesamtkonzeptes institutionell und verbindlich miteinander vernetzt. Flexible Betreuungszeiten sind eine Voraussetzung für ganztägige Erwerbstätigkeit der Eltern.

Besonderer Handlungsbedarf besteht in „sozialen Brennpunkten“. Hier ist es notwendig, die pädagogischen Konzepte und die Betreuungsstandards (Gruppengröße und Personalschlüssel) an den Bedarf der Zielgruppe benachteiligter Kinder anzupassen.

7. Konzepte zur Elternbildung entwickeln

Eltern nehmen eine Schlüsselposition zur Vermittlung von Bildung an ihre Kinder ein. Angebote der Elternbildung stärken Eltern und können die erzieherische Entwicklung von Kindern positiv beeinflussen. Zielrichtung von Elternbildung ist die Unterstützung von Familien in ihrem Alltag, bei Übergängen von einer Lebensphase in die andere sowie in besonderen Lebenslagen und Belastungssituationen.

Strategien gegen Kinderarmut

Kommunale Konzepte zur Elternbildung enthalten Angebote zu Bildung und Erziehung für alle Eltern. Es wird beachtet, dass für sozial benachteiligte Eltern mehr personale, soziale und strukturelle Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme von Elternbildung bestehen als für statushöhere Eltern. Ihre Beteiligung bei der Entwicklung bzw. der Auswahl der Angebote ist daher eine wesentliche Voraussetzung, um ihre Teilnahme zu gewährleisten.



Eine weitere Voraussetzung ist die Niedrigschwelligkeit der Angebote. Eltern benötigen Orte zur Vermittlung von Elternbildung in ihrer Lebenswelt. Dort werden Einrichtungen genutzt, die Eltern und Kinder auch im Alltag aufsuchen (wie Kitas, Schulen, Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit, aber auch Kinder-, Geburts- oder Frauenkliniken).

Vernetzung eröffnet Chancen, sozial benachteiligte Zielgruppen besser und früher zu erreichen. Zur Verwirklichung eines kommunalen Konzepts von Elternbildung ist die Zusammenarbeit verschiedener Bereiche, unter anderem Bildung, Gesundheit und Soziales, erforderlich.

- Impulse für die Praxis -

Arbeitskreis Armut und Gesundheit Niedersachsen 2008
c/o Regionaler Knoten Niedersachsen

Strategien gegen Kinderarmut

- Impulse für die Praxis -

8. Konzepte zur Gesundheitsförderung für Kinder in Kitas, Schulen und Wohnumfeld entwickeln

Prävention der Folgen von Armut umfasst auch Gesundheitsförderung. Voraussetzung für eine erfolgreiche Förderung ist allerdings, Defizite und Entwicklungsrückstände, mit denen Kinder z.B. in Kindertagesstätten und Schulen kommen, auch als Folge armutsbedingter Einschränkungen zu verstehen.

Gesundheit wird nicht in Institutionen, sondern im Alltag hergestellt. Es wird daher empfohlen, gesundheitsfördernde Interventionen settingorientiert zu gestalten. Settingorientierte Maßnahmen beinhalten sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention; d.h. sie richten sich sowohl auf das individuelle Verhalten aller Akteure im Setting als auch auf die Rahmenbedingungen, die Kinder in ihrer Lebenswelt vorfinden. Sie gehen über den Rahmen von Einzelaktivitäten hinaus und wenden sich an alle Kinder. Dieses Vorgehen vermeidet Stigmatisierung.

Zur Wissens- und Informationsvermittlung werden praxisorientierte Konzepte angewendet. Als besonders erfolgreich erweisen sich Aktivitäten, die themenübergreifenden Bezug haben und/oder die Eltern als Multiplikatoren in die Fördermaßnahmen einbeziehen.

Gesundheitsförderung wird durch die Beschäftigten in Kitas, Schulen und Wohnumfeld in Kooperation mit Gesundheitswesen, sozialen Diensten und anderen Partnern durchgeführt.

Dazu werden in kommunalen, bereichsübergreifenden Netzwerken nach einer Bedarfsanalyse gemeinsam settingorientierte Konzepte erarbeitet. Diese Kooperation berücksichtigt unter anderem die Bereiche:

- kostengünstige und nach hohem Qualitätsstandard zubereitete Ernährung in Kitas und Schulen, Bewegung, regelmäßige niedrigschwellige Sportmöglichkeiten, Stressbewältigung, emotionale und musische Förderung
- Möglichkeiten zur regelmäßigen Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Integration verschiedenster aufsuchender Angebote in die Lebenswelt von Kindern.



9. Teilhabe sichern mittels finanzieller Unterstützung durch die Kommunen

Solange sich auf kommunaler Ebene keine andere Armutsdefinition etabliert hat, werden Kinder aus Haushalten aller Bezieher von Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe und Asylbewerberleistungsgesetz sowie alle Haushalte mit Anspruch auf Wohngeld als „arm“ definiert. Auf der kommunalen Ebene bestehen wichtige Handlungsmöglichkeiten, durch materielle Unterstützung Teilhabe zu sichern und durch bessere Bildung Zukunftschancen zu ermöglichen. Möglich sind unter anderem Maßnahmen wie kommunale Bildungsfonds, Sozialpässe für Familien und Notfallhilfen.

Leistungsrechtliche Rahmenbedingungen werden auf Bundes- oder Landesebene entschieden. Daher sind von Kommunen alle Wege zu nutzen, um auf Bundes- und Landesebene eine Verbesserung der materiellen Ausstattung der von Armut betroffenen Kinder zu erreichen. Die Kommunen können sich gerade durch ihre Bürgernähe an dieser Debatte beteiligen und entsprechende Initiativen und Resolutionen z.B. über den Städtetag oder den Landkristag sowie als direkte Appelle an die entsprechenden Ministerien einbringen. Eine politische Lobbyarbeit gegen Kinderarmut kann somit von unten nach oben erfolgen.

Kommunen achten darauf, dass zusätzliche Angebote für Kinder tatsächlich allen Kindern zugute kommen.

Strategien gegen Kinderarmut

Arbeitskreis Armut und Gesundheit Niedersachsen 2008
c/o Regionaler Knoten Niedersachsen

- Impulse für die Praxis -

Der Arbeitskreis Armut und Gesundheit

Der Arbeitskreis Armut und Gesundheit gehört zum Regionalen Knoten Niedersachsen. Eine der wesentlichen Aufgaben des Regionalen Knotens Niedersachsen ist es, Projekte und Maßnahmen für die Zielgruppe sozial Benachteiligter zu vernetzen, zu begleiten und zu beraten. Der landesweite Arbeitskreis Armut und Gesundheit ist eines der Instrumente dieser Vernetzung und dient der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Sektoren Gesundheit, Soziales, Bildung sowie der gemeinsamen thematischen Weiterbildung. Der Regionale Knoten Niedersachsen ist Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurde 2001 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und wird derzeit getragen aus einer Zusammenarbeit zwischen BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, dem BKK-Bundesverband und den Ersatzkassen VdAK/AEV. Der Kooperation gehören alle Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände und drei

Länderministerien an. Insgesamt sind 50 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten. Die Arbeit des Kooperationsverbundes wird begleitet durch einen Arbeitskreis aus nationalen und internationalen Experten und Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Akteuren aus dem Gesundheitsförderungs- und Wohlfahrtsbereich. Das zentrale Ziel ist die Stärkung und Verbreitung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.



10. Qualitätssicherung dieses Prozesses gewährleisten

Der Prozess der Armutsprävention in Kommunen verläuft qualitätsgesichert. Er wird in Anlehnung an die Kriterien Guter Praxis des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und weiterer erprobter Qualitätskriterien gesteuert.

Ein settingorientiertes Vorgehen wird bevorzugt, da es sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention umfasst. Am Beginn des Prozesses stehen Situationsanalyse und Bedarfserhebung, die ein breites Spektrum an Meinungen und Einschätzungen aus verschiedenen kommunalen Zielgruppen einholen. Weitere herausragende und keinesfalls zu vernachlässigende Qualitätskriterien für die Armutsprävention sind: Integrierter Handlungsansatz, Stärkung von Ressourcen und Empowerment, Niedrigschwelligkeit und Partizipation. Zum Transfer von Wissen über erfolgreiches und nachhaltiges Vorgehen können die Modelle guter Praxis genutzt werden.

Die Inhalte der Konzeption „Armutsprävention“ müssen in nachhaltige, d.h. zukunftsfähige, generationengerechte kommunale Sozial- und Bildungspolitik sowie Umweltpolitik eingebettet sein.

Arbeitskreis Armut und Gesundheit Niedersachsen 2008
c/o Regionaler Knoten Niedersachsen

„Ich geh' zur U! Und Du?“

Zusammenfassung der BZgA-Aktion

DR. MONIKA VON DEM KNESEBECK

Referatsleiterin in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Die Teilnahme an den Kinder- Früherkennungsuntersuchungen nimmt vom 2. Lebensjahr an bis zum Vorschulalter ab. Insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund nehmen die Untersuchungen U7 bis U 9 weniger wahr. Das führt dazu, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen – z.B. die Verminderung des Seh- und Hörvermögens – vor der Einschulung häufig nicht erkannt und damit auch nicht rechtzeitig behandelt werden können. Darüber hinaus entfällt die Möglichkeit, den Impfstatus der Kinder zu überprüfen und versäumte Impfungen gegebenenfalls nachzuholen.

Eine Expertise im Auftrag der BZgA zeigt, dass soziale Distanz zu Institutionen und Personen der Medizin und fehlende Informationen zu einer geringen Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen führen (Expertise Siegrist, J.; Meurer, A. im Auftrag der BZgA, Fachheft Band 25, 2005).

Um diese Hemmschwellen zu überwinden – insbesondere bei Eltern ausländischer Herkunft oder mit sozialer Benachteiligung – hat sich die BZgA auf Kindertagesstätten in sozialen Brennpunkten konzentriert. Denn anders als zu vielen anderen Institutionen ist die Distanz dieser Eltern zu ihrer Kindertagesstätte und den Erzieherinnen und Erziehern vergleichsweise gering. Im Rahmen der Aktion „Ich geh' zur U! Und Du?“ zeigen Erzieherinnen den Eltern die Chancen auf, die diese Untersuchungen für die Kinder bedeuten. Dabei wählen sie unterschiedliche Wege, um die Eltern zu motivieren, beispielsweise in persönlichen Gesprächen oder mit Hilfe von Elternabenden, Plakaten und Flyern. Haben die Kinder an den entsprechenden

Untersuchung teilgenommen, erhalten sie ein U-T-Shirt (siehe Anlage). Abschließend macht die Kindertagesstätte ein aussagekräftiges/kreatives Foto mit den Kindern in den U-T-Shirts und schickt es zum Fotowettbewerb der BZgA ein. Dieser findet zweimal im Jahr statt.

Die Aktion wird von lokalen Akteuren durchgeführt, die dafür ein bereits bestehendes Netzwerk nützen oder ein solches aufbauen – in der Regel bestehend aus Kindertageseinrichtungen, ÖGD, Jugendamt und Pädiater/innen. Die BZgA stellt die Materialien für die Aktion zur Verfügung (Plakate, Flyer in Deutsch, Türkisch und Russisch, Elterninformationen und Infomappen zur Bewerbung der Aktion bei potentiellen Kooperationspartnern sowie T-Shirts). Um die Arbeit besonders engagierter Netzwerke zu honorieren, wird einmal jährlich auch ein Netzwerkpreis vergeben.

Im Jahr 2004 hat die BZgA die Aktion im Rahmen einer Modellphase in verschiedenen sozialen Brennpunkten mit folgenden Ergebnissen evaluiert:

- ▶ Steigerung der Zahl der teilnehmenden Kinder an U8/U9 von 63% auf 79% - Zunahme insgesamt um 16 Prozent
- ▶ Steigerung der Inanspruchnahme der Untersuchungen bei ausländischen Eltern um bis zu 31%
- ▶ Eltern beurteilen Aktion und Vorgehensweise sehr positiv
- ▶ Materialien erscheinen geeignet, vom Sinn der Untersuchungen zu überzeugen; sie werden gelesen und verstanden
- ▶ Entscheidend erscheint es, vor Ort einen
 - zentralen Akteur zu benennen,
 - der die Aktion koordiniert.

Im Laufe der Aktion hat sich gezeigt, dass einige Netzwerke – insbesondere jedoch

die Erzieherinnen und Erzieher in den beteiligten Kindertagesstätten – sehr kreativ mit der Aktion umgehen und sie mit weiteren gesundheitsrelevanten Themen (gesundes Frühstück, Bewegungsspiele etc.) bereichern. Damit stellt die Aktion einen effektiven Türöffner für Gesundheitsförderung in den Kitas dar. Dies unterstützt die BZgA durch sogenannte Nachfassaktionen, bei denen allen Akteure und beteiligten Kitas Materialien zu Gesundheitsthemen zugeschickt werden, wie z.B. zu den Themen Impfen oder Ernährung, Bewegung, Stressregulation.

Seit 2004 haben sich 266 Netzwerke mit knapp 2900 Kindertagesstätten bundesweit beteiligt. Es konnten insgesamt 180.000 Kinder erreicht werden. Die meisten Netzwerke bildeten sich in NRW, gefolgt von Niedersachsen, Bayern und Sachsen-Anhalt.

Mit einigen Bundesländern (Saarland, Brandenburg und Thüringen) hat die BZgA inzwischen Kooperationsvereinbarungen zur flächendeckenden Umsetzung der Aktion getroffen.

Die Aktion wurde vor der Diskussion um Einführung eines verbindlichen Einladungswesens entwickelt. Sie wird von den lokalen Akteuren jedoch auch heute noch als eine wichtige ergänzende Maßnahme geschätzt. Denn die Aktion unterstützt einerseits die freiwillige Inanspruchnahme, andererseits können so auch die Eltern aktiviert werden, die durch schriftliche Einladungen nicht erreicht werden.

Weitere Informationen sowie eine Landkarte der teilnehmenden Netzwerke sind zu finden unter www.ich-geh-zur-u.de.

Die nachfolgenden Erläuterungen und Grafiken bieten vertiefende Informationen.

„Ich geh zur U! Und Du?“

Aktion zur Förderung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter



Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen

- Teilnehmerate an U1 bis U6 (bis 2 Jahre) noch über 90%,
- danach gehen die Teilnehmeraten zurück.
- Vor allem Kinder aus Familien sozial benachteiligter Gruppen und aus Familien mit Migrationshintergrund nehmen U7 bis U 9 weniger in Anspruch,
- dadurch werden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen, (z.B. Verminderung des Seh- und Hörvermögens) vor der Einschulung häufig nicht erkannt und nicht rechtzeitig behandelt.

Gründe für mangelnde Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

- soziale Distanz zu Institutionen und Personen der Medizin
- mangelnde Handlungsfähigkeit (kognitive Fähigkeiten, Kommunikations-, Durchsetzungsfähigkeit)
- praktische Gründe (z.B. Unterbrechung der familiären Routine, Terminfindung)
- Versäumnis/Vergessen
- fehlende Informationen (z.B. über Untersuchungsangebot, Impfmöglichkeiten, Sinn der Untersuchungen)
- negatives Feedback, fehlende positive Resonanz
- Angst, Scham, landestypische gesundheitsbezogene Einstellungen

Quelle: Expertise im Auftrag der BZgA - Siegrist, 2003

Ziele der Aktion „Ich geh' zur U! Und Du?“

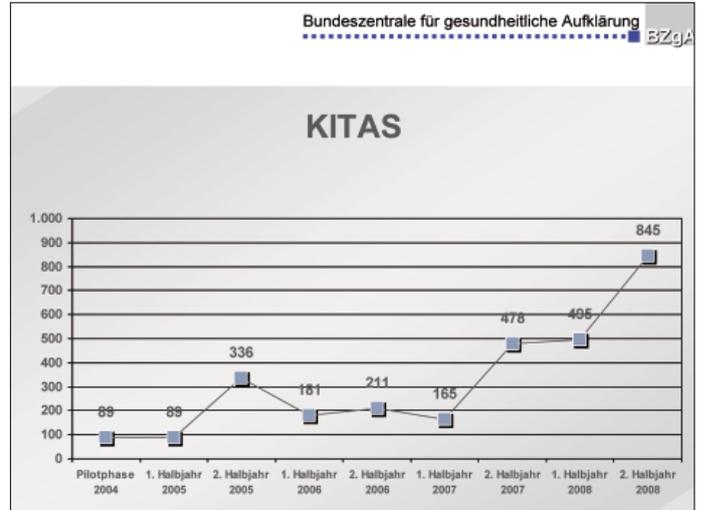
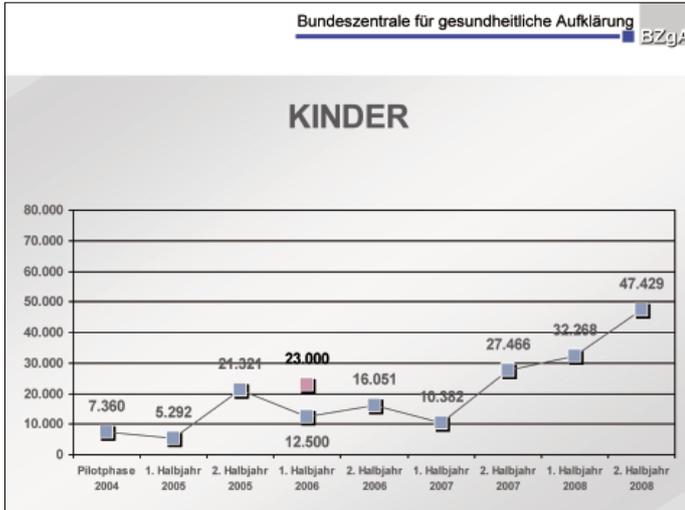
- Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere U7 bis U9 durch Eltern der unteren sozialen Schichten
- Vervollständigung des Impfstatus,
- Sensibilisierung der Zielgruppe für den Nutzen von Präventionsmaßnahmen und Motivation zu eigenverantwortlichem, gesundheitsförderndem Handeln,
- Unterstützung von Netzwerke und Akteuren (Ärzte/innen, Kindergarten, Jugendämter, ÖGD und Quartiersmanager in sozialen Brennpunkten),
- Gewinnung von weiteren Kooperationspartnern, die die Aktion ideell und/oder materiell unterstützen und begleiten.

Ablauf der Aktion

- Zentraler Akteur / bestehendes Netzwerk in sozialen Brennpunkt übernimmt Koordination und beteiligt die entsprechenden Kindertagesstätten
- Über Plakate und Flyer werden Eltern motiviert, anstehende Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen
- Kinder, die an U7, U7a, U8 oder U9 teilgenommen haben, erhalten als Anerkennung ein entsprechendes T-Shirt
- Im Anschluss wird in der Kita ein Foto gemacht und der BZgA zur Teilnahme an einem Fotowettbewerb zugeschickt

Evaluation der Pilotphase 2004

- Zahl der teilnehmenden Kinder an U8/U9 von 63% auf 79% gesteigert – Zunahme um 16 Prozent
- Steigerung der Inanspruchnahme der Untersuchungen bei ausländischen Eltern um bis zu 31%
- Eltern beurteilen Aktion und Vorgehensweise sehr positiv
- Materialien erscheinen geeignet, vom Sinn der Untersuchungen zu überzeugen.
- Entscheidend erscheint es, vor Ort einen zentralen Akteur zu benennen, der die Aktion koordiniert.



- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA
- ### Gründe für mehrfache Beteiligung eines Netzwerkes
- die Aktion ist effektiv
 - sie weckt Interesse bei weiteren Einrichtungen der Stadt/des Kreises
 - die lokale Vernetzung wird gestärkt
 - entsprechend der personellen Kapazitäten werden die Sozialräume sukzessive erfasst
 - das Thema bleibt über einen langen Zeitraum in der Öffentlichkeit präsent
 - Sensibilisierung der Zielgruppe benötigt Zeit und in einigen Einrichtungen ist eine Wiederholung sinnvoll
 - Erfolg der Arbeit wird durch mehrmalige Teilnahme deutlich

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA

“
 Vor zwei Jahren hat sich der Rektor unserer Grundschule in Hamburg-Jenfeld Sorgen gemacht, weil bei den Schulanmeldungen immer weniger Kinder die Früherkennungsuntersuchungen vorweisen konnten. Deshalb haben wir auch sofort bei der Aktion mitgemacht. Und in diesem Jahr hatten bei der Anmeldung in seiner Schule tatsächlich alle Kinder die U9! ”

Monika Jungblut, Gesundheitsamt Hamburg-Wandsbeck

Kindeswohlgefährdung –

einige Voraussetzungen für eine sinnvolle Beziehungsarbeit

WINFRIED M. ZENZ

Erziehungswissenschaftler, Familien- und systemischer Therapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Therapeutischer Leiter der Familienberatungsstelle im Kinderschutz-Zentrum Köln sowie Arbeit in freier Praxis.

Als professionelle Fachkräfte in Institutionen der psychosozialen Versorgung sind wir kompetente und gut ausgebildete Beziehungsarbeiter – das haben wir gelernt und das haben wir uns gewünscht, als wir uns für diesen Beruf entschieden.

Menschen, die in Not sind oder die Probleme und Fragen haben, mit denen sie alleine nicht zu recht kommen, möchten wir dabei unterstützen, Auswege, Lösungen und Veränderung zu finden. Zumindest aber wollen wir mit Verständnis und Wohlwollen auf ihre spezifische Situation eingehen und empathisch sein für die daraus entstehenden individuellen Reaktionsmuster.

Unsere „Idealvorstellung“ ist die Arbeit mit motivierten Klienten, die in einem hilfreichen Dialog auf Augenhöhe zu neuen Einsichten kommen und dann Perspektiven entwickeln und verändertes Verhalten realisieren können.

Der Alltag vieler Fachkräfte jedoch sieht anders aus. Sie haben es oftmals mit Menschen zu tun, die ihnen zugewiesen werden und die nicht freiwillig zu ihnen kommen. Vielfach handelt es sich um einen Zwangskontext, und die betroffenen Menschen haben eine andere Problemsicht als der Helfer, sind sperrig, misstrauisch, voller Angst und Scham und nur schwer zu erreichen.

Besonders in Fällen, in denen das Kindeswohl gefährdet ist, hat Hilfe dazu noch viele Risiken, und der Helfer spürt einen hohen öffentlichen Erwartungsdruck. Folge ist nicht nur die Sorge, ob und wie er seinen Auftrag überhaupt zufrieden stellend erfüllen kann, sondern die Angst zu scheitern und Fehler zu machen geht um und lässt auch erfahrene Fachkollegen am

eigenen Können und Wissen zweifeln.

Undifferenzierte Modelle eines Verständnisses von Kindeswohlgefährdung und die „Kriminalisierung“ scheiternder Hilfeprozesse in den Medien haben zur Folge, dass im Hilfesystem oft vorschnell auf repressive Maßnahmen statt auf Hilfe gesetzt wird, vorschnelle Diagnosen auf der Basis unklarer Indikatoren gestellt werden, eine Zusammenarbeit mit betroffenen Familien aufgekündigt wird bzw. gar nicht erst zustande kommt und entsprechende Fälle unsolidarisch weitergereicht werden wie eine heiße Kartoffel.

Dabei ist es sinnvoll, zu erinnern, was betroffene Helfer in schwierigen Gesprächssituationen brauchen, Situationen, die gekennzeichnet sind von Druck, Angst und Scham der betroffenen Menschen, ja oft genug von Verzweiflung und Hoffungslosigkeit, und die geradezu einladen zum Agieren und dazu, das Falsche zu tun.

Besonders in Situationen, die von Gewalt gezeichnet bzw. hoch eskaliert sind, und gerade und im Kontakt zu beziehungsge störten Familien gilt es für den Helfer

- ▶ eine Balance zu finden und zu halten, nämlich einerseits zu versuchen, einen positiven Kontakt zur Familie herzustellen und andererseits notwendige Konflikte angemessen auszutragen (und auszuhalten),
- ▶ sich für die komplexe Problemsituation, die Not der Familie und ihre Beschreibung und Sicht der Dinge zu interessieren,
- ▶ nicht nur die Schwierigkeiten, Defizite und Risiken wahrzunehmen, sondern auch Stärken und Veränderungspotentiale des Familiensystems,
- ▶ die Familie an der Zukunftsplanung zu beteiligen und Hilfen bzw. Unterstützung mit ihr zu entwickeln statt sie ihr aufzuerlegen,
- ▶ den Eltern möglichst die Verantwortung für die Kinder zu überlassen,
- ▶ den Widerstand und die Abwehr zu

verstehen anstatt zu bekämpfen,

- ▶ unterschiedliche Meinungen zu benennen anstatt zu ignorieren oder abzutun, sowie
- ▶ notwendigen Zwang und unausweichliche Konsequenzen klar und deutlich zu formulieren.

Um hier sicher, klar und strukturiert handeln zu können,

- ▶ brauchen Helfer eine geklärte Einsicht in ihre eigene hoch ambivalente Gefühlslage, die „normal“ ist in Fällen von Kindeswohlgefährdung, d.h. sie müssen wissen, was sich affektiv bei ihnen abspielt,
- ▶ brauchen Helfer eine eindeutige Rahmung und Sicherheit durch ihre Institution und deren Repräsentanten, eine Rahmung, die fürsorglich und förderlich ist und die nicht einengt,
- ▶ müssen Helfer auf ein Kooperationsnetz zurückgreifen können, welches die im § 8a KJHG geforderte Verantwortungsgemeinschaft - das gemeinsame fachliche Tragen einer risikoreichen Situation und das gemeinsame Entscheiden über ein weiteres Procedere - einlöst,
- ▶ sollten Helfer einen optimalen Arbeitsabstand, d.h. eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz, zu den Klienten und zu der aktuellen Problemsituation finden sowie Klarheit haben über die Grenzen und Möglichkeiten des eigenen Arbeitsauftrages,
- ▶ sollten Helfer aber auch einen wohlwollenden Blick für Kind und Eltern entwickeln sowie eine größtmögliche Akzeptanz für die Problematik der Familie, deren komplexe Lebenssituation und deren Handeln aus und in dieser Situation.

Voraussetzung dafür ist ein umfassendes spezifisches Fachwissen. Nämlich

- ▶ Wissen um die familien- und bindungsdynamischen Zusammenhänge bei Vernachlässigung und Gewalt,

- ▶ Wissen um die kindliche Entwicklung fördernde wie schädigende Faktoren, aber auch um Resilienzen sowie
- ▶ Wissen um sozialräumliche Angebote und Kooperationsnetze, die dazu in der Lage sind, an Defiziten zu arbeiten und kompensatorisch auszugleichen, aber auch Ressourcen zu nutzen.

Wissen müssen Helfer aber vor allem, dass der Boden, auf dem betroffene Menschen stehen und auf dem sie in Beziehung gehen können, höchst brüchig und unsicher ist. Sie haben vielfältige, oft genug traumatische Erlebnisse und schwierige Erfahrungen mit Beziehungen, vor allem die Erfahrung, dass Beziehung eben nicht von langer Dauer ist, sondern abbricht; sie haben die Erfahrung, verlassen zu werden und dann (wiederum) alleine und schutzlos zu sein.

Daraus entsteht eine nicht zu versöhnende Ambivalenz: denn einerseits gibt es eine große Sehnsucht nach Beziehung und Hilfe, danach, angenommen, geschützt und geliebt zu sein. Und andererseits werden aktuelle Beziehungen permanent in Frage und auf die Probe gestellt, wird das Verlassenwerden oft geradezu provoziert und inszeniert: „Wasch mich – aber mach mir den Pelz nicht nass! Hilf mir – aber bitte doch nicht! Bleib bei mir – aber geh!“ Wesentlich ist es daher, kreativ, flexibel und unkonventionell zu sein, um Wege des Zugangs zu betroffenen Menschen zu finden. Der Helfer darf hier nicht vorschnell die Flinte ins Korn werfen, sondern er muss sich Zeit nehmen, einen langen Atem und viel Geduld haben, will er diese zutiefst verletzten und verunsicherten Menschen erreichen.

Eine effiziente innere Haltung, die Helfer brauchen, um in solch schwierigen Situationen Klientengespräche zu führen, könnte man beschreiben als mitfühlende Konfrontation auf der Basis von Zuversicht, Entschlossenheit und positiver „elterlicher“ Autorität.

Konfrontation verbunden mit der heimlichen Absicht zu demütigen oder Macht zu demonstrieren schädigt nicht nur die Beziehung, sondern lässt sie entgleisen. Konfrontation aber auf der Grundlage einer verstehenden und positiven Beziehung,

die aufrüttelt, Mut macht und Perspektiven aufzeigt, gleichzeitig auch das Miteinander betont, erreicht das Gegenüber und kann nachhaltige Wirkung erzielen.

„Kinder, die Kinder haben“ sind in ihrer inneren Psychodynamik zutiefst verunsichert und desorganisiert. Sie brauchen daher quasi elterliche Vorbilder, die ihnen prothetisch einen Plan zu Verfügung stellen, die ihnen Anleitung geben und die eindeutige Ansagen machen; die sie ein Stück des Lebensweges an die Hand nehmen, um ihnen zu zeigen, was sinnvoll ist zu tun und wie man das macht, aber ohne sie zu entmündigen.

Die Tatsachen benennen nimmt Angst. Je mehr der Helfer es schafft, präzise und konkret zu sein und nicht wie die Katze um den heißen Brei herum formuliert,

- ▶ umso geringer müssen Angst und Scham sein,
- ▶ umso weniger müssen sich Widerstände und Abwehrmechanismen etablieren,
- ▶ und umso stärker wird der Helfer als Hilfe und als echte Chance für eine Veränderung und Verbesserung der eigenen Lebensumstände wahrgenommen.

All das zu wissen, um danach – auch in affektiv hoch aufgeladenen Krisensituationen – handeln zu können, macht sicher und kompetent. Und schaffen es Helfer, dadurch unterstützt eine klare Haltung und eindeutige Positionierung zu haben und diese zu zeigen, dann gibt es auch in schwierigen Gesprächssituationen die Chance, Menschen zu erreichen, dann

kann es gelingen, im Sinne des Kindeswohls gemeinsam Verantwortung zu übernehmen und risikoreiche Situationen zu verändern.

Literaturempfehlung

Winfried M. Zenz/Korinna Bächer/Renate Blum-Maurice (Hg.): *Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland*, PapyRossa-Verlag, Köln 2002/2006

Heinz Kindler/Susanna Lillig/Herbert Blüml/Thomas Meysen/Annegret Werner (Hg.): *Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“*, DJI, München 2006

Stadt Dormagen (Hg.): *Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe*, Leske und Budrich, Opladen 2001

Georg Kohaupt: *Hurry slowly! Oder: Was man nicht kann erfliegen, muss man erhinken - Konflikthafter Kontakt zu Eltern bei Kindeswohlgefährdung*; J'amt, Heft 05/2005, S. 218-226

Deutscher Kinderschutzbund LV NRW (Hg.): *Handbuch Erste-Schritte-Manual*, Essen 2005

Deutscher Kinderschutzbund LV NRW/ISA Münster (Hg.): *Kindesvernachlässigung: Erkennen, Beurteilen, Handeln*; Münster/Wuppertal 2000

Reinhold Schone u.a.: *Kinder in Not - Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*; Münster 1997



Winfried M. Zenz

Übergewicht im Kindes- und Jugendalter

Möglichkeiten der Intervention – Erfahrungen der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)

DR. BEATE LANDSBERG

Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde,
Universität Kiel

Übergewicht und Adipositas sind heute nicht nur im Erwachsenenalter häufig. Inzwischen sind auch viele Kinder betroffen. In den letzten Jahrzehnten ist die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern in nahezu allen europäischen Ländern stark angestiegen [1,2].

Nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts sind in Deutschland heute 6,2 % der 3- bis 6-jährigen Kinder übergewichtig, 2,9 % sind adipös [2]. Bei den 7- bis 10-jährigen Kindern liegt die Prävalenz von Übergewicht bei 9,0 %, die Prävalenz von Adipositas bei 6,4 %. Bezogen auf die deutschen Referenzwerte aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts [3] sind heute mehr Kinder übergewichtig als damals. Ältere Kinder sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als jüngere. Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nicht [2].

Aufgrund des häufigen Auftretens und der Folgeerkrankungen ist die Adipositas eine der wichtigsten gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit. Experten und Verantwortliche sprechen inzwischen von einer weltweiten „Adipositaskrise“. Sie erfordert wirksame Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Ein hohes Körpergewicht ist heute die häufigste ernährungsabhängige Gesundheitsstörung bei Kindern. Zur Definition von Übergewicht und Adipositas fehlen jedoch einheitliche Kriterien. Der Body Mass Index (BMI = Körpergewicht / Körpergröße² (kg / m²)) ist ein akzeptables Maß für die Körperfettmasse und er ist

einfach messbar. Der BMI ist aber nur ein indirektes Maß der Fettmasse, er beschreibt auch nicht die Körperfettverteilung. Das gesundheitliche Risiko wird somit nicht ausreichend charakterisiert [4,5]. Für die Beurteilung des Risikos werden deshalb neben dem BMI noch andere Charakteristika des Ernährungszustandes (z.B. der Taillenumfang) verwendet [6].

Die Grenzwerte zur Festlegung von Übergewicht (BMI = 25 kg / m²) und Adipositas (BMI = 30 kg / m²) bei Erwachsenen beruhen auf der Assoziation des BMI zu seinen Folgeerkrankungen [7]. Diese Grenzwerte können jedoch nicht ohne weiteres auf das Kindesalter übertragen werden, da der BMI physiologischen Veränderungen unterliegt, die in den alters- und geschlechtsabhängigen Veränderungen von Größe, Gewicht, Fettmasse und Fettverteilung begründet sind. Daher empfiehlt die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) die Verwendung alters- und geschlechtsspezifischer deutscher Referenzdaten (Abbildung 1) [3,8]. Diese Referenzwerte berücksichtigen jedoch nicht - wie die Grenzwerte für Erwachsene - das gesundheitliche Risiko bzw. die Folgeerkrankungen von Übergewicht und Adipositas.

Ursachen und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas

Trotz der Schwere und den Auswirkungen des Problems sowie auch intensiver Forschungsaktivitäten sind die Ursachen der weltweiten Übergewichtsepidemie noch nicht vollständig geklärt. Übergewicht entsteht, wenn die Energieaufnahme den Energieverbrauch übersteigt. Übergewicht ist das Ergebnis einer langfristig positiven Energiebilanz (Abbildung 2).

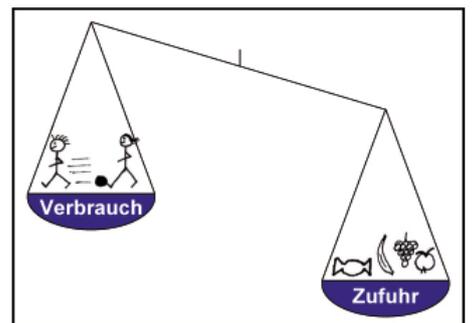


Abbildung 2: unausgeglichene Energiebilanz

Es ist daher nahe liegend, kalorienreiche Ernährung (zu hoher Verzehr von energiedichten Lebensmitteln, wie z.B. Fastfood) sowie einen sitzenden Lebensstil (mit hoher Inaktivität bei gleichzeitig geringer körperlicher Aktivität) für die Entstehung

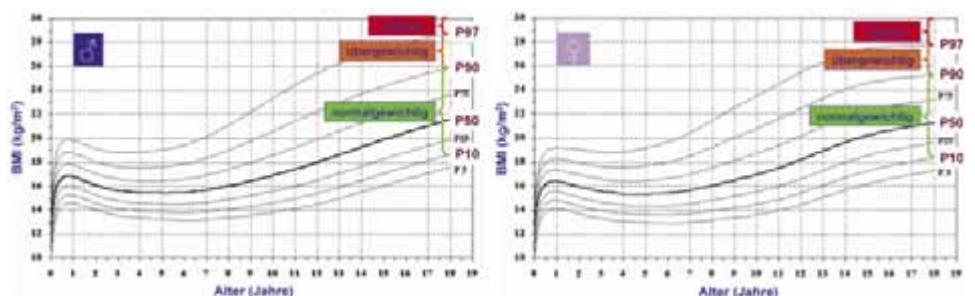


Abbildung 1: Perzentilkurven für den Body Mass Index (BMI) von Jungen und Mädchen

von Übergewicht verantwortlich zu machen. Diese vermuteten Zusammenhänge können aber in wissenschaftlichen Studien nicht immer eindeutig belegt werden. In der Aufklärung der interindividuellen Varianz des Körpergewichts spielen Verhaltensvariablen wie Ernährung und körperliche Aktivität eine eher untergeordnete Rolle. Demgegenüber wiegen der gesellschaftliche Kontext und biologische Faktoren schwerer: Ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) und das Übergewicht der Eltern sind die entscheidenden Determinanten des Übergewichts von Kindern [9-12]. Weiterhin haben Geburtsgewicht und Stillen eine für die Gewichtsentwicklung nachhaltige Bedeutung. Die Ergebnisse sprechen dafür, die nahe liegenden Ursachen (Ernährung, Aktivität, Inaktivität) in ihren Kontext (SES, Geschlecht, „Umwelt“) zu bringen, um ein besseres Verständnis des Problems zu ermöglichen.

Die Diskussion von Determinanten und Kontexten macht deutlich: Der „Kampf“ gegen das Übergewicht ist eine gesellschaftliche Aufgabe, deren Ursachen nicht ausschließlich auf der individuellen Ebene zu bekämpfen sind.

Prävention von Übergewicht im Kindesalter

Aufgrund der zunehmenden Verbreitung und der Persistenz von Übergewicht und Adipositas sowie deren Folgeerkrankungen sind Maßnahmen der frühzeitigen Gesundheitsförderung und primäre Prävention notwendig. Ein hohes Potential wird der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen als eine Maßnahme der universellen Prävention zugesprochen. Dort kann die Gesundheit einer großen Zahl von Kindern innerhalb bestehender institutioneller Strukturen beeinflusst werden. Wissenschaftlich dokumentierte „Erfolge“ solcher Programme sind aber selten [5,13]. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen hat häufig positive Effekte auf Wissen und Verhalten (z.B. Lebensstil und Ernährung), die Auswirkungen auf das Körpergewicht bzw. die Prävalenz von Übergewicht von Kindern sind aber nur gering. Nur sehr wenige Studien haben einen positiven

Effekt auf die Gewichtsentwicklung der Kinder gezeigt [13]. Zusammenfassend gilt: Frühe Maßnahmen der Gesundheitsförderung können das Problem „Übergewicht“ nicht lösen.

Beispiel: Die Kieler Adipositas-Präventionsstudie

Im Rahmen der Kieler Adipositas-Präventionsstudie werden seit 1996 die wichtigsten Einflussfaktoren des Übergewichts bei Kindern sowie mögliche Strategien zur Prävention in Schulen und Familien untersucht [14]. Zwischen 1996 und 2001 nahmen 780 Kinder der ersten Klassenstufe in 14 Interventionsschulen der Stadt Kiel an einem 6-stündigen Ernährungsunterricht teil. Die Botschaften des Programms waren neben dem täglichen Verzehr von Obst und Gemüse und der Reduktion von Fett in der Ernährung auch die Empfehlungen von mindestens einer Stunde körperlicher Aktivität und maximal einer Stunde Fern-

sehen und Computerspielen pro Tag [15]. Im Anschluss an jede Unterrichtseinheit wurde eine „aktive Pause“ von 20 Minuten auf dem Schulhof durchgeführt. Die Gesamtkosten der Intervention betragen 20,59 Euro pro Kind. Vier Jahre nach der Maßnahme konnten 345 Kinder (44,2 %) nachuntersucht werden.

Bei dieser Nachbeobachtung unterschieden sich die Interventionskinder hinsichtlich des mittleren BMI zwar nicht von den Kindern der Kontrollgruppe, jedoch zeigten sich geringe, aber positive Effekte auf die Prävalenz und die Inzidenz des Übergewichts [15]. Allerdings waren diese „Erfolge“ selektiv: Die deutlichsten Effekte fanden sich bei Kindern aus Familien mit hohem SES und bei Kindern normalgewichtiger Mütter. Außerdem schienen Mädchen eher zu profitieren als Jungen [15]. Aufgrund der Ergebnisse von KOPS ist für zukünftige Präventionsprogramme eine Stratifizierung der Maßnahmen im



Hinblick auf das Geschlecht und den sozialen Hintergrund der teilnehmenden Kinder notwendig.

Das gesellschaftliche Problem „Übergewicht“ bei Kindern kann durch die bisher verfolgten Ansätze und auch durch medizinische Maßnahmen allenfalls anteilig gelöst werden. Zur Lösung des Problems

müssen alle Beteiligten (Experten, Politiker, Vertreter der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens wie z.B. Versicherungen und Verantwortliche aus Industrie und Medien etc.) involviert werden. Für die Intervention sind neue Konzepte und eine neue Denkweise notwendig. Bisherige Maßnahmen der Verhaltensprävention (wie

Ernährungs- und Gesundheitserziehung) müssen durch Maßnahmen der Verhältnisprävention ergänzt werden, die z.B. das Angebot von Lebensmitteln, das Bildungswesen, Freizeitangebote, Transportsysteme, die Gestaltung öffentlicher Räume und die Nutzung von Sportstätten und andere Bereiche unserer Gesellschaft betreffen.

Literatur

1. Jackson-Leach R, Lobstein T. *Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe*. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. *International Journal of Pediatric Obesity* 2006;1:26-32
2. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A. *Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsveys*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2007;50:736-743
3. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, et al. *Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben*. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2001;149:807-818
4. Seidell JC. *Obesity: a growing problem*. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:46-50
5. Lobstein T, Baur L, Uauy R. *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. *Obesity Review* 2004;5 Supplement 1:4-104
6. Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Johannsen M, Lange D, Müller MJ. *Association of different obesity indices with blood pressure and blood lipids in children and adolescents*. *British Journal of Nutrition* 2008;1-11
7. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of the WHO consultation. Genf, Schweiz 2000
8. AGA. Leitlinie 2006. [Iwww.a-g-a.de/Leitlinien.pdf](http://www.a-g-a.de/Leitlinien.pdf); 2006
9. Langnäse K, Mast M, Müller MJ. *Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany*. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2002;26:566-572
10. Langnäse K, Mast M, Danielzik S, Spethmann C, Müller MJ. *Socioeconomic gradients in body weight of German children reverse direction between the ages of 2 and 6 years*. *Journal of Nutrition* 2003;133:789-796
11. Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnäse K, Dilba B, Müller MJ. *Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)*. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2004;28:1494-1502
12. Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Wehle C, et al. *Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany*. *International Journal of Obesity* 2005;29:373-380
13. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, et al. *Interventions for preventing obesity in children*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005: CD001871
14. Müller MJ, Mast M, Asbeck I, Langnäse K, Grund A. *Prevention of obesity--is it possible?* *Obesity Review* 2001;2:15-28
15. Plachta-Danielzik S, Pust S, Asbeck I, et al. *Four-year Follow-up of School-based Intervention on Overweight Children: The KOPS Study*. *Obesity* 2007;15:3159-3169



Dr. Beate Landsberg



Dr. Thomas Fischbach



Margaretha Kurmann

Spielend gesund

Psychomotorik als Beitrag zur Kindergesundheit

HANS JÜRGEN BEINS

Sportpädagoge, Leiter der Akademie für Psychomotorik, Bonn

Kinder wollen toben, rennen, rutschen, klettern, rollen oder schwingen. Bewegung und Spiel sind ihre grundlegenden Ausdrucks- und Betätigungsformen. Über Bewegung be-greifen sie sich selbst und entdecken so die Welt. In Bewegung erfahren sie viel über sich und ihren Körper und erwerben so grundlegende Kenntnisse. Bewegung im Kindesalter wird von Ärzten, Entwicklungspsychologen und Pädagogen gleichermaßen empfohlen.

Wenn also die Bedeutung der Bewegung für die kindliche Entwicklung allgemein anerkannt wird und Kinder von sich aus Bewegungserfahrungen suchen, scheinen die Bedingungen für eine gesunde kindliche Entwicklung über Bewegung und Spiel geebnet. Nachrichten über Bewegungsmangel bei Kindern oder Übergewicht im Kindesalter lassen leider Anderes vermuten.

Die Psychomotorik, die in Deutschland wesentlich von Prof. E.J. Kiphard geprägt und in vielfältiger Weise weiterentwickelt wurde, hat inzwischen in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit einen wichtigen Stellwert. Psychomotorische Angebote in Kindertagesstätten eröffnen Kindern freudvolle Bewegungs-, Spiel- und Wahrnehmungserfahrungen. Bei der Frage, welchen Beitrag die Psychomotorik zur Kindergesundheit leisten kann, sollen hier die Ressourcen bewegten, kindlichen Spiels in den Blick genommen werden. Ein Risikofaktorenmodell, das danach fragt, was die Kinder krank macht (Pathogenese) wird durch das Modell der „Salutogenese“ (Antonovsky) ergänzt. Dabei steht die Frage „Was hält Kinder gesund?“ im Mittelpunkt des Interesses.

Wir nähern uns dem Thema, indem wir uns der Bedeutung des Spiels für unsere

eigene Biographie deutlich machen. Halten Sie einen Moment inne und überlegen Sie, welche bedeutsamen Spiel- und Bewegungssituationen aus ihrer eigenen Kindheit Ihnen in Erinnerung kommen. Sie haben nachgedacht? Wenn Sie sich spontan erinnert haben, zeigt dies, dass die Erfahrungen, die Sie gemacht haben, für Sie bedeutsam waren. Vermutlich sind es Bewegungsspiele, die draußen und wohnortnah auf Straßen, in Wäldern, auf Wiesen, an Bächen oder in Hinterhöfen gespielt wurden. Vielleicht waren es Fang- oder Versteckspiele, Gummitwist, Seilspringen, Ballspiele oder waghalsige Klettereien. Vermutlich waren es Spiele mit geringem materiellem Aufwand. Sicher haben Sie mit anderen Kindern aus der Nachbarschaft gemeinsam gespielt und von den Älteren manche Spielidee und Regel übernommen und diese dann später an die Jüngeren weitergegeben. Erwachsene spielen bei Ihren Erinnerungen vermutlich kaum eine Rolle, zumindest nicht als diejenigen, die ihr Spiel angeleitet haben.

Diese Kindheit des weitgehend selbstbestimmten Spiels mit anderen Kindern unter freiem Himmel war für viele Erwachsene eine gute Grundlage für ihre motorische und sozial-emotionale Entwicklung. Oder mit den Worten von Astrid Lindgren:

„Kinder sollten mehr spielen, als viele Kinder es heutzutage tun. Denn wenn man genügend spielt, solange man klein ist - dann trägt man Schätze mit sich herum, aus denen man später sein ganzes Leben lang schöpfen kann. Dann weiß man, was es heißt, in sich eine warme, geheime Welt zu haben, die einem Kraft gibt, wenn das Leben schwer ist. Was auch geschieht, was man auch erlebt, man hat diese Welt in seinem Innern, an die man sich halten kann.“

Die Rahmenbedingungen für Bewegung und Spiel haben sich deutlich verändert. Heutige Kindheit ist geprägt durch eine

zunehmende Verhäuslichung des Kinderspiels, mit einem Verlust von wohnortnahen Bewegungs- und Spielflächen und einer zunehmenden Institutionalisierung von Bewegung durch organisierte Angebote. Das selbstorganisierte Spiel unter freiem Himmel, in dem viele Stunden selbstbestimmte Bewegung und selbst vereinbarte Regeln Platz hatten, ist vielfach weggefallen oder institutionalisierten Spiel- und Bewegungsangeboten gewichen. Der Alltag vieler Kinder ist geprägt durch vereinzelte, bewegungsarme Spielerfahrungen im medial gut ausgestatteten Kinderzimmer, verbunden mit dem Verlust vielfältiger Bewegungs- und Sozialerfahrungen. Institutionalisierte Angebote wie Spiel- und Sportgruppen, die unter der Anleitung von Erwachsenen stattfinden, sollen diesen Verlust kompensieren. Die Zeittakte sind eng und die Kinder sehen sich häufig nur zu diesem Anlass, so dass eine Fortführung und Weiterentwicklung selten möglich ist.

Auch wenn die hier kurz gezeichneten Rahmenbedingungen für kindliches Spiel nicht überall zutreffen und es auch andere Sichtweisen dazu gibt (vgl. Rohlf's), scheint mir der Verlust von Bewegung und freier Spielzeit der Kinder eine klare gesellschaftliche Tendenz zu sein.

Wie kann eine Kindertageseinrichtung auf diese Veränderungen reagieren? Kann sie dazu beitragen, zivilisationsbedingten Bewegungsmangel auszugleichen? Welche konkreten Ansatzpunkte bieten sich für die pädagogische Arbeit?

Einige Anregungen mögen helfen, sich diesen Fragen zu widmen. Dabei sollen die Räume, das Team, die Eltern und konkrete Bewegungsmöglichkeiten für Kinder in den Blick genommen werden.

Kinderräume sind Bewegungsräume

Das Bewegungsbedürfnis vieler Kinder lässt sich nicht auf Turnstunden und

Freispielzeiten begrenzen ohne sie massiv einzugrenzen. Also gilt es zunächst zu überlegen, welche Bewegungsräume eröffnet die Einrichtung. Welche Bewegungsaktivitäten sind im Außengelände, welche in den Innenräumen möglich (vgl. Lensing-Conrady). Gibt es im Außengelände Hügel und Mulden über die Kinder sich bewegen können. Können sie schaukeln, klettern, balancieren und haben sie Möglichkeiten sich selbst passende Bewegungsherausforderungen zu schaffen - z.B. durch eine Bewegungsbaustelle?

Welche Bewegungsmöglichkeiten bieten die Innenräume? Gibt es einen gut ausgestatteten Bewegungsraum, in denen Kinder z.B. Klettermöglichkeiten vorfinden und Sprünge auf eine Weichbodenmatte wagen können? Sind Drehscheiben, Hängematten und Rollbretter vorhanden, die auch in Innenräumen intensive Gleichgewichtserfahrungen eröffnen können? Welche Bewegungsaktivitäten sind in Gruppen- oder Funktionsräumen bzw. Fluren möglich und erwünscht? Hat die provozierende Forderung „Schafft die Stühle ab!“ (Renate Zimmer) schon Wirkungen gezeigt und zu einer Umwandlung von Sitz- in Bewegungsflächen geführt? Die Gestaltung und Nutzung der Innen- und Außenräume ist ein wesentlicher Schlüssel um Kindern vielfältige Bewegungs- und Spielmöglichkeiten zu eröffnen. Wechsel von Ruhe und Bewegung, von großräumiger Bewegung und Entspannung sollten den Kindern durch eine durchdachte Raumplanung ermöglicht werden.

Sofern vorhanden, sollten naturbelassene Räume, die sich in der Nähe der Kita befinden gemeinsam aufgesucht werden. Der amerikanische Journalist Richard Low stellt in seinem Buch „Last Child in the Woods“ bei amerikanischen Kindern eine Natur-Defizit-Störung (Nature-Deficit-Disorder) fest und gibt Hinweise, welchen Wert die Nutzung natürlicher Räume für eine gesunde Kindesentwicklung hat. Im Wald bieten sich den Kindern vielfältige Gelegenheiten, ihre Bewegungsfreude auszuleben. Ein Baumstamm, ein Hügel oder ein kleiner Bach laden die Kinder zu einem bewegten Spiel ein, sie können nach Lust und Laune klettern, springen oder balancieren.

Das Team – Bewegungsfreude vorhanden?

Beschäftigen Sie sich bei einer Teamsitzung mit der Bedeutung von Bewegung für sich und Ihr Team. Bewegen Sie sich selbst gern? Wenn ja, wann und in welcher Form? Nutzen Sie Sportangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen, tanzen Sie gern, wandern Sie oder fahren Sie mit dem Fahrrad zur Arbeit? Bei den Überlegungen sollten nicht nur die normierten Bewegungen der Sportarten, die in einem institutionalisierten Rahmen stattfinden, eine Rolle spielen, sondern die Vielfalt von Bewegung und Motiven anklagen. Aus der Gegenwartsperspektive schauen Sie dann zurück in die eigene Kindheit. Haben Sie sich als Kind gern bewegt oder ist ihnen die Bewegungsfreude (im Sportunterricht) abhanden gekommen? Die Auseinandersetzung mit solchen Fragen sollte einen Zugang zur eigenen Bewegungsbiographie eröffnen. Die eigene Bewegungsfreude zu erhalten oder neu zu entdecken ist ein guter Ausgangspunkt für Überlegungen zur Bedeutung von Bewegung in der Kita. Da die Bewegungsbedürfnisse Erwachsener häufig recht unterschiedlich zu denen der Kinder sind, gilt in einem zweiten Schritt zu überlegen, welche Bedürfnisse die Kinder der Kita zeigen und wie ein vielfältiges, kindgemäßes Angebot gestaltet werden kann.

Die Eltern waren auch mal Kinder

Die Bedeutung von Bewegung für die gesunde Entwicklung ihres Kindes ist vielen Eltern heute grundsätzlich bewusst. Auch sie lesen und hören einiges über die gesundheitlichen Risiken von Bewegungsmangel oder die Bedeutung einer „gesunden Sinneskost“ (Hurrelmann) für die Entwicklung der Kinder. Dies führt aber nicht unbedingt dazu, dass die Kinder sich in Begleitung mit dem Laufrad oder Roller zur Kita bewegen. Vielmehr werden viele Kinder auch bei kürzesten Wegen mit dem Auto gebracht. Auch sind die Erwartungen an den Bildungsauftrag der Kindertageseinrichtung nicht immer mit der Überzeugung verknüpft, dass eine gute Bewegungserziehung und vielfältige Wahrnehmungsförderung die beste schulische Vorbereitung sind. Aber genau dies

ist der Fall, denn Kinder lernen in Bewegung. Was z.B. ein Baum ist, erschießt sich den Kindern nicht im Fernsehen oder PC. Sie müssen ihn mit den Händen erfassen, von seinen Früchten kosten, ihn zu verschiedenen Jahreszeiten betrachten, dem Rauschen der Blätter lauschen und auf ihn klettern. Die Kita als lebendigen Bewegungs- und Spielraum ihrer Kinder wertzuschätzen und sich über eine dreckige Hose mehr zu freuen als über langweilige Bastelaktivität gelingt Eltern leichter, wenn Sie z.B. an einem Elternabend überlegen, welche Spiel- und Bewegungsaktivitäten ihnen selbst als Kind große Freude gemacht haben. Sie werden feststellen, dass die Abenteuer, an die sie sich erinnern, nicht im von Erwachsenen bereiteten Zahlen- und Buchstabenland erlebt wurden, sondern mehr mit Freiraum und Selbstbestimmung zu tun hatten. Z.B. bietet die Einbeziehung von aufgeschlossenen Eltern in die Gestaltung einer Kletter- oder Matschlandschaft in der Kita viele Ansatzpunkte, um auf die Bedeutung von Bewegung aufmerksam zu machen. Ein bewegter Elternabend, der Bewegungs- und Spielfreude vermittelt, ist ein idealer Anlass, um den Zusammenhang von Bewegung und Bildung zu thematisieren. *„Elementare Erfahrungen, auf denen die weitere Entwicklung aufbaut wie in Pflügen planschen, auf Bäume klettern, sich in Wäldern und hinter Büschen verstecken, über Zäune springen, in der Erde buddeln, mit Obstkernen weit spucken, in Brombeersträuchern Höhlen bauen, nachts mit Freunden unter freiem Himmel in einem Zelt schlafen, Klingelstreiche unternehmen und weglaufen, Grimassen ziehen und die Hosentaschen voller Schätze haben sind nicht nachholbar! Basteln hingegen kann man im Altersheim immer noch.“*

A. Krenz

Psychomotorik im Kita-Alltag

Auf der Grundlage einer bewegungsfreundlichen Innen- und Außenraumgestaltung und der Aufgeschlossenheit des Teams und der Eltern gegenüber Bewegungsaktivitäten bieten sich vielfältige konkrete Ansatzpunkte. Eine lebendige Bewegungserziehung in der Kita ist heute vielfältig psychomotorisch ausgerichtet(vgl.

Beins/Cox). „Psychomotorische Erfahrungen sind Erfahrungen, die das Kind mit seinem Leib und seiner Seele, seiner ganzen Person macht“ (Zimmer (1), S. 187). Der Zusammenhang von Motorik und Psyche findet in der Psychomotorik umfassend Berücksichtigung. Auf kindgemäße Weise werden Bewegungsaktivitäten eröffnet, die offen sind und eigene Entscheidungsmöglichkeiten betonen. Nicht gleichförmige Bewegungsformen für alle Kinder sondern die freiwillige Teilnahme an erlebnisorientierten Angeboten, in denen die Kinder selbsttätig handeln sind beabsichtigt. Die Stärken des einzelnen Kindes werden gesehen und bieten den Ausgangspunkt für Motivation und Bewegungsfreude. Eine Haltung, die Vertrauen in die Kinder setzt und ihnen eigenwillige, originelle Lösungen zugesteht, lässt Raum für die Entwicklung von Kreativität und Selbstbewusstsein. Dies sind wichtige Ressourcen der Kinder, um ihre Zukunft optimistisch anzugehen. Die beobachtende Wahrnehmung der Kinder trägt dazu bei, ihnen anregende und passende Bedingungen zu schaffen, so dass sie sich entwickeln können und eine Basis für eine gesunde Entwicklung haben.

Abwechslungsreiche Bewegungslandschaften lassen den Kindern die Wahl, ob sie einen Mattenberg erklimmen, sich in der Höhle verstecken oder mit Kleingeräten, Schaumstoffblöcken und Tüchern die Landschaft verändern oder erweitern. Die klassische Bewegungsbaustelle (Miedzinski), auf der die Kinder im Außengelände mit Brettern, Tonnen, Reifen und Schläuchen ständig wechselnde Bewegungssituationen schaffen, eröffnet wichtigen Gestaltungsspielraum. Im Unterschied zu den fest verschraubten Geräten vieler Spielplätze, können die Kinder auf der Bewegungsbaustelle ihre Räume verändern. Sie entwickeln eigene Ideen wie Brücken oder Wippen, sie bauen selbsttätig, helfen sich gegenseitig beim Transport eines Brettes und sind stolz, wenn sie ihre Bauwerke erproben.

Bewegungslandschaften und Bewegungsbaustellen können mit spannenden Angeboten ergänzt werden. So schafft ein Zirkusprojekt die Chance sich in den

Bewegungskünsten wie Akrobatik, Tuchjonglieren, Tellerdrehen oder turnerischen Bewegungen zu versuchen. Beim Angebot zum Ringen und Raufen (vgl. Beudels) können die Kinder eigene Kräfte spüren und lernen Grenzen und Rücksichtnahme. Die Entwicklung von Spielen und Aufgaben mit dem Rollbrett und der Erwerb eines „Rollbrettführerscheins“ verbindet Bewegungsfreude mit Regelbewußtsein. Eine Erzieherin, die sich an ihre Begeisterung für Gummitwist oder das Seilspringen erinnert kann interessierte Kinder hiermit „infizieren“. Eine tänzerisch, rhythmische Aktion kann Kinder zu individuellen Bewegungen und Ausdrucksformen einladen. Ein Angebot zur Körperwahrnehmung und kindgemäßen Entspannung, bei dem die Kinder mit Seilen, Zollstöcken oder Steinen die Körperformen nachgelegen oder sie sich gegenseitig mit Igelbällen und Malerrollen massieren, wird auch von vielen Kindern gern genutzt.

Vielfältige Kompetenzen des Teams, die in Fortbildungen regelmäßig erweitert werden, sind eine gute Basis, um selbst beweglich zu bleiben und die Kinder für sinnvolle, spielerische Bewegung zu begeistern. Nur vielseitige Bewegungs- und Wahrnehmungserfahrungen schaffen die Grundlage für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Die Orientierung an einseitigen Bewegungsformen der Sportarten mit dem Ziel „schneller-höher-weiter“ ist für die Kita ungeeignet. Eine freudvolle, psychomotorische Bewegungserziehung, die selbsttätiges Handeln eröffnet, kann einen guten Beitrag zu einer gesunden kindlichen Entwicklung beitragen.

Weitere Informationen zu Teamfortbildungen, Fachtagungen und der Zusatzqualifikation Psychomotorik finden Sie unter: www.psychomotorik-bonn.de.

Literatur

- Antonovsky, Aron: *Salutogenese*. Tübingen 1997
- Beins, H.J. (Hrsg.): *Kinder lernen in Bewegung*. Dortmund 2007 (Buch mit DVD)
- Beins, H.J./ Cox, S.: „Die spielen ja nur!?“ *Psychomotorik in der Kindergartenpraxis*. Dortmund 2001
- Beins, H.J. : *Die Welt be-greifen und erfahren - Wie kommt Bewegung in den Kita-Alltag?* In: Zeitschrift TPS - Bewegung 5/2008
- Beudels, W.: *Gegen Gewalt ankämpfen: Ringen und Raufen als präventives Angebot im Kindergarten*. In: Motorik 1/2008
- Beudels, W./ Lensing, R./ Beins, H.J.:...*das ist für mich ein Kinderspiel*. Dortmund 1994
- Gebauer, K./Hüther, G.: *Kinder brauchen Spielräume. Perspektiven für eine kreative Erziehung*. Düsseldorf 2003
- Krenz, A.: *(N)Irgendwo ist Bullerbü - überlasst den Kindern ihre Kindheit!* In: Praxis der Psychomotorik 1/2005
- Lensing-Conrady, R.: *Kinderräume in Bewegung*. In: Zeitschrift TPS - Bewegung 5/2008
- Low, R.: *Last Child in the Woods. Saving Our Children from Nature-Deficit-Disorder*. New York 2006
- Miedzinski, K.: *Die Bewegungsbaustelle*. Dortmund 1996
- Rohlf, C.: „*Draußen ist mehr Platz - Wider die These der Verhäuslichung*“. <http://www.uni-siegen.de/uni/publikationen/extrakte/ausgaben/200804/6.html>
- Zimmer, R.: *Handbuch der Bewegungserziehung*. Freiburg 1993 (1)
- Zimmer, R.: *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern*. Freiburg 2005
- Zimmer, R.: *Schafft die Stühle ab! Bewegungsspiele für Kinder*. Freiburg 1995

Ratlos im Dschungel der Ratgeber?

Was leistet Elternbildung rund um die Gesundheit?

1 MARGARETHA KURMANN
Referentin für Kinder- und Jugendgesundheit;
präventiv-medizinische Aufgaben der gesundheitlichen Aufklärung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA

Das Portal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Kindergesundheit www.kindergesundheit-info.de

Die Gesundheit von Kinder und Jugendlichen ist ein Aufgabenschwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA. Den Interventionskonzepten der BZgA liegt der lebensbegleitende und ganzheitliche Ansatz der Gesundheitsförderung zugrunde. In diesem Sinne versteht sich gesundheitliche Aufklärung bei Kindern als Unterstützung in spezifischen Entwicklungsphasen. Die gesunde körperliche, geistige und seelische Entwicklung und das Erlernen eines eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens im Kindesalter sind prägend für den späteren Gesundheitszustand und das spätere Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter. Daher hat eine früh einsetzende Gesundheitserziehung mehr Aussicht auf Erfolg als spätere Korrekturmaßnahmen.

Durch den Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts liegen erstmals repräsentative Daten für die Bundesrepublik zur gesundheitlichen Lage für die Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen vor, die eine wichtige Grundlage zur Bestimmung des Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarfs bilden. Es bestehen ein Rückgang akuter und ein Anstieg chronischer Erkrankungen wie Asthma, Allergien, Adipositas und psychische Erkrankungen. Die BZgA legt daher in ihrem mittelfristigen Arbeitsschwerpunkt

„Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ einen besonderen Fokus auf die Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit. Oberstes Ziel in der Gesundheitsförderung ist die Förderung und Stärkung der Widerstandskräfte (Resilienzfaktoren) gegen Belastungen und Risiken sowie der Ressourcen von Kindern und Jugendlichen und die Unterstützung bei der Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben.

Ziele des Schwerpunktes Kindergesundheit sind:

- ▶ die Förderung der allgemeinen gesunden Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, zunächst vor allem der Kinder von 0-3 und 3-6 Jahren,
- ▶ die Förderung der Gesundheitskompetenzen der Eltern und anderer Betreuung- und Erziehungspersonen von Kindern und Jugendlichen,
- ▶ die Unterstützung bei der Entwicklung von gesunden Kindertagesstätteneinrichtungen, Schulen und Jugendeinrichtungen.

Neben verschiedenen Medien und Projekten hat die BZgA ein unabhängiges, von kommerziellen Interessen freies Online-Angebot www.kindergesundheit-info.de rund um die gesunde Entwicklung von Kindern realisiert. Viele Menschen bedienen sich heute im Internet, wenn sie Informationen zu Fragen der Gesundheit suchen. Eine Marktrecherche hat deutlich gemacht, dass es nur sehr wenig seriöse, nicht-kommerzielle Angebote zur Kindergesundheit gibt, das sich an Eltern wendet. Auf vielen Websites sind die Anbieter nicht ausreichend transparent.

Das Portal zur Kindergesundheit umfasst drei sog. Kanäle: „Für Eltern“, „Für Fachkräfte“ und „Rat und Hilfe“.

Der Elternkanal bietet seriöse und umfassende Informationen zu allen relevanten Themen rund um die gesunde Entwicklung von Kindern. Grundintention ist es, durch Wissensvermittlung und konkrete, praxisnahe Handlungsempfehlungen Eltern in ihrer Kompetenz so zu stärken, dass sie die gesunde Entwicklung ihrer Kinder einfühlsam und nach dem heutigen Wissensstand begleiten und unterstützen sowie Gesundheitsrisiken vorbeugen können. Dazu sollen sie zu allen entwicklungs- und altersspezifischen wie auch individuellen Eigenheiten und Bedürfnissen ihres Kindes informiert, sensibilisiert und zu einem verständnisvollen und einfühlsamen Umgang befähigt werden. Das dazu notwendige Wissen soll ihnen alltagsnah vermittelt werden. Grundlegende Botschaften sind:

- ▶ Eine gesunde Entwicklung setzt körperliches und seelisches Wohlbefinden des Kindes voraus. Hierzu müssen Bedürfnisse eines Kindes erkannt, geachtet und in dem Maße und in der Art befriedigt werden, wie es das Kind braucht.
- ▶ Kinder sind individuell verschieden in ihrem Temperament, ihren Eigenarten, Vorlieben und Abneigungen, Stärken und Schwächen. Sie entwickeln sich in einem individuellen Tempo mit entsprechend möglichen Abweichungen innerhalb eines „groben“ Zeitrahmens.
- ▶ Eltern sollten frühzeitig um Hilfe ersuchen, wenn es Probleme gibt oder sie sich überlastet oder überfordert fühlen.
- ▶ Elternsein hat nichts mit Perfektionismus zu tun. Auch Eltern machen Fehler. Auch Eltern haben Rechte.

Innerhalb der Themenkomplexe (Das 1. Lebensjahr/ Die kindliche Entwicklung/ Ernährung/ Schlafen/ Gesundheitsrisiken vorbeugen/ Schutzimpfungen/ Wenn das Kind krank ist/ Kindersicherheit /Familienalltag) sind Basisinformationen, Alltags-tipps, Linktipps und mehr eingestellt. Zu vielen Themen können Informationen im Überblick herunter geladen werden.

Die hier eingestellten Informationen können auch für Fachkräfte interessant sein oder von ihnen an Eltern weitergegeben werden.

Im sog. „Beratungskanal“ unter „Rat und Hilfe“ finden Ratsuchende ausführliche Informationen zu den in Deutschland existierenden Beratungsangeboten der freien Wohlfahrtspflege. Unterschiedliche Beratungsarten werden erklärt, Wege zur Beratung und Unterstützung anhand konkreter Fragen aufgezeigt.

Das Angebot Für Fachkräfte ist mit ersten Materialien bestückt, wird aber in 2009 deutlich erweitert werden.

Erweiterung des Angebots im Fachkräftebereich

Mit der konzeptionellen Erweiterung im Fachkräftebereich sollen Fachkräfte erreicht werden, die in ihrem Berufsalltag mit Kindern zwischen 0-6 Jahren und deren Eltern zu tun haben, Eltern begleiten, beraten und unterstützen und sich in der Mit-Verantwortung für das gesunde Aufwachsen dieser Kinder sehen.

Diese Fachkräfte sind: Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter in Kindergärten und Kindertagesstätten, in der Familienbildung und -begleitung, in der Kindertagespflege, in der Frühförderung, Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Fachberaterinnen und

Fachberater für diese Berufsgruppen. Mit Blick auf den jeweiligen konkreten Bedarf sollen die Themen zur Kindergesundheit so aufbereitet werden, dass sie die Fachkräfte und deren Institutionen darin unterstützen, zu einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt von Kindern beizutragen. Dazu gehört, dass sie:

- ▶ die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in ihrem Arbeitsbereich verstehen,
- ▶ Gestaltungsmöglichkeiten für ihren Bereich erkennen,
- ▶ Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention überblicken,
- ▶ einen Einblick in wissenschaftliche Grundlagen zu ausgewählten Themen des gesunden Aufwachsens von Kindern gewinnen,
- ▶ in der Lage sind, Eltern für das Themen des gesunden Aufwachsens zu interessieren,
- ▶ Eltern zur einfühlsamen Begleitung ihrer Kinder zu ermutigen,
- ▶ und ihnen das dafür nötige Wissen zur Verfügung stellen oder vermitteln können.

Insbesondere für schwer erreichbare Gruppen ist die Vermittlung über Multiplikatoren ein wichtiger, zu nutzender Weg.

Der Fachkräftekanal wird Informationen in folgenden Rubriken anbieten:

- ▶ Hintergrundwissen zur Gesundheitsförderung und Themen der Kindergesundheit
- ▶ Themenbezogene Arbeitsmaterialien für die Elternarbeit
- ▶ Gute Beispiele für Gesundheitsförderung in Einrichtungen
- ▶ Wegweiser für zu nutzende Ressourcen

An Rückmeldungen aus der Praxis ist das Internetteam der BZgA sehr interessiert. Anregungen nehmen wir gerne auf.

Für die Weitergabe an Eltern stehen Werbematerialien für das Portal zur Kindergesundheit zur Verfügung: Faltblätter, Plakate, Magnetpins, Terminblocks. Sie sind kostenfrei zu bestellen über www.bzga.de oder www.kindergesundheit-info.de.

2

MICHAELA RENKEL
Referentin für Familienbildung
im Erzbistum Köln

Zentral für das gesunde Aufwachsen von Kindern sind Kenntnisse, Haltungen und das Vorbild der Eltern zum Thema „Gesundheit“. Von daher sind Angebote, die die Eltern einbeziehen, Voraussetzung für erfolgreiches Arbeiten, um die Gesundheit der Kinder zu fördern.

Neben den klassischen Ansätzen zur Gesundheitsbildung mit Eltern nehmen inzwischen auch andere Ansätze zur Elternbildung (über Zeitungsbeilagen, thematische Printmedien, interaktive Zugänge über das Internet ...) einen breiten Raum ein. Wie hilfreich sind diese – oder sind sie ein weiteres Mittel zur Verunsicherung von Eltern? Was ist empfehlenswert? Worauf ist zu achten? Wer ist durch welchen Zugang besonders gut zu erreichen? Woher kön-

nen Unterscheidungskriterien gewonnen werden, um eine Empfehlung für das eine oder andere Angebot, für den einen oder anderen Zugang auszusprechen?

Im Rahmen des Beitrages sollen zum einen die „klassischen“ wie auch die „neuen“ Ansätze zur Elternbildung vorgestellt und hinsichtlich ihrer Nutzbarkeit in der Praxis von Kindertagesstätte und Familienbildungsstätte diskutiert werden.

Hierbei soll neben Methoden und Themen auch der Zugang zu unterschiedlichen Zielgruppen und deren spezifischen Bedarfen mit angesprochen werden.

Anstöße zum Weiterdenken:

- ▶ **Eltern aus dem Milieu der Etablierten sowie der Postmateriellen** (vgl. zu den folgenden Ausführungen: Barz Bd. 1, S. 36; 50 und Wippermann S. 76-93; 94-121) und sind in der Regel sehr gut informiert, beziehen ihre Informationen in der Regel

aus Büchern, „seriösen“ Zeitschriften oder Seminaren. Beide Zielgruppen sind sehr auf die Förderung ihrer Kinder bedacht, setzen sich kritisch mit den hier vorgestellten Ansätzen auseinander. Allerdings ist bei den Postmateriellen eher eine „Förderung mit Maß“ festzustellen. Beide Gruppierungen legen Wert auf fundiertes Wissen, allerdings wird dies bei der Gruppe der Etablierten häufig an einem fachlichen Abschluss, bei den Postmateriellen eher an der Authentizität der Dozenten festgemacht. Letztere sind durchaus auch offen für alternative Ansätze. Bei der Auswahl von Kursen zur Gesundheitsbildung bevorzugen beide Gruppen als seriös angesehene öffentliche Anbieter, die Etablierten vor allem aus dem säkularen Bereich.

Als TeilnehmerInnen in Maßnahmen von Bildungsmaßnahmen, die auch Felder der Gesundheit von Kindern betreffen, suchen sie, häufig Orientierungskriterien, um aus

den vielfältigen Ansätzen zur Förderung ihrer Kinder auswählen zu können. Darüber hinaus ist zumindest den postmateriellen eine Selbstvergewisserung hinsichtlich ihrer Entscheidungen innerhalb der Gruppe wichtig.

Beide Gruppierungen sind auch selber häufig Besucher von Gesundheitskursen unterschiedlicher Ausprägung, dienen durch ihr Verhalten als Vorbild.

► **Eltern aus dem Milieu der Modernen Performer** (vgl. zu den folgenden Ausführungen: Barz Bd. 1, S. 64 und Wippermann S. 121-140) gehen von einer selbstverständlichen Gesundheit aus, suchen allerdings gezielte Informationen, sofern konkrete Probleme auftreten. Online-Recherche, problemlösendes Fachbuch sowie das Gespräch mit dem Arzt sind bevorzugte Informationsquellen.

Das eigene Gesundheitsbewusstsein und -verhalten wird charakterisiert als „schonungslos“ und „unbekümmert“; eine Teilnahme an Gesundheitskursen ist eher selten. Wenn überhaupt werden „ursprüngliche Ansätze“ sowie Hilfen bei konkreten Beschwerden gesucht. Es werden Anbieter bevorzugt.

Nur die Ansätze haben eine Chance auf Annahme, die zum einen eine hohe Professionalität, zum anderen eine leichte Umsetzbarkeit versprechen (Lösungsorientierung).

► **Eltern aus der Bürgerlichen Mitte** (vgl. zu den folgenden Ausführungen: Barz Bd. 1, S. 120 und Wippermann S. 140-160) verfügen über ein gutes Grundwissen zur gesunden Lebensführung, realisieren diese auch auf eine maßvolle Art und Weise. Sie beziehen ihr Wissen überwiegend aus Ratgeberliteratur und -sendungen, haben eine hohe Affinität zu alternativen Heilmethoden.

Im Bezug auf die Gesundheitserziehung ihrer Kinder ist ihr Verhalten vor allem davon geprägt, nichts zu versäumen, nichts falsch zu machen. Sie sind von daher auch interessierte Teilnehmer einer Vielzahl von Elternseminaren zur Gesundheitsbildung. Allerdings erfolgt eine Umsetzung in die familiäre Praxis häufig nur selektiv und nach eingehender Abwägung.

Auch diese Zielgruppe legt Wert auf eine hohe Qualifikation der ReferentInnen.

► **Eltern aus dem Milieu der Konsummaterialisten** (vgl. zu den folgenden Ausführungen: Barz Bd. 1, S. 134 und Wippermann S. 161-181) wie auch aus dem der Hedonisten (vgl. zu den folgenden Ausführungen: Barz Bd. 1, S. 162 und Wippermann S. 202-223) zeigen ein geringes Gesundheitswissen und -bewusstsein, können von daher nur in geringem Maß als Vorbild dienen. Ihre Kenntnisse zur Gesundheit beziehen sie in der Regel aus kostenlosen Info-Broschüren, persönlichen Gesprächen mit ihrem Arzt, aber auch aus Gesprächen im Freundeskreis, Konsummaterialisten aber auch aus Arztserien im Fernsehen. Service-sendungen zur Gesundheit im Fernsehen werden als „langweilig“ und „für Ältere“ nicht gesehen. Das Internet wird zwar genutzt, ist aber für diese Zielgruppen eher ein Spiel- als ein Recherchemedium. Hedonistische Eltern lehnen alles ab, was sie als Fremdbestimmung für sich und/oder ihre Kinder ansehen. Sie sind allerdings für sich selber, aber auch für ihre Kinder offen für Sport als Maßnahme der Gesundheitsförderung.

Mütter aus dem Milieu der Konsummaterialisten möchten ihre Kinder gerne gut versorgen, sind aber aufgrund mangelnden Wissens oder aufgrund von Überforderung häufig dazu nicht in der Lage.

Gesundheitswissen ist beiden Zielgruppen schwer zu vermitteln, allenfalls über lebensnahe und praktische Umsetzungen, die ggf. in den Alltag integriert werden können. Neben Verständnisbarrieren und abweichenden Wertvorstellungen besteht z.T. auch ein deutlicher Vorbehalt gegenüber den Kursleitern.

► **Eltern aus dem Milieu der Experimentalisten** (vgl. zu den folgenden Ausführungen: Barz Bd. 1, S. 148 und Wippermann S. 182-202) verfügen selber über ein hohes Gesundheitsbewusstsein, bevorzugen „natürliche“ Ansätze, häufig mit einer Affinität zu alternativen Heilmethoden. Sie nutzen z.T. auch bildende Angebote, probieren aber auch therapeutische Maßnahmen selbstständig aus. Ihr Erziehungsverhalten, die Kinder „unvergrübelt“ an ihrem Leben teilnehmen zu lassen, erstreckt sich auch auf den Gesundheitssektor. Informationen beschaffen sie sich bei konkreten Gesundheitsproblemen, gerne im informellen Ge-

spräch mit anderen Eltern, lehnen „feste Vorschriften“ und Regeln ab. Wenn sie überhaupt an Bildungsangeboten teilnehmen, so suchen sie qualitativ hochwertige Kurse aus.

Fazit:

- Eine Kooperationspartnerin ist die Familienhebamme der Caritas RheinBerg. Eine Kooperationspartnerin ist die Familienhebamme der Caritas RheinBerg. Eltern sind auch in Hinblick auf ihre Kenntnisse und Anfragen zur Gesundheit ihrer Kinder eine heterogene Gruppe. Daher gibt es keine für alle Familien „richtige“ Gesundheitsbildung.
- Auch wenn alle Eltern für ihr Kind und „das Beste“ wünschen, so haben sie unterschiedliche Vorstellungen davon, was „Gesundheit“ bzw. „das Beste“ ist.
- Um eine erfolgreiche Elternbildung zum Thema Gesundheit zu realisieren, bedarf es eines breiten Spektrums von Ansätzen, Anbietern und Methoden, damit die jeweiligen Bedarfe auch wahrgenommen und eine Realisierungsperspektive zum Nutzen der Kinder entsteht.

Literatur:

- zu Anforderungen an Elternbildung zum Thema Kindergesundheit:
- Barz, Heiner/Tippelt, Rudolf u.a. (Hrsg.), *Weiterbildung und soziale Milieus in Deutschland* (DIE spezial), Bielefeld
- Bd. 1: *Praxishandbuch Milieumarketing*, 2004
- Bd. 2: *Adressaten- und Milieuforschung zu Weiterbildungsverhalten und -interessen*, 2004
- Bd. 3: *Milieumarketing implementieren*, 2008
- Wippermann, Carsten/ Merkle, Tanja, *Eltern unter Druck, Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten* (Studie der Konrad-Adenauer-Stiftung). Stuttgart 2008

Wir müssen mal miteinander reden ...

Gewagte Elterngespräche

URSULA DEUPMANN

Diplom-Heilpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Supervisorin (DGSv)

► Der kleine Lukas fällt den Erzieherinnen in der Kita auf, dass er seit Wochen kaum Interesse am Gruppengeschehen zeigt, sich immer still zurück zieht und völlig unbeteiligt wirkt. Die Kita sorgt sich, ob in der Familie irgendwas vorgefallen ist, was ihn bedrückt.

► Die 4-jährige Simone kann in der Kita in vielen Bereichen nicht mithalten. Beim Turnen fallen ihr einfachste motorische Übungen schwer, beim Anziehen wirkt sie trotz häufigen Übens mit der Erzieherin nach wie vor sehr unkoordiniert, ihr fallen oft Dinge, die sie festhalten will, aus der Hand. Die Erzieherinnen machen sich Sorgen, dass Simone da starke Entwicklungsstörungen aufweist.

► Die Eltern von Miriam kamen neulich erbost in die Kita. Ihre Tochter sei wohl gestern von einem Jungen geschlagen worden und die Erzieherinnen hätten nur zugeguckt. Wenn das die Pädagogik sei, würden sie das mal an den Träger weiter tragen oder am besten mal an die Presse. Die Gruppenleiterin sieht sich Vorwürfen ausgesetzt, abgesehen davon, dass das vor den Kindern und anderen Eltern passiert. Wie reagiert man am besten?

1. Grundvoraussetzungen für Elterngespräche

Eltern sind Auftraggeber, Kunde und Partner. Als solche müssen wir Ihnen begegnen. Unsere innere und äußere Haltung als Erzieherin den Eltern gegenüber spielt dabei eine genau so große Rolle wie Methoden, Zielvereinbarungen und deren Verbindlichkeiten. Die innere Haltung ist, wenn wir ganz ehrlich mit uns sind, häufig

Innere Haltung

- Akzeptanz der potentiellen Fähigkeiten durch gegenseitiges Ernstnehmen und Achten.
- Symmetrie in der Haltung: Beide, Eltern wie Erzieherinnen sind Experten in ihren Bereichen.
- Dialogisches Verständnis: Eltern rekonstruieren und verbalisieren im Dialog ihre Innensicht, nicht nur von sich aus, sondern auch auf Grund von Fragen, die wir ihnen stellen oder Anregungen, die wir ihnen geben. Umgekehrt können Eltern erst im Dialog mit uns durch Sinngebung und Bedeutungsauslegung Inhalte verstehen, die wir vermitteln wollen. Hierin wird die Schwierigkeit deutlich: ohne regelmäßigen Austausch und Versuche der Annäherung im gegenseitigen Verständnis kann es rasch zu Unstimmigkeiten und Störungen kommen.
- Abwägung zwischen Nähe und Distanz: Eltern vertrauen ihre kleinen Kinder der Institution an. Da suchen manche Eltern die vertraute Freundin in der Erzieherin, die Erzieherin aber hat eine professionelle Rolle inne. Der Spagat zwischen Nähe und Distanz muss also ständig ausbalanciert werden.
- Offenheit und Sicherheit im Sinne von Verlässlichkeit: Als Erzieherin habe ich Modellfunktion, sowohl für die Kinder als auch ihre Eltern. Durch mein Handeln muss erkennbar sein, wie eine vertrauensvolle Kommunikation aussehen kann.

davon geprägt, dass wir die Einstellung von Eltern ändern möchten. „Die müssen doch endlich verstehen, dass Ihr Kind nicht mitkommt und entwicklungsverzögert ist.“ „Die sollten sich zuhause mal mehr um

Äußere Haltung

- Klärung, wer mit wem in welchem Raum zu welcher Zeit das Gespräch führt.
- Sitzverteilung: optimale Form ist immer schräg zueinander bei 2 Personen. Man kann sich anschauen, aber auch aneinander vorbei. Ein Gefühl von Verbindlichkeit und Freiheit kann im Gespräch zugleich entstehen.
- Eigene Körperhaltung, Stimme,
- Themenklärung. Je besser Eltern vorab wissen, worüber gesprochen werden soll, um so sicherer kommen sie zum Gespräch. Unsicherheit „Was wollen die vom Kindergarten wohl?“ führt eher zu Blockaden und Vorsicht, die im Gespräch mühsam überwunden werden muss.
- Obligatorische regelmäßige Elterngespräche, z.B. in Form von Elternsprechtagen, mindern die Hemmschwellen bei Eltern. Das ist ja für Alle, also fällt gar nicht auf, wenn es um brisante Themen oder Schwierigkeiten geht.
- Schriftliche Dokumentation der Themen, der Vereinbarungen und gemeinsame Unterschrift

Grenzensetzen bemühen.“ Und das spüren Eltern. Die Folge ist Abwehrverhalten und Widerstand statt echte Kooperation. Es genügt nicht, dass wir sagen, wir wertschätzen die Eltern. Im Gespräch müssen wir die Wertschätzung vorleben. Zur inneren Haltung zählen mehrere Komponenten, die als Symmetrie und Akzeptanz erkennbar sind, s. auch Kasten „Innere Haltung“. Unsere äußere Haltung übt mehr Einfluss, als wir oft meinen. Verschanzt hinter dem Schreibtisch wirkt nicht sehr einladend, offen miteinander ins Gespräch zu kommen. Schimpftiraden im Flur und im Beisein von Kindern sind kein gutes Vorbild, weder von Eltern noch von Erzieherinnen. Einen abgetrennten Raum aufsuchen oder selbst das Gespräch stoppen, kurz und knapp äußern, dass Sie so nicht miteinander reden, und sich anschließend abwenden, geben auch aufgebrachten Eltern Klarheit und das notwendige Stoppschild.

Umgekehrt sind „Pacing“ und „Leading“ (Begleiten und Führen) natürliche Kom-

munikationsphänomene, die in alltäglichen Interaktionen zu beobachten sind. Durch Pacing kann ich bewusst und unbewusst Rapport im Sinne von Reaktionsbereitschaft erreichen. Wenn diese Reaktionsbereitschaft erreicht ist, führen sich die Gesprächspartner häufig abwechselnd. Rapport kann hergestellt werden durch z. B. Atem, Handgesten, Kopfhaltung, Körperposition, Gesichtsbewegungen und -ausdruck, Augenbewegungsmuster, Stimmlage und Tonhöhe, Sprechgeschwindigkeit.

2. Eigenes Wissen

Es gibt einiges wissenswertes rund um das Elterngespräch.

Wissen um die **4 Seiten einer Botschaft:**

Sachinhalt *Worüber wird informiert?*

Selbstoffenbarung *Was tut der Sender über sich selbst kund?*

Beziehung *Was hält der Sender vom Empfänger und wie stehen beide zueinander?*

Appell *Wozu will der Sender den Empfänger veranlassen?*

aus: Friedemann Schulz von Thun, *Miteinander reden*, Reinbek 1992

Insbesondere die Beziehungsebene führt häufig zu Störungen im Elternkontakt. Wenn die „Chemie“ nicht stimmt, bemühen wir uns um viele sachliche Aussagen oder appellieren an Eltern. Wir haben schon vor dem Gespräch Bauchschmerzen, ob es wohl gut geht. Stattdessen macht es gerade bei problematischen und schwierigen Elterngespräch Sinn, genau die Beziehungsstörung anzusprechen. Allerdings nur aus der eigenen Sicht mit den eigenen damit verbundenen Gefühlen. „Wir machen uns Sorgen hier in der Kita.“ „Jedes Mal, wenn wir uns zum Gespräch treffen ...

► Wir sind nicht schlauer als Eltern, sondern wissen nur mehr von der Arbeit mit den Kindern in unseren Einrichtungen. Elternwissen ist ein anderes, da können wir gar nicht mithalten, weil wir zu deren Bedingungen nicht leben. Also bleiben eventuell zwei verschiedene Wissensgebiete und Ansichten nebeneinander stehen.

► Unser eigenes Wissen ist **unsere Wahrnehmung und Beobachtung** in der Kita,

nicht die fachfremde Diagnostik und nicht die Situation des Kindes und der Familie zuhause. Also sollte die Wahrnehmung und Beobachtung auch korrekt benannt werden. Nicht“ wir glauben, ihr Kind ist entwicklungsgestört.“, sondern „wir erleben, hören, sehen ... bei Simone hier ...“. Je klarer und direkter den Eltern Verhalten der Kinder beschrieben wird, um so eher ist es für Eltern nachvollziehbarer.

3. Gespräch in der Krise

Und wenn wir schon total in der Krise stecken? Mit diesen Eltern geht es überhaupt nicht mehr. Wie kommt man aus Eskalationen heraus? Im Kasten finden Sie einige grundsätzliche Anregungen.

Die Merkmale betreffen oft **alle**, die an der Krise beteiligt sind.

Kinder sind immer unterlegen darin Krisen zu bewältigen, weil sie viel stärker emotional reagieren und affektiver handeln. Je kleiner sie sind, um so weniger Selbststeuerung steht ihnen zur Verfügung. Dabei sind sie auf Hilfe von Erwachsenen angewiesen.

4. Schwierige Problemfelder im Umfeld des Kindes ansprechen

Grundsätzlich heißt die Devise: Klartext reden. Denn um den heißen Brei herum reden spüren Eltern immer, und das verunsichert sie nur noch mehr. Im Zweifel lohnt es sich, immer schon vorweg zu schieben, wie es für Sie selbst ist „Es ist mir selbst unangenehm, das folgende Thema anzuschneiden.“ „Es fällt mir selbst schwer anzufangen. Ich habe Sorge, das Falsche zu sagen und sie zu verärgern.“ Es gibt ein Phänomen, bei dem sich die Meisten schwer tun, Eltern darauf anzusprechen: mangelnde Hygiene. Wir möchten Eltern nicht verletzen und Ihnen nicht zu nahe treten. Wir sollten aber nicht vergessen, dass es ja um was anderes geht.

Wir stören uns am schlechten Geruch, an dreckiger Kleidung. Die betroffenen Kinder erleben Ablehnung und Ausgrenzung gegenüber anderen Kindern. Und genau da setzt das Gespräch an. Erklären, was die schlechte Hygiene zur Folge hat. Und die Erwartung aussprechen, was Eltern tun sollten. „Die Wechselwäsche für Thomas muss frisch gewaschen sein.“ „Morgens muss Anna die Zähne geputzt

Krisenmerkmale	Krisenbewältigung
Starke Emotionen, die offenbar werden	Tief durchatmen, laut bis 10 zählen, innerlich „abkühlen“, es wagen, gar nichts zu tun
Ausschalten vernünftigen Denkens	Abwarten, evtl. über andere Dimension wie Körpersprache/Berührung Zugang suchen, raus gehen o. a.
Früh erlernte Bewältigungsstrategien, auf die die Beteiligten zurück greifen	Lösungsversuch zunächst akzeptieren und nutzen
Großes Gefühl von Hilflosigkeit	Kleine Alltagshandlungen einsetzen
Gegenseitige Verstärkung der jeweiligen Reaktionsmuster	Genau das Gegenteil tun, wonach Ihnen eigentlich zumute ist/ paradoxe Handlungen
Angst vor Unberechenbarkeit	Stets erklären, was man zu tun beabsichtigt
Gefühl von Übervielfalt an Problemen	Das erste und einfachste Problem zuerst angehen
Verlust des Gefühls von Selbstkontrolle und der Steuerungsfähigkeit	Minimale Ansatzpunkte suchen, in denen Selbstkontrolle und -steuerung möglich ist

Ursula Deupmann, 2006

haben, Gesicht und Hände gewaschen, frische Unterhose und frischen Pullover, erst dann darf sie hierher kommen.“ Wir müssen davon ausgehen, dass es Eltern gibt, denen die Wahrnehmung dafür fehlt. Sie können also deren Einstellung nicht ändern, aber deren Verhalten einfordern. Vermutlich auch in regelmäßigen Abständen immer wieder.

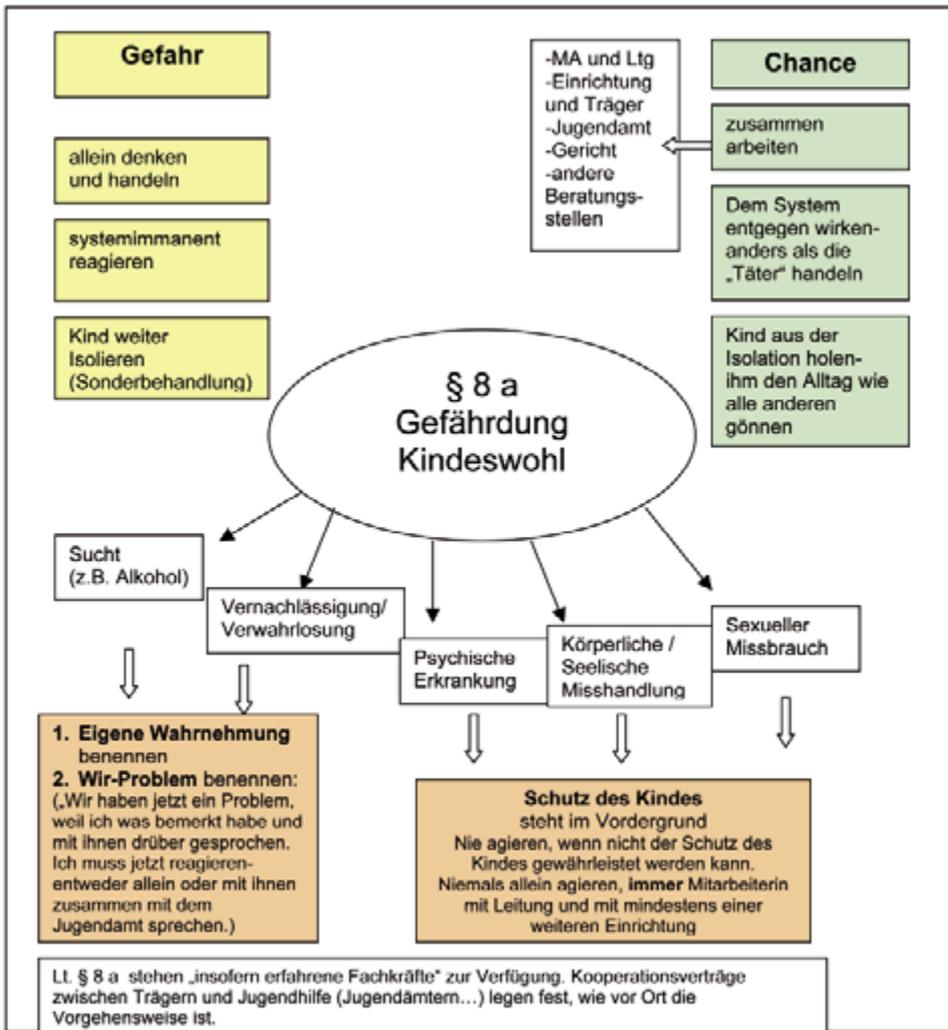
Insgesamt darf jedoch nie aus dem Blick geraten, worum es im letzten geht, um Ihre Sorge ums Kind, dessen Fürsprecherin Sie in dem Moment sind. Bei allen Fällen, in denen sie Sorge um das Kindeswohl haben, wo es um das Abwägen ihrer Schweigepflicht und ihrer Mitteilungspflicht (z.B. gegenüber Jugendamt) geht, benennen Sie Eltern gegenüber das Ich- und Wir-Problem. „Wir haben jetzt das Problem, weil ich etwas bemerkt habe und Sie nun darüber informiert habe. Ich brauche Ihre Hilfe, und wir brauchen Lösungen für das

gemeinsame Problem.“ Im Schaubild erhalten Sie im Kurzüberblick eine Hilfestellung dazu.

5. Allgemeine Tipps im Gespräch:

- ▶ Rapport herstellen (über Gestik, Mimik, Sitzhaltung, Atem, usw.), d. h sich auf die Haltung, auf die Körpersprache des Gegenüber einstellen und dann selbst eine offene Körperhaltung vor-machen.
- ▶ Nachfragen, wie ihr Gegenüber das, was Sie gesagt haben, verstanden haben.
- ▶ Offene Mitteilung, dass sie die Erzählung Ihres Gegenüber wiederholen, ob sie es richtig verstanden haben
- ▶ Wenn z.B. Eltern meinen „Sagen Sie mir doch, was ich tun kann“, können Sie antworten: „Ich kann es versuchen, ihnen ein paar Tipps zu geben, aber nur Sie können sicher gehen, ob sie auch funktionieren...“ oder

- ▶ „Ich habe grad selbst keine Tipps auf Lager, aber wir können zusammen versuchen, welche zu finden.“ Und weiter: „Was würden Sie denn am liebsten tun?“ Was würden Sie tun, wenn das Problem mit (..) nicht mehr wäre? Wie würden Sie sich dann verhalten? Woran würden Sie es selbst merken? Woran würde ihr Kind/ ihre Kollegin/ ihr Vorgesetzter das merken? Wie würden wir in der Kita das merken? Mit diesen weiterführenden Fragen entstehen oft von selbst Ideen, was Andere tun können, nämlich genau das Beschriebene.
- ▶ Auf „bessere“ Berater (Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, freie Therapeuten) hinweisen, damit Sie nicht die Therapeuten der Eltern werden, sich nicht zu sehr auf die Eltern konzentrieren müssen und der Blick fürs Kind sonst verloren gehen könnte.
- ▶ Gemeinsame Ziele entwickeln. „Ihr Zuhause kann ich nicht ändern, und Sie können unsere Arbeit in der KiTa nicht ändern. Aber wir können zusammen suchen, was wir zusammen ändern können.“
- ▶ Gemeinsam ins Kind hinein versetzen. „Was meinen Sie, wenn Lisa... sagen würde, was sie von uns in der KiTa und Ihnen als Eltern braucht, was wäre das ...?“
- ▶ Sinngemäßes Wiederholen dessen, was Eltern erzählen, führt eher dazu, dass Eltern sich konkret verstanden fühlen. (keine Floskeln „Ach ja, ich verstehe, sondern konkretes wiederholen)
- ▶ Nie die Inhalte und Sachaussagen als oberstes Gebot hinstellen, immer erst Verständnis auf der Beziehungsebene für die Lage der Eltern entwickeln. Dann verstehen Eltern meist auch viel eher, wenn Sie umgekehrt Dinge in der KiTa z.B. nicht ändern können.



6. Literatur

Becker, H. u. Hugo-Becker, A.: *Psychologisches Konfliktmanagement*, München 2000

Speck, Dieter: *Kommunikationstraining für den Alltag. Miteinander reden - einander verstehen*. Düsseldorf: Econ-Taschenbuch-Verl. 1990

Mitschka, Ruth: *Sich auseinander setzen - miteinander reden. Ein Lern- und Übungsbuch zur professionellen Gesprächsführung*. Linz: Veritas. 2000

Flammer, August: *Einführung in die Gesprächspsychologie*. 1. Aufl., Bern [u.a.]: Huber. 1997

Brons-Albert, Ruth: *Auswirkungen von Kommunikationstraining auf das Gesprächsverhalten*. Tübingen: Narr. 1995

Hackney, H. & Cormier, L.S.: *Counseling strategies and objectives - Beratungsstrategien, Beratungsziele*. 2., völlig neubearb. Aufl., München ; Basel: Reinhardt, 1982

Rechtien, Wolfgang: *Beratung im Alltag. Psychologische Konzepte des nicht-professionell beratenden Gesprächs*. Paderborn: Junfermann 1988

Schulz v. Thun 1991: *Miteinander reden*, Bd.1 *Störungen und Klärungen*. Reinbeck 1992

Rogers, Carl R.: *Counseling and psychotherapy. Die nicht-direktive Beratung*. Ungekürzte Ausg., 10. - 11. Tsd. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl., Jahr 1992

online: Textor, Martin R., *Elternberatung und Gesprächsführung*, <http://www.kindergartenpaedagogik.de/369.html>

Impressionen einer bewegenden Tagung



Das Projekt „Caritasnetzwerk Frühe Hilfen“



„Caritasnetzwerk Frühe Hilfen“ ist ein Projekt in Trägerschaft des Diözesan Caritasverbandes für das Erzbistum Köln, das über drei Jahre (von Juni 2007 bis Mai 2010) an fünf Standorten durchgeführt wird.

Vor dem Hintergrund der Zunahme der prekären Lebenssituationen von Kindern, soll ergänzend zu den bestehenden Angeboten der katholischen Träger für den Zeitraum von der Schwangerschaft / Geburt bis zum Kindergartenalter ein Angebot geschaffen werden, das überforderte und belastete Eltern erreicht und unterstützt.

Die durchführenden Ortsverbände sind der CV für den Rheinisch-Bergischen Kreis e.V., CV für die Stadt Bonn e.V., CV für das Kreisdekanat Euskirchen, der CV Remscheid e.V. der SkF e.V. Bonn und Rhein-Sieg-Kreis

Die Finanzierung, bzw. Förderung erfolgt durch das Erzbistum Köln, den Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW und die RheinEnergieStiftung Familie. Ziele des Projektes sind der Auf- und Ausbau eines Netzwerkes, das ein niedrigschwelliges, sozialraumorientiertes, interdisziplinäres Hilfesystem für Familien mit Kleinkindern in schwierigen Lebenssituationen anbietet, um Gefährdungen von Kleinkindern frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken, verlässliche Bindungen zwischen Eltern und Kindern zu stärken und ihnen eine altersgemäße Entwicklung zu sichern. Erreicht werden soll die Absicherung als Regelangebot.

Über die Stelle einer Koordinatorin soll ein Netzwerk Frühe Hilfen in Kooperation mit den eigenen und örtlichen Fachdiensten, Institutionen und Fachkräften auf- und ausgebaut werden. Insbesondere über die Zusammenarbeit mit Geburtskliniken, Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Frühförderzentren u. a. sollen Familien über die Angebote Früher Hilfen informiert werden und der Zugang zu den Familien mit Unterstützungsbedarf, sowie der Zugang der Familien zu den Angeboten gewährleistet werden. Informationsbesuchsdienste in Geburtskliniken durch Ehrenamtliche, die Abstimmung und Verfahrensklärung sind Möglichkeiten, den Unterstützungsbedarf von Familien frühzeitig zu erkennen. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Einsatz, sowie die Schulung und Begleitung von Ehrenamtlichen im Alltag der Familien.

Die Arbeit der Koordinatorinnen in den fünf Standorten wird unterstützt durch die Projektsteuerung und Zusammenarbeit auf Diözesanebene, ergänzt durch Supervision und spezifische Fortbildungsangebote.

Die Evaluation erfolgt durch die Westfälische Wilhelms-Universität Münster im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung.

Kontakt:

Christa-Maria Pigulla, DiCV Köln, Georgstraße 7, 50676 Köln,

Telefon: 0221-2010143

E-Mail: christa-maria.pigulla@caritasnet.de

Standorte:

Elke Macherey-Müller fruehehilfen@

caritas-rheinberg.de; Susanne Absalon

fruehehilfen@caritas-bonn.de;

Anne Winter fruehehilfen@caritas-eu.de;

Beate Nierhoff-Kunze fruehehilfen@

caritas-remscheid.de; Rita Rixen-Willmann

fruehehilfen@skf-rhein-sieg.de

Caritasnetzwerk Frühe Hilfen am Projektstandort Caritasverband für den Rheinisch Bergischen Kreis

Eltern stützen – Kinder schützen: Die Stärkung der Familie ist das zentrale Anliegen des Caritasnetzwerkes Frühe Hilfen. Unmittelbare und niederschwellige praktische Hilfen sollen die Familien erreichen. Die hilfreichen Dienste, wie z. B. esperanza, die Familienpflege, die Mutter-Kind / Vater-Kind-Kuren, die Familienhebamme, die Väterberatung, das Frühförderzentrum und die Familienbegleitung sollen den Familien bekannt gemacht werden und Hemmschwellen gegenüber öffentlichen Diensten und Behörden abgebaut werden.

Gerade die Gruppe der Neugeborenen und Kinder unter zwei Jahren sind besonders gefährdet. Gefährdungen von diesen Kindern frühzeitig zu erkennen, ihnen entgegen zu wirken und Kindern eine altersgemäße Entwicklung zu sichern ist das Ziel des Caritasnetzwerkes „Frühe Hilfen“.

Das Einzugsgebiet der Caritas RheinBerg ist der Rheinisch Bergisch Kreis mit insgesamt 290000 Einwohnern, mit den Städten und Gemeinden Overath, Rösrath, Kürten, Odenthal, Burscheid, Leichlingen, Wermelskirchen und Bergisch Gladbach, der mit 108000 Einwohnern größten Stadt des Kreisgebietes.

Aus der Beratungspraxis wissen wir, dass die Zahlen der mehrfach belasteten und damit überforderten Eltern zunehmen. Die Zahlen in der Schwangerschaftsberatungsstelle „esperanza“ steigen (351 in 2005, 427 in 2006, 409 incl. Online-Beratungen in 2007) bei gleichzeitig sinkenden Geburten.

Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, Verwahrlosung und im schlimmsten Fall Tötung und die Aussetzung von

Kindern sind die Folgen dieser Überforderung, Armut, eigene Misshandlungserfahrung, fehlende soziale Kontakte, Minderjährigkeit, unerwartete Schwangerschaft, Trennung und Scheidung sowie geringe Bildung sind nur einige der Ursachen.

Mit dem neuen Projekt soll das bestehende Netzwerk, das durch die Schwangerschaftsberatung „esperanza“ aufgebaut wurde, ausgebaut und weitere Kooperationspartner gewonnen werden, wie z.B. niedergelassene Hebammen, Kinderärztinnen/-e und Gynäkologinnen/-en, Krankenhäuser, das Kreisgesundheitsamt und die Jugendämter.

Niederschwellige Hilfen sollen den betroffenen Familien z.B. in Form von ehrenamtlichen Familienbegleiterinnen/-n an die Seite gestellt werden.

In der Caritas RheinBerg sind im Jahr 2008 gemeinsam mit der katholischen Bildungsstätte 8 Frauen in einem Qualifizierungskurs ausgebildet worden. Sie werden nun nach und nach an Familien vermittelt, die die Kooperationspartner in Absprache mit der Koordinatorin für passend halten.

Eine Kooperationspartnerin ist die Familienhebamme der Caritas RheinBerg.

Die Hebamme

Der Beruf der Hebamme ist ein eigenständiger Fachberuf im Gesundheitswesen. Das Ziel des berufspolitischen und gesellschaftlichen Engagements von Hebammen ist die physische und psychische (soziale) Gesundheit von Frauen und Familien. Qualifizierte Beratung, Begleitung und Hilfe während der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit stehen im Vordergrund der Arbeit. Hebamme zu sein bedeutet aber auch, natürliche Prozesse fördern, Interventionen auf ein für die Frau und das Kind notwendiges Maß ausrichten und die selbstbestimmte Geburt in einem möglichst gelösten Zustand zulassen. Die Ausbildung dauert drei Jahre. Die Hebammen arbeiten in Krankenhäusern oder als niedergelassene Hebammen, selbstständig oder angebunden an Arztpraxen. Hier finanzieren sie sich über die Hebammengebührenordnung. Sie können Leistungen abrechnen im Zeitraum vor Geburt, und in der Nachsorge im Wochen-

bett. Die Begleitung und Hilfe endet nach wenigen Wochen nach Geburt.

Die Familienhebamme

Familienhebammen sind Hebammen, die ausschließlich Familien mit Risikofaktoren betreuen. Der Begriff „Familienhebamme“ ist nicht geschützt. Inzwischen gibt es beim BDH (Bund Deutscher Hebammen) eine mehrjährige Fort- und Weiterbildung zur Familienhebamme.

Die Familienhebamme arbeitet präventiv, um drohende Eskalationen in der Familie zu verhindern und dem Neugeborenen zu einem möglichst positiven Start ins Leben zu verhelfen. Eine stabile, verlässliche Eltern-Kind Bindung soll zum Schutz des Kindes aufgebaut werden.

Die Familienhebamme schließt eine Versorgungslücke für die Neugeborenen und Kinder im ersten Lebensjahr. Durch ihren Einsatz wird z.B. die regelmäßige Wahrnehmung der kinderärztlichen Untersuchungen gewährleistet.

Durch sie gelingt die Früherkennung von riskanten Entwicklungen zu einem sehr frühen Zeitpunkt zum Schutz der Kinder.

Zentral ist der vernetzende Ansatz: die Jugend- und Gesundheitsdienste sowie die Caritasinternen Dienste werden fallbezogen zusammengebracht.

Im Kontext der derzeitigen Diskussion zu Frühwarnsystemen zeichnet sich die Familienhebamme als eine wirksame „Frühe Hilfe“ aus. Unter dem Motto: Eltern stützen - Kinder schützen ist sie ein wichtiges Bestandteil des Caritasnetzwerkes Frühe Hilfen.

Die Familienhebammen sind meistens angebunden an Gesundheitsämter. Finanzierungsgrundlage ist der §11 ÖGDG

Inzwischen werden sie auch mehr und mehr bei Jugendämtern angebunden (SBG VIII- Hilfen zur Erziehung). Die Anbindung an einen Wohlfahrtsverband (wie bei Caritas/esperanza) ist eher selten.

Durch den Einsatz einer Familienhebamme mit ihrer „Geh-Struktur“ werden Familien konkreter erreicht. Auf Grund ihrer Ausbildung bringt die Familienhebamme ihre medizinischen und gesundheitlichen Grundkenntnisse mit in die Arbeit, erweitert wiederum ihr Blickfeld um soziale

(durch die Fortbildung) Kenntnisse.

Damit ist die Familienhebamme eine wichtige Ergänzung der bestehenden Hilfen im Bereich der Jugend- und Gesundheitshilfe.

Das Spektrum der Fallanfragen reichte zum Beispiel von minderjährigen Schwangeren, Schwangeren, die Frühchen zur Welt brachten, drogenabhängigen Eltern, deren Babys nach der Geburt einen Entzug durchmachen mussten, psychisch erkrankten Mütter bis hin zu ausländischen Eltern/Müttern, die Orientierungshilfen in unserem Gesundheits- und Sozialsystem benötigten.

Aufgaben der Familienhebamme

Leistungen gem. §11 ÖGDG

- ▶ Die Familienhebamme klärt über medizinische und soziale Vorsorgeangebote auf und vermittelt zu diesen (Gynäkologen, niedergelassenen Hebammen, Krankenhäuser, Kinderärzte).
- ▶ Der Klientin stellt sie während der Schwangerschaft Angebote im Rahmen der Geburtsvorbereitung vor.
- ▶ Sie klärt auf über materielle Bedürfnisse, die für den Säugling lebensnotwendig sind.
- ▶ Sie leitet an bzgl. des Umgangs und Pflege des Säuglings unter besonderer Berücksichtigung der persönlichen Rahmenbedingungen (finanzielle Möglichkeiten, hygienische Verhältnisse, individuelle kognitive und körperliche Fähigkeiten).
- ▶ Sie sensibilisiert die Klientin über die Notwendigkeit der Förderung eines Säuglings.
- ▶ Sie hilft beim Beziehungsaufbau zum Säugling unter Berücksichtigung der jeweils eigenen Sozialisation.
- ▶ Wenn notwendig, begleitet sie zu Ärzten, Krankenhäusern und sozialen Diensten.
- ▶ Sie nimmt teil an Hilfeplan- und Einsatzgesprächen.
- ▶ Sie vermittelt zu den Schwangerenberatungsstellen (Donum vitae, Pro Familia, esperanza)
- ▶ Sie vermittelt zu anderen Sozialen Diensten der Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe.
- ▶ Bei allen Aufgaben kooperiert die

Familienhebamme fallbezogen mit den örtlichen Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, den Jugend- und Sozialhilfeträgern, der unteren Gesundheitsbehörde und anderen Beratungseinrichtungen zusammen.

Leistungen gem. §2 der Berufsordnung für Hebammen

Ist die medizinisch- soziale Versorgung nicht gewährleistet, übernimmt die Familienhebamme im Einzelfall

- ▶ Die Durchführung der Geburtsvorbereitung, sollten Frauen nicht in der

Lage sein, bestehende Kurse auf zu suchen

- ▶ Tätigkeiten der Vorsorge (Anamneseerhebung, Erstuntersuchung, Routinekontrollen).
- ▶ Die Durchführung der Nachsorge nach Geburt , wozu die tägliche Wochenbettvisite, die Kontrolle der Wöchnerin (Blutdruck, Puls, Temperatur, Fundusstand, Wochenfluss, Damrnaht, Brust, Verhütungsfragen etc.) und des Kindes (Allgemeinzustand, Temperatur, Muskeltonus, Haut, Ausscheidungen, Trinkverhalten etc.) gehören.

- ▶ Die Durchführung der Rückbildungsgymnastik, sollten Frauen nicht in der Lage sein, bestehende Kurse auf zu suchen,

- ▶ Die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Nachsorgebetreuung

Leistungsdauer

Die Kontaktaufnahme sollte möglichst schon in der Schwangerschaft erfolgen und kann bis Ende des ersten Lebensjahres dauern.

Impressionen einer feurigen Aufführung



Gesunde Ernährung / Kochen mit und für Kinder

ISBN 978-3-451-05840-0 kt. : 7,90

1. Sachbücher für Erwachsene (Kochbücher, Ernährungsratgeber...)

Cramm, Dagmar von:

Das große GU Kochbuch für Babys & Kleinkinder : [aktuellstes Wissen und mehr als 220 Rezepte für Mutter und Kind von der Schwangerschaft bis zu Kleinkindalter] / Dagmar von Cramm. Fotos: Jörn Rynio. - 1. Aufl. - München : Gräfe und Unzer, 2007. - 192 S. : zahlr. Ill. (farb.), graph. Darst. ; 28 cm ISBN 978-3-8338-0649-0 fest geb. : 19,90

Rezepte und Wissenswertes rund um eine gesunde Baby- und Kleinkindernährung. (Na 9.3 4 <- Pr 1.32)

Cremer, Monika:

Kochen für Pfundskinder : über 80 leckere Gerichte schnell und leicht zubereitet / [Autorin: Monika Cremer]. - Stuttgart : Urania, 2005. - 111 S. : zahlr. Ill. (farb.), graph. Darst. ; 27 cm ISBN 978-3-332-01733-5 fest geb. : 12,95

Kochbuch und Ratgeber für alle Eltern, die ihre Kinder gesund ernähren und dabei viel leicht schon vorhandene "Speckröllchen" bekämpfen wollen. Mit vielen Tipps rund um fettarme Ernährung und Anregungen für mehr Bewegung im Alltag für die ganze Familie. (Pr 1.32 <- Na 9.3 2)

Erkert, Andrea:

Naschkunde & Suppenkasper : mit Spiel & Spaß essen und trinken ; vielfältige Aktionen rund um das Thema Ernährung für Kita, Hort und Grundschule / Andrea Erkert. Ill.: Mile Penava. - 2. Aufl. - Münster : Ökotopia-Verl., 2007. - 108 S. : zahlr. Ill. ; 27 cm ISBN 978-3-936286-60-1 kt. : 16,90

Ein Handbuch mit Spiel- und Bastelanregungen und Ausflugs- und Projektideen, um Kinder in Kita und Grundschule ganzheitlich in die Themen gesunde Ernährung und multikulturelle Essgewohnheiten einzuführen. (Pä 2.7 3)

Grimm, Hans-Ulrich:

Die Wahrheit über Käpt'n Iglo und die Fruchtzwerg : was die Industrie unseren Kindern aufischt / Hans-Ulrich Grimm ; Annette Sabersky. - Aktualisierte Taschenbuchausg. - München : Knaur-Taschenbuch-Verl., 2005. - 336 S. ; 19 cm. - (Knaur ; 77777) ISBN 978-3-426-77777-0 kt. : 8,95

Kritische Verbraucherinformation für Eltern und Erzieher über industriell gefertigte Lebensmittel für Kinder und Funktional Food sowie deren Inhaltsstoffe und Gefahren. (Na 9.3 2)

Kast-Zahn, Annette:

Jedes Kind kann richtig essen / Annette Kast-Zahn ; Hartmut Morgenroth. - 1. Aufl. - München : Gräfe und Unzer, 2007. - 176 S. : Ill. (farb.), graph. Darst. ; 22 cm ISBN 978-3-7742-7414-3 fest geb. : 17,90

Ratgeber über Gesundheit und Wachstum, Ernährung und das richtige Essverhalten vom Babyalter bis zur Schulzeit. (Pä 2.1 <- Na 9.3 2)

Korsten-Reck, Ulrike

So lernt mein Kind, sich richtig zu ernähren : mit Praxistest / Ulrike Korsten-Reck. - Freiburg [u.a.] : Herder, 2007. - 96 S. : Ill. - (Herder Spektrum ; 5840 : Fit für die Schule!)

Die Koch Klub Kids stellen 60 super-einfache, Rezepte vor; dazu vermitteln sie spielerisch alles Wissenswerte zum Thema Ernährung. (KSp ; ab 8)

Machen Nudeln groß und stark?

/ Christian Tielmann ; Jan Lieferring. - Düsseldorf : Patmos, 2005. - [14] Bl. : überw. Ill. (farb.) ; 21 x 22 cm. - (Mein Körper) ISBN 978-3-491-42043-4 fest geb. : 10,90

Witzig und lebendig illustriert werden ausgehend von der Ernährungspyramide deren einzelnen Bestandteile (Getreideprodukte, Gemüse, Obst, Käse, Wurst und Süßigkeiten) sowie deren Bedeutung für die Ernährung kurz vorgestellt. (KNa, ab 8)

Probier mal!

: das Spiele-Spaß-Kinderkochbuch / Monika Cremer ; Lydia Malethon. Mit Bildern von Marlies Rieper-Bastian. - München [u.a.] : Betz, 2004. - [22] Bl. : zahlr. Ill. (farb.) ; 27 cm ISBN 978-3-219-11131-6 fest geb. : 14,95

Enthält neben Rezepten auch Rätsel, Spielvorschläge, Experimente und lustige Kurzgeschichten rund ums Thema Essen. (KSp ab 5)

Upps, beweg dich!

: das vergnügte Fitness- und Ernährungsbuch für Kinder / Ursel Scheffler. Ill. von Jutta Timm. - München : Ars-Ed., 2007. - 31 S. : überw. Ill. (farb.) ; 29 cm ISBN 978-3-7607-1659-6 fest geb. : 14,95

Neue Abenteuer mit Upps, dem kleinen grünen Monster vom Planeten Maxnix. Diesmal erfährt es bei Lucas auf der Erde viel über richtige Ernährung und Spaß an Sport und Bewegung. (KLe, ab 6)

Vincent und die Kochlöffelbände

: lecker und gesund - Kochen für Kinder ; Meisterkoch Vincent Klink verrät wie's geht! / Salome Schmid-Widmer ... [Fotos: Rolf Furrer]. - Esslingen : Esslinger, 2007. - 61 S. : überw. Ill. (farb.) ; 27 cm ISBN 978-3-480-22381-7 fest geb. : 12,90

Reich illustriertes Kochbuch für Kinder mit Tipps zur Ernährung und zu Küchentechniken. (KSp, ab 10)

Von Kakaokühen und Rülpbakterien

: das große Lebensmittel Sach- und Machbuch für Kinder / Sonja Floto-Stammen. Mit Ill. von Charlotte Wagner. - Kempen : Moses, 2006. - 146 S. : überw. Ill. (farb.) , graph. Darst. ; 25 cm ISBN 978-3-89777-326-4 fest geb. : 12,95

Ein lustig illustriertes Kindersachbuch über Lebensmittel, das neben kindgerechten Sachinformationen auch viele interessante Experimente und Kochrezepte beinhaltet. (KNa <- KSp ab 8).

3. Bilderbücher /Sachbilderbücher

Bert, der Gemüsekobold oder Warum man gesunde Sachen essen soll

/ Julia Volmert ; Susanne Szesny. - Orig.-Ausg. - Wuppertal : Albarello, 2003. - [16] Bl. : überw. Ill. (farb.) ; 29 cm + Gemüsekobold, Kinder-Kraftstoff-Anzeiger ISBN 978-3-930299-76-8 fest geb. : 13,70

Lena und Jonas maulen, die Mutter serviert ihnen Brokkoliauflauf, während Nachbarjunge Max Pommes und Hamburger bekommt. Unlustig sitzen sie vor ihren Gemüsetellern, doch als Mama zum Telefon muss, wird es spannend. (KK ab 5)

Ratgeber für Eltern von Vorschulkindern mit zahlreichen Tipps zur Verbesserung des Essverhaltens. (Pä 2.1)

Reinehr, Thomas:

Abnehmen mit Obeldicks und Optimix : der Ratgeber für Eltern übergewichtiger Kinder / Thomas Reinehr ; Michael Dobe ; Mathilde Kersting. - Dt. Orig.-Ausg. - München : Heyne, 2007. - 239 S. : Ill., graph. Darst. ; 19 cm ISBN 978-3-453-12034-1 kt. : 7,95

Ratgeber zur Ernährung bei Gewichtsproblemen von Kindern und Jugendlichen. (Na 9.3 2)

Rützler, Hanni:

Kinder lernen essen : Strategien gegen das Zuviel / Hanni Rützler. - Wien : Krenn-Verl., 2007. - 236 S. ; 24 cm ISBN 978-3-902351-94-4 kt. : 16,90

Wie Eltern mit ihren Kindern die Sinnlichkeit und Freude an gutem Essen entdecken können. (Na 9.3 2)

Sabersky, Annette:

Was isst du denn da? : Lexikon der gesunden und ungesunden Kinderernährung / Annette Sabersky. - Stuttgart : Urania, 2005. - 223 S. : Ill. ; 22 cm ISBN 978-3-332-01613-0 fest geb. : 16,95

Verbraucherfreundliche Informationen von A - Z zur gesunden und richtigen Kinderernährung mit vielen Tipps zu Inhaltsstoffen und Nährwerten von Lebensmitteln, ihre Schadstoffbelastung und zu ernährungsbedingten Erkrankungen. (Na 9.3 2)

2. Sachbücher für Kinder

Berts große gesunde Kinderküche

: [gesunde Rezepte, wie Kinder sie mögen und die leicht zu kochen sind] / [Text und] Fotogr. von Julia Volmert. Ill. von Susanne Szesny. - Orig.-Ausg. - Wuppertal : Albarello, 2006. - 60 S. : überw. Ill. (farb.) ; 33 cm ISBN 978-3-86559-013-8 fest geb. : 7,80

Kochbuch mit Rezepten für eine ausgewogene Ernährung, das sowohl Kinder als auch Erwachsene anspricht. (KSp <- KNa ab 8).

Ernährung

: von gesunder Kost bis Genfood - alles, was man über Ernährung wissen muss / Text von Laura Buller. - Hildesheim : Gerstenberg, 2006. - 64 S. : überw. Ill. (überw. farb.) ; 29 cm. - (Sehen, Staunen, Wissen) (Ein Dorling-Kindersley-Buch) - Aus dem Engl. übers ISBN 978-3-8067-5535-0 fest geb. : 12,90

Reich illustrierte Darstellung rund um unsere Ernährung und die Zubereitung des Essens. (KNa, ab 10).

Jetzt koch' ich, Mama!

: mit Harry Bär selbst kochen lernen ; [Lieblingsrezepte für Kids ab 8, von Kindern getestet] / Cornelia Trischberger ; Sybille Engels. [Red.: Stefanie Poziombka]. - 1. Aufl. - München : Gräfe und Unzer, 2006. - 143 S. : zahlr. Ill. ; 24 cm ISBN 978-3-8338-0447-2 kt. : 14,90

Child, Lauren:

Nein! Tomaten ess ich nicht! / Lauren Child. - Hamburg : Carlsen, 2002. - [18] Bl. : überw. Ill. (farb.) ; 28 cm - Aus dem Engl. übers. ISBN 978-3-551-51574-2 fest geb. : 15,00

Es ist Schwerstarbeit, wenn Charlie seiner kleinen Schwester das Essen machen muss, denn sie ist sehr wählerisch. Doch Charlie hat eine gute Idee, wie er ihr die ungeliebten Speisen schmackhaft machen kann. (KK ab 4)

Ich will aber Spagetti!

/ Susa Apenrade ; Iris Hardt. - Würzburg : Ed. Bücherbär, 2006. - [14] Bl. : überw. Ill. (farb.) ; 29 cm ISBN 978-3-401-08863-1 fest geb. : 12,95

Basti und Moritz möchten am liebsten jeden Tag Würstchen mit Kartoffelbrei oder Spagetti. Was Mama auch kocht, sie probieren nichts Neues. Sie essen keine Soßen, kein Gemüse, keine Majonäse ... Doch da hat Mama eine Idee. (KK, ab 4)

Rübel, Doris:

Unser Essen / Doris Rübel. - 12. Aufl. - Ravensburg : Ravensburger Buchverl., 2007. - 16 S. : überw. Ill. (farb.) ; 28 cm. - (Wieso? Weshalb? Warum?) Dicke Pappe ISBN 978-3-473-33262-5 fest geb., innen Spiralb. : 12,95

Sachbilderbuch, in dem Fragen rund ums Essen und Essgewohnheiten beantwortet werden. (KK, ab 5)

Was ist los in Gustavs Bauch?

/ Ulla Davids ... Mit Ill. von Nick Davids. - Freiburg im Breisgau : Lambertus, 2002. - [20] Bl. : überw. Ill. (farb.) ; 31 cm ISBN 978-3-7841-1380-7 fest geb. : 18,00

Sachbilderbuch für Vorschulkinder zum Thema Ernährung, das die komplizierten Vorgänge der Verdauung altersgerecht darstellt. (KK, ab 4).

Zusammenstellung: Referat Katholische öffentliche Büchereien - Angelika Odenthal
Stand: 2 / 2008



Fit von klein auf...

Initiative des BKK Landesverbandes NRW zur Förderung der Gesundheit von Kindern in Kindertageseinrichtungen.

Spaß an der Bewegung haben, sich ausgewogen und abwechslungsreich ernähren, entspannen können – Kinder sollten die Freude an einer gesunden Lebensweise so früh wie möglich entdecken, um sich langfristig wohl fühlen zu können und gesund zu bleiben. Die Aufgabe von uns Erwachsenen ist es, sie bei diesen Entdeckungen zu unterstützen.

Aus diesem Grund wurde die bundesweite Gesundheitsinitiative „Fit von klein auf“ ins Leben gerufen. Mit dieser möchten wir Sie, liebe Erzieherinnen, Erzieher und Eltern, praktisch unterstützen, die gesundheitlichen Kompetenzen Ihrer Kinder zu stärken sowie ihr Leben gesünder zu gestalten.

Mit dem Online-Portal www.fit-von-klein-auf.de geben wir Ihnen einen detaillierten Überblick über die einzelnen Elemente der Initiative. Im Mittelpunkt stehen dabei die landesweiten **Kita-Gesundheitswettbewerbe** sowie der **Gesundheitskoffer Fit von klein auf**, der über Patenschaften mit einzelnen Betriebskrankenkassen an die Kitas herangetragen wird. Zudem finden Sie auf diesen Seiten eine bunte Auswahl an Ideen und Anregungen zum Mitmachen und Spielen rund um die Gesundheits-erziehung in der Kita.

Klicken Sie einmal rein ...

