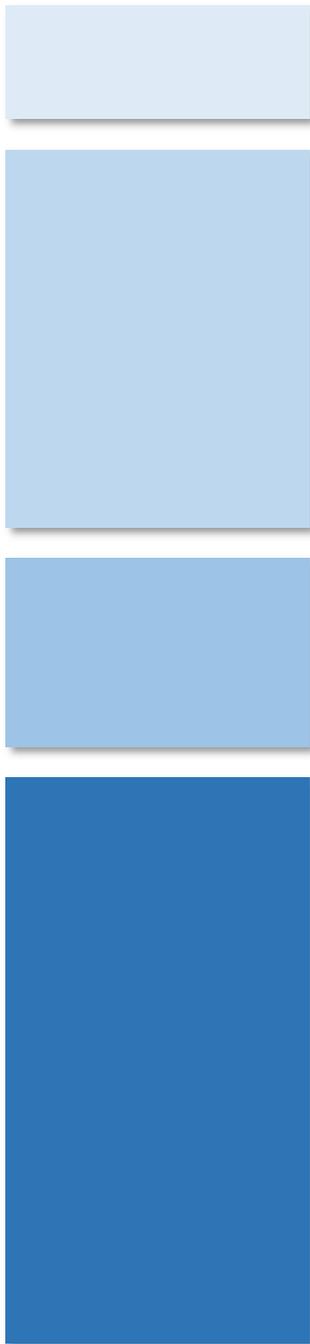


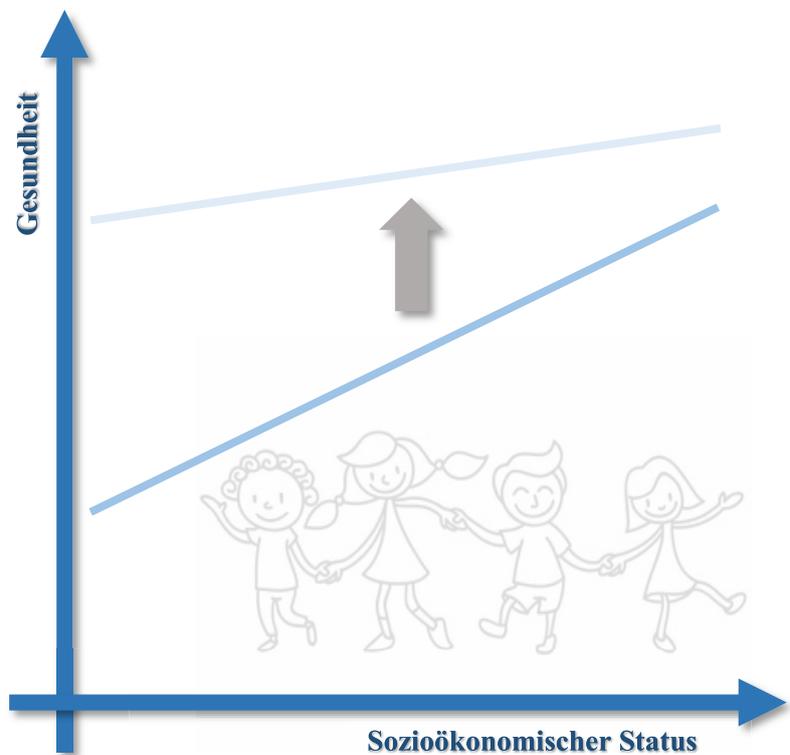
Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern –

Reduzierung durch Tagesstrukturen?



Miriam Fankhauser

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit



Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**
Kurs **VZ 2013-2017**

Miriam Fankhauser

**Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern –
Reduzierung durch Tagesstrukturen?**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Juli 2017 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher naheliegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern – Reduzierung durch Tagesstrukturen?

Bachelor-Arbeit von Miriam Fankhauser

Gesundheitliche Ungleichheiten bestehen bereits im Kindesalter, kurz gesagt sind Kinder aus sozial schwächeren Familien einem höheren Sterberisiko ausgesetzt und leiden häufiger an Krankheiten. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten bei Kindern sollen reduziert werden, doch wie? Diese Bachelor-Arbeit geht mithilfe einer Literaturrecherche der Frage nach, inwiefern Tagesstrukturen etwas zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei spielen kann.

Warum solche gesundheitlichen Ungleichheiten entstehen, ist vielschichtig. Es gibt verschiedene Ansätze und Modelle, welche zur Erklärung herangezogen werden. Gänzlich sind die Ursachen jedoch noch nicht geklärt. Um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, kann an verschiedenen Punkten angesetzt werden. Es gibt unterschiedliche Strategien, wie vorgegangen werden kann. Obwohl es auch dort an wissenschaftlichen Studien fehlt, wird gesagt, dass der Setting-Ansatz auf einen positiven Effekt hindeutet.

Durch das Zusammenbringen der Erkenntnisse zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern mit dem Setting der Tagesstrukturen, wird klar, dass Tagesstrukturen grosse Chancen bieten, etwas zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beizutragen. Ob und wie diese Chancen genutzt werden, hängt massgeblich von den Leitungspersonen in Tagesstrukturen ab. Diese Position wird häufig von Professionellen der Sozialen Arbeit eingenommen. Diese Chancen gilt es zu nutzen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Schulleitung	I
Abstract	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Fragestellungen.....	4
1.3 Berufsrelevanz	5
1.4 Ziele, Adressatinnen und Adressaten	5
1.5 Motivation	6
1.6 Aufbau der Bachelor-Arbeit	6
2 Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern	7
2.1 Soziale Ungleichheit.....	7
2.2 Gesundheit	8
2.3 Kinder im Primarschulalter.....	10
2.4 Gesundheitliche Ungleichheiten allgemein.....	10
2.5 Gesundheitliche Ungleichheiten spezifisch bei Kindern.....	11
2.5.1 Säuglings- und Kindersterblichkeit.....	11
2.5.2 Entwicklungsstörungen	12
2.5.3 Chronische Krankheiten	13
2.5.4 Unfälle und Verletzungen.....	13
2.5.5 Psychosoziale Gesundheit.....	14
2.5.6 Gesundheitsverhalten	14
2.6 Zwischenfazit	15
3 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern	16
3.1 Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern.....	16
3.1.1 Heutige Perspektive der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten.....	17
3.1.2 Vier mögliche Erklärungsansätze.....	17
3.2 Ein mögliches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern.....	21
3.3 Zwischenfazit	24

4	Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern.....	26
4.1	Ansatzpunkte zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten.....	26
4.1.1	Verringerung sozialer Ungleichheiten.....	27
4.1.2	Verringerungen von Unterschieden in den intermediären Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheiten.....	28
4.2	Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten.....	30
4.2.1	Poor health of poor people (Verbesserung der Gesundheit der am stärksten Benachteiligten).....	30
4.2.2	Health gaps (Schliessen von «Lücken» in der Gesundheit).....	30
4.2.3	Health gradients (Verringerung des Gefälles in der Gesundheit).....	31
4.2.4	Welche Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten soll nun verfolgt werden?.....	31
4.3	Prävention und Gesundheitsförderung – Interventionsformen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit.....	32
4.3.1	Begrifflichkeiten: «Prävention» und «Gesundheitsförderung».....	32
4.3.2	Beitrag der Prävention und Gesundheitsförderung zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten.....	35
4.4	Zwischenfazit.....	39
5	Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten durch Tagesstrukturen.....	40
5.1	Schulergänzende Betreuungsangebote – Tagesstrukturen.....	40
5.2	Beitrag von Tagesstrukturen zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten	42
5.2.1	Ansatzpunkte.....	42
5.2.2	Strategien.....	44
5.2.3	Prävention und Gesundheitsförderung.....	44
5.3	Prävention und Gesundheitsförderung in Tagesstrukturen.....	45
5.3.1	Projekte in Tagesstrukturen.....	45
5.3.2	Tagesstrukturen als gesundheitsförderndes Setting.....	48
5.4	Diskussion der Hauptfrage.....	55
5.5	Zwischenfazit.....	57
6	Fazit der Bachelor-Arbeit.....	59
6.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	59
6.2	Praxisbezug.....	61
6.3	Ausblick.....	62
7	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklungsstörungen bei Einschülerinnen und Einschüler nach dem sozioökonomischen Status.....	13
Abbildung 2: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern.....	22
Abbildung 3: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern.....	27
Abbildung 4: Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung.....	33
Abbildung 5: Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung zueinander	34
Abbildung 6: Good Practice-Kriterien.....	37
Abbildung 7: Regelmässige Familien- und schulergänzende Kinderbetreuung.....	41
Abbildung 8: Vier Handlungsfelder der settingorientierten Gesundheitsförderung in der Kita .	49
Abbildung 9: Bewegungsförderung in Kita	51
Abbildung 10: Eltern und Gesundheitsförderung in der Kita.....	52
Abbildung 11: Förderung von psychosozialen Kompetenzen in Tagesstrukturen	52
Abbildung 12: Checkliste - "Qualität" für eine settingorientierte Gesundheitsförderung	54

Titelseite: Diagramm «Gesundheitliche Ungleichheit» (eigene Darstellung)
 Kinder in einer Reihe (leicht modifiziert nach Rudie, ohne Datum)

1 Einleitung

In diesem Kapitel soll in das Thema der Bachelor-Arbeit eingeführt werden, indem zuerst die Ausgangslage skizziert wird und anschliessend die Fragestellungen daraus abgeleitet werden. Darauf folgt die Begründung, weshalb dieses Thema für die Profession der Sozialen Arbeit relevant ist, welche Ziele diese Arbeit verfolgt und an wen sie sich richtet. Das Kapitel schliesst mit der persönlichen Motivation der Autorin und einem Überblick über den Aufbau der Arbeit.

1.1 Ausgangslage

Zwischen sozialer Ungleichheit und der Gesundheit gibt es einen Zusammenhang. Laut Hans Günther Homfeldt und Stephan Sting (2006) zeigt sich dieser Zusammenhang auch beim Betrachten der geschichtlichen Entwicklung der Sozialen Arbeit. Oft diente der Gesundheitszustand als Indikator für soziale Probleme und Benachteiligungen. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts nutzte beispielsweise Johann Heinrich Pestalozzi ein ungepflegtes Erscheinungsbild, Ungezieferbefall und Mangelernährung als Symptome dafür, dass Kinder sozial vernachlässigt wurden (S. 10). Stephan Sting und Günter Zurhorst (2000) schreiben, dass sich der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bis heute immer wieder belegen liess. Oft bringt soziale Benachteiligung gesundheitliche Probleme mit sich, was bei der Entwicklung der modernen Medizin dazu geführt hat, die Medizin selbst als eine «soziale Wissenschaft» zu verstehen und Ärztinnen und Ärzte als «natürliche Anwältinnen und Anwälte der Armen» zu bezeichnen. Im Laufe der Geschichte hat die Soziale Arbeit die soziale Komponente der Medizin mehrheitlich übernommen (S. 7).

Schaut man das Verhältnis zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit näher an, erklären Sting und Zurhorst (2000) drei Bezugspunkte (S. 8). Erstens gibt es bei der Bearbeitung sozialer Probleme jeweils Überschneidungen mit anderen Bereichen, beispielsweise mit den Bereichen der Bildung, des Rechts oder mit dem Gesundheitsbereich (S. 8). Den zweiten Bezugspunkt wird aus der Diskussion um die Etablierung der Gesundheitswissenschaften als ein neues, eigenständiges Wissenschaftsfeld neben der Medizin abgeleitet. Es wurde deutlich, dass sich das Krankheitsspektrum im Laufe des letzten Jahrhunderts verändert hat und Gesundheitsprobleme zunehmend mit der gesamten Lebensweise der Gesellschaft zusammenhängen (S. 8-9). Dies erfordert ein interdisziplinäres und kooperatives Vorgehen bei Gesundheitsproblemen, bei welchem auch die Soziale Arbeit beteiligt ist (S. 9). Beim dritten Bezugspunkt ist ein Umdenken im Gesundheitsverständnis beschrieben. Im medizinischen Denken wird Gesundheit als «Abwesenheit von Krankheit» ange-

schaut; soziale, psychische und ökologische Wechselwirkungen werden nicht beachtet. Die Entwicklung eines umfassenden und positiven Gesundheitsverständnisses wurde mittlerweile mehrfach versucht. Das Umdenken weg vom dominierenden medizinischen Gesundheitsverständnis wurde durch die Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1948 angestoßen (S. 9-10). In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 (die Verfassung trat 1948 in Kraft), SR 0.810.1, wird Gesundheit folgendermassen definiert: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» (S. 1).¹ Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es eine Reihe von Bezügen zwischen dem Thema Gesundheit und der Sozialen Arbeit gibt.

Als Reaktion auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung, fand die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa statt, an welcher am 21. November 1986 die «Ottawa-Charta» verabschiedet wurde (WHO, 1986). In der Ottawa-Charta werden die Konferenzteilnehmenden dazu aufgerufen, «die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen». Kurz gesagt fordert die WHO in der Ottawa-Charta dazu auf, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Homfeldt und Sting (2006) schreiben, dass aus Sicht der Sozialen Arbeit der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit bei Kindern angeschaut werden muss. Vor allem bei Kindern ist die mit der sozialen Benachteiligung verknüpfte gesundheitliche Ungleichheit sehr deutlich. Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status haben oft schon beim Eintritt in die Schule schlechtere Lebens- und Entwicklungschancen als Kinder, welche aus Familien mit höherem sozioökonomischen Status stammen (S. 130-133). Kinder und Jugendliche gehören in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zu einer Gruppe, bei welcher der Gesundheitszustand von besonderem Interesse ist. Diese Altersgruppe reagiert sensibel auf Veränderungen in der Gesellschaft, so dass sie als Indikator für den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung betrachtet werden kann. Zudem haben gesundheitliche Probleme, welche bereits im frühen Alter auftreten, Einfluss auf die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Und zusätzlich sind Kinder und Jugendliche noch in der Entwicklung, wobei ein Einfluss auf die gesundheitliche Zukunft durch Prävention, Gesundheitsförderung oder gesundheitliche Bildung am ehesten möglich erscheint (S. 130-131). Da die WHO in der Ottawa-Charta zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten aufruft und solche Unterschiede bereits im Kindesalter auftreten, sollen demnach auch diese abgebaut werden. Doch wo könnte da bei Kindern angesetzt werden, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren?

¹ Der Gesundheitsbegriff wird im 2. Kapitel dieser Bachelor-Arbeit dann noch genauer angeschaut.

Thomas Altgeld (2008) schreibt, dass verschiedene Beispiele zeigen, dass sich der Setting-Ansatz² allmählich als Schlüsselstrategie zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit nutzen lässt (S. 526), also zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten. Der Setting-Ansatz ist laut Altgeld (2008) die Umsetzungsstrategie, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen (S. 514). In welchem Setting bewegen sich Kinder häufig? Welches Setting könnte sich da eignen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren?

Settings, welche vielleicht geeignet wären, um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu reduzieren, gäbe es wahrscheinlich einige: Schule, Familie, Vereine, Quartiere, Angebote der Frühförderung, Kindertagesstätten..., nur um ein paar Beispiele zu nennen. Sicherlich wäre es sinnvoll, Kinder so früh wie möglich zu erreichen und etwas zu unternehmen. Diese Bachelor-Arbeit geht jedoch bewusst nicht auf das Thema Frühförderung ein, sondern möchte sich auf Kinder im Primarschulalter fokussieren, da gesundheitliche Ungleichheiten auch dann noch zum Tragen kommen. Ein Setting, über welches Kinder neben der Schule über viele Jahre erreicht werden könnten, könnte das der modularen Tagesstrukturen sein. Kurz gesagt handelt es sich dabei um ein Kinderbetreuungsangebot neben der Schule, also ein Angebot der schulergänzenden Betreuung. Die Begriffe «modulare Tagesstruktur» und «schulergänzende Betreuung» werden im Kapitel fünf dieser Bachelor-Arbeit genauer eingeführt und diskutiert. Einfachheitshalber wird in dieser Bachelor-Arbeit nur noch von «Tagesstruktur» die Rede sein, auf die Ergänzung «modular» wird verzichtet. Verfolgt man die Stellenausschreibungen, werden laufend neue Professionelle der Sozialen Arbeit für schulergänzende Betreuungsangebote, genauer gesagt für Tagesstrukturen, gesucht. Es scheint, als sei dieses Arbeitsfeld zurzeit am Wachsen. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (2017), kurz BSV, bestätigt diese Vermutung. Durch das Bundesgesetz über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung wurden von 2013 bis Ende 2016 insgesamt 23'455 neue Betreuungsplätze im Bereich der schulergänzenden Betreuung geschaffen (S. 1-2). Das Bundesgesetz über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung vom 4. Oktober 2002 (SR 861) trat 2003 in Kraft, um Eltern zu ermöglichen, Erwerbsarbeit – beziehungsweise Ausbildung – und Familie besser miteinander vereinbaren zu können (Art. 1 Abs. 1). Der Bund unterstützt die Schaffung neuer Betreuungsplätze finanziell (Art. 1 Abs. 1). Das Gesetz war anfangs auf acht Jahre ausgerichtet, mittlerweile wurde es zweimal verlängert und ist nun bis Ende Januar 2019 gültig (Art. 10). Daneben spielt das HarmoS-Konkordat eine wichtige Rolle. Kantone, welche dem HarmoS-Konkordat der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (2007) beitreten, verpflichten sich einerseits dazu, auf der Primarstufe vorzugsweise Blockzeiten einzuführen und andererseits, bei Bedarf Tagesstrukturen vor Ort anzubieten (Art. 11). So entstanden in den letzten Jahren immer mehr Plätze in der schulergänzenden Betreu-

² Der Begriff «Setting», wie auch der Begriff «Setting-Ansatz», werden hier nicht näher erläutert. Darauf wird im 4. Kapitel näher eingegangen.

ung. Es kann angenommen werden, dass aufgrund dessen auch immer mehr Kinder solche schulergänzenden Betreuungsangebote, also beispielsweise Tagesstrukturen, besuchen. Die Kosten für einen Betreuungstag in einer Tagesstruktur sind je nach Gemeinde, Kanton und Region sehr unterschiedlich (Verband Kinderbetreuung Schweiz (kibesuisse), ohne Datum). Sie sind meistens nach Einkommen, Vermögen und der Grösse der Familie geregelt und betragen pro Kind und Tag zwischen 10 und 80 Franken. Aufgrund der angepassten Tarife kann angenommen werden, dass sich auch sozial benachteiligte Familien solche Angebote leisten können. Von dem her ein idealer Ort, um die Gesundheit von sozial benachteiligten Kindern zu fördern? Inwiefern können Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern im Primarschulalter leisten und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei spielen? Genau um diese Frage soll es in dieser Bachelor-Arbeit gehen.

1.2 Fragestellungen

Wie in der vorher geschilderten Ausgangslage hergeleitet wurde, wird sich diese Bachelor-Arbeit mit folgender übergeordneten Fragestellung beschäftigen:

Inwiefern können Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern im Primarschulalter leisten und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei spielen?

Um diese Hauptfrage anzugehen, wird die Beantwortung in vier Schritten erarbeitet. Dazu wurden drei Unterfragen entwickelt, welche in den ersten drei Schritten beantwortet werden, bevor es im vierten Schritt um die Hauptfrage geht.

(1) Was sind gesundheitliche Ungleichheiten bezogen auf Kinder im Primarschulalter?

(2) Wie lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern erklären?

(3) Welche Möglichkeiten gibt es, gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu reduzieren?

1.3 Berufsrelevanz

Die International Federation of Social Workers (IFSW) und die International Association of Schools of Social Work (IASSW) definieren Soziale Arbeit folgendermassen:

- (1) Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben.
- (2) Indem sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme stützt, vermittelt Soziale Arbeit an den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken.
- (3) Für die Soziale Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit fundamental. (IFSW/IASSW, 2001; zit. in AvenirSocial, 2010, S. 8)

Bei der Gesundheit geht es laut der Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946, SR 0.810.1, nicht nur um das Fehlen von Krankheiten, sondern um das körperliche, geistige und soziale Wohlergehen (S. 1). Demnach kann Gesundheit mit Wohlergehen assoziiert werden. Schaut man sich die obige Definition von Sozialer Arbeit an, soll sich die Soziale Arbeit für das Wohlbefinden der einzelnen Menschen einsetzen. Somit kann gesagt werden, dass sich die Profession der Sozialen Arbeit auch für die Gesundheit der einzelnen Menschen investieren soll.

Beim dritten Punkt in obiger Definition steht, dass die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit grundlegend sind. Zur sozialen Gerechtigkeit steht im Berufskodex von AvenirSocial (2010) zudem: «Die Professionellen der Sozialen Arbeit messen – vor dem Hintergrund der Ungleichverhältnisse – der sozialen Gerechtigkeit besondere Bedeutung zu» (S. 9). Diese Bachelor-Arbeit soll sich vertieft mit der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern auseinandersetzen. Gesundheitliche Ungleichheit ist eng mit sozialer Ungleichheit verknüpft, worauf die Professionellen laut dem Berufskodex ein spezielles Augenmerk richten sollen. Wie weiter oben beschrieben, soll sich die Soziale Arbeit zudem für das Wohlergehen einzelner Menschen – somit für die Gesundheit dieser – einsetzen. In dieser Arbeit soll thematisiert werden, wie dies denn im Arbeitsfeld der Tagesstrukturen möglich ist.

1.4 Ziele, Adressatinnen und Adressaten

Das Ziel der Bachelor-Arbeit liegt sicherlich im Beantworten der Fragen. Diese Fragen sollen mithilfe von Fachliteratur beantwortet werden. Zudem soll die Bachelor-Arbeit die Leserinnen und Leser für das Thema der gesundheitlichen Ungleichheiten sensibilisieren und die Wichtigkeit aufzeigen, sich für die Reduzierung dieser einzusetzen. Die Erkenntnisse dieser Bachelor-Arbeit sollen Empfehlungen für Professionelle der Sozialen Arbeit und für weitere Fachpersonen aus

Tagesstrukturen enthalten, wie sie etwas dazu beitragen können, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Auch für alle anderen Mitarbeitenden und Leitungen aus Tagesstrukturen, Schulleitungen und weiteren Involvierten kann diese Arbeit von Interesse sein. Und natürlich ist die Bachelor-Arbeit auch an alle anderen Interessierten adressiert.

1.5 Motivation

Als ich mich vor gut einem Jahr auf Stellensuche machte und mir verschiedene Job-Abos bestellte, sah ich, dass regelmässig Professionelle der Sozialen Arbeit für Tagesstrukturen gesucht werden. Mich interessierte dieses Arbeitsfeld sehr, so dass ich mich entschloss, mich näher mit diesem auseinanderzusetzen. Zudem liegt mir die Chancengleichheit von Kindern sehr am Herzen und so möchte ich mit dieser Bachelor-Arbeit auf das Thema der gesundheitlichen Ungleichheiten aufmerksam machen. Ich bin sehr motiviert, mich mit der Verknüpfung dieser beiden Themen – der gesundheitlichen Ungleichheit und dem Arbeitsfeld der Tagesstrukturen – auseinanderzusetzen. Da ich praxisorientiert bin, möchte ich schlussendlich praktische Empfehlungen erarbeiten, wie Professionelle der Sozialen Arbeit in schulergänzenden Betreuungsangeboten etwas zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten von Kindern beitragen können.

1.6 Aufbau der Bachelor-Arbeit

Der Aufbau dieser Bachelor-Arbeit richtet sich stark an den Fragestellungen aus, wobei jeder Frage ein Kapitel gewidmet ist. Zuerst geht es um die Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Primarschulkindern und anschliessend darum, wie diese erklärt werden können. Danach werden Möglichkeiten dargelegt, wie gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern reduziert werden können. Im folgenden Kapitel geht es um die Hauptfrage dieser Bachelor-Arbeit, also inwiefern Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten leisten können und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei spielen kann. Dazu werden die erarbeiteten Erkenntnisse aus den vorangehenden Kapiteln mit dem Arbeitsfeld der Tagesstrukturen in Verbindung gebracht und Überlegungen dazu angestellt. Die Bachelor-Arbeit schliesst mit einem Fazit.

2 Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern

In diesem Kapitel geht es um die Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern, wobei folgende Fragestellung beantwortet wird:

(1) Was sind gesundheitliche Ungleichheiten bezogen auf Kinder im Primarschulalter?

Die Bildung, der Beruf und das Einkommen – die Kerndimensionen sozialer Ungleichheit – beeinflussen die Gesundheit entscheidend (Matthias Richter & Klaus Hurrelmann, 2009, S. 13). Um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu beschreiben, wird der Begriff «gesundheitliche Ungleichheit» verwendet, welcher sich in den letzten Jahren durchgesetzt hat (S. 13). Andreas Mielck (2011) schreibt: «Mit dem Begriff gesundheitliche Ungleichheit soll ausgedrückt werden, dass sich die soziale Ungleichheit häufig im Gesundheitszustand widerspiegelt.» (S. 510). Da es bei der gesundheitlichen Ungleichheit also um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit geht, werden diese beiden Themen einzeln zuerst kurz eingeführt. Danach wird der Begriff «Kinder im Primarschulalter» definiert. Es folgt eine kurze Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheiten allgemein, bevor es dann spezifisch um die gesundheitlichen Ungleichheiten bei Kindern geht. Das Kapitel schliesst mit einem Zwischenfazit, in welchem nochmals auf die gestellte Frage Bezug genommen wird.

2.1 Soziale Ungleichheit

Laut Mielck (2011) handelt es sich bei der «sozialen Ungleichheit» um einen relativen Begriff. Es geht dabei nicht um eine absolute Unterversorgung, sondern um eine ungleiche Verteilung von Ressourcen. Das bedeutet, dass einige Bevölkerungsgruppen weniger Ressourcen zur Verfügung haben als andere. Von dem her sind jeweils einige Teile der Bevölkerung im Nachteil, dies gilt in ärmeren wie auch in reicheren Ländern (S. 510).

Wird der Begriff «soziale Ungleichheit» im Alltag verwendet, sind meist Unterschiede in der Bildung, im beruflichen Status, im Einkommen und in der Macht gemeint (Mielck, 2011). Dabei geht es genauer gesagt um Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit. Die genannten Merkmale machen eine Unterteilung der Bevölkerung in Oben und Unten möglich, also in eine hierarchische (vertikale) Gesellschaftsstruktur. Früher wurde bei dieser hierarchischen Unterteilung oft der Begriff «soziale Schicht» gebraucht, heutzutage ist der Begriff «sozioökonomischer Status»

geläufiger (S. 510). Laut Richter und Hurrelmann (2009) hat soziale Ungleichheit auch noch andere Dimensionen. Dazu gehören beispielsweise das Alter, das Geschlecht, die Migration, die Familiengrösse und der Wohnort. Zusammengefasst werden diese Ungleichheiten oft mit den Worten «horizontale soziale Ungleichheiten» bezeichnet. Diese Dimension steht sozusagen quer zum Beruf, der Bildung und dem Einkommen (S. 16).

2.2 Gesundheit

Sucht man nach einer einheitlichen Definition von Gesundheit, lässt sich diese nicht finden. Vielmehr sind verschiedene Sichtweisen vorhanden, wie Gesundheit verstanden werden könnte. Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak (2011) bestätigen dies. Sie schreiben, dass Gesundheit nicht eindeutig definierbar ist. Zudem ist Gesundheit schwer zu fassen und schwierig zu beschreiben (S. 100). Auch laut Jennie Naidoo und Jane Wills (2003) ist es so, dass Gesundheit ein allgemeiner Begriff ist, bei welchem die Bedeutungen ein grosses Spektrum aufweisen. Die gesundheitlichen Sichtweisen reichen von rein fachlichen bis hin zu moralischen oder philosophischen Inhalten. «Health», das englische Wort für «Gesundheit», kommt aus dem Griechischen. Es stammt vom altgriechischen Wort für «heilen» («hael») ab, was «vollständig» bedeutet. Das heisst, dass Gesundheit die Integrität, die Unversehrtheit oder das Wohlbefinden des ganzen Individuums meint (S. 5-6).

Wenn im alltäglichen Leben von Gesundheit die Rede ist, wird diese entweder positiv oder negativ interpretiert (Naidoo & Wills, 2003):

- Die negative Interpretation beschreibt Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit oder Leiden. Dieses Gesundheitsverständnis ist das medizinisch-wissenschaftliche Modell, welches westlich geprägt ist. Diese Vorstellung von Gesundheit ist in modernen Industriestaaten, aber auch bei anderen Menschengruppen, vorherrschend. Dieses Verständnis definiert nicht wirklich, was Gesundheit ist, sondern eher, was Gesundheit nicht ist (S. 6-9).
- Bei der positiven Interpretation wird die Gesundheit als Wohlbefinden verstanden, so wie die WHO dies definiert hat (S. 6). In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946, SR 0.810.1, wird Gesundheit folgendermassen definiert: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» (S. 1).

An beiden Sichtweisen wird Kritik geäussert, es scheint, als ob keine der beiden Interpretationen allgemeingültig und umfassend ist. Über beide Gesundheitsverständnisse könnte sehr viel diskutiert werden, es gibt etliche Punkte, welche kritisiert wurden. Im Folgenden soll dies durch je zwei

Kritikpunkte gezeigt werden. Auf eine umfassende Diskussion wird hier verzichtet, da es hier lediglich um eine Begriffsklärung von «Gesundheit» gehen soll.

Naidoo und Wills (2003) kritisieren an der medizinisch-wissenschaftlichen Sichtweise, dass die Medizin nicht so wirksam ist, wie oft angenommen wird. Dies zeigten verschiedene Untersuchungen über die Verteilung von Gesundheit und Erkrankungen im geschichtlichen und sozialwissenschaftlichen Kontext (S. 12). Beispielsweise konnten Thomas McKeown und Charles Ronald Lowe 1974 zeigen, dass der Rückgang der Sterberate in den letzten 100 Jahren nicht wegen des medizinischen Fortschritts erfolgte, sondern dieser hauptsächlich dem sozialen Fortschritt zuzuführen ist (McKeown & Lowe, 1974; zit. in Naidoo & Wills, 2003, S. 12). Auch sind Naidoo und Wills (2003) der Meinung, dass soziale Faktoren wie Wohlstand, Einkommen, Wohn- und Arbeitsbedingungen einen grösseren Einfluss auf die Gesundheit haben als die wissenschaftliche Medizin (S. 12-14).

Auch das Gesundheitsverständnis der WHO, also die positive Interpretation von Gesundheit, wird mehrfach kritisiert. Hurrelmann und Franzkowiak (2011) bringen Kritik an verschiedenen Stellen an. Sie sind der Meinung, dass die ungenaue Mehrdimensionalität kaum durch wissenschaftliche Verfahren überprüfbar ist. Zusätzlich wird der Definition der WHO unterstellt, dass diese nur in der Fantasie möglich sei und den Anspruch der absoluten Gültigkeit erhebe. Diese Kritik legt den Fokus auf die Formulierung des «Zustands», welche umstritten ist und auf die unrealistische Idee eines «vollständigen» oder «völligen» Wohlbefindens (S. 101). Zur Verteidigung lässt sich sagen, dass diese Definition die wichtigen integrativen Aspekte aufnimmt und noch immer einen grossen Einfluss auf die Politik und die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung nimmt. Jedoch ist diese Definition für wissenschaftliche Arbeiten nicht mehr zeitgemäss (S. 101). Simone Villiger und Carlo Knöpfel (2009) ergänzen, dass diese Definition auf der ganzen Welt in weiten Kreisen anerkannt wird und deshalb viele Institutionen aus dem Gesundheitsbereich sich an diese Definition anlehnen (S. 31).

Wenn beide Verständnisse der Gesundheit kritisiert wurden, wie soll Gesundheit dann definiert werden? Es lassen sich etliche andere Definitionen oder Versuche von Gesundheitsdefinitionen finden. Doch Naidoo und Wills (2003) schreiben, dass es keinen allgemeinen Konsens darüber gibt, was unter Gesundheit verstanden werden soll. Gesundheit wird in diversen Zusammenhängen benutzt und bezieht sich auf unterschiedliche Lebensaspekte. Diese Bedeutungsinhalte sind sehr komplex. Es ist deshalb kaum zu erwarten, dass es je ein einheitliches Konzept von Gesundheit geben wird, welches alle Bedeutungen umfasst (S. 24-25). Alle bisherigen Versuche, ein umfassendes einheitliches Verständnis zu definieren, scheiterten, weil sie zu allgemein und zu vage waren. Es gibt aber keine richtige oder falsche Sichtweise von Gesundheit, unterschiedliche Menschen haben verschiedene Vorstellungen von Gesundheit. Es ist deshalb wichtig, in jeder

Situation herauszufinden, wie Gesundheit gerade verstanden wird. Ein erster wichtiger Schritt ist deswegen, sich über das eigene Gesundheitsverständnis Gedanken zu machen (S. 24-25).

In dieser Bachelor-Arbeit soll Gesundheit als positives Konzept verstanden werden. Trotz Kritik und der Meinung, dass dieses Verständnis für wissenschaftliche Arbeiten nicht mehr zeitgemäss ist, soll beim Gesundheitsverständnis an die Definition der WHO gedacht werden. Begründet wird diese Wahl dadurch, dass dieses Gesundheitsverständnis verdeutlicht, dass Gesundheit mehrere Dimensionen umfasst, also eine ganzheitliche Perspektive einnimmt und subjektiv ist, also für jede Person individuell ist. Mit Gesundheit wird in dieser Arbeit demnach das subjektive körperliche, geistige und soziale Wohlergehen gemeint.

2.3 Kinder im Primarschulalter

Die Primarstufe in der Schweiz dauert laut dem Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur (2016) acht Jahre. Diese Stufe beinhaltet zwei Jahre Kindergarten oder die beiden ersten Jahre einer Eingangsstufe. In einigen wenigen Kantonen der Schweiz ist der Besuch des Kindergartens nicht obligatorisch, doch die meisten Kinder besuchen diesen trotzdem volle zwei Jahre. Die Festlegung des Eintrittsalters in die Primarstufe liegt bei den Kantonen. Normalerweise sind die Kinder beim Eintritt in die Primarstufe vier- bis fünfjährig.

Wenn in dieser Bachelor-Arbeit von Kindern im Primarschulalter die Rede ist, wird auf obige Definition Bezug genommen. Gemeint sind dann Kinder, welche sich in einem der acht Primarstufen-Jahre befinden. Die Kinder sind demnach zwischen vier und dreizehn Jahren alt.

2.4 Gesundheitliche Ungleichheiten allgemein

Wie weiter oben schon erwähnt, geht es bei der gesundheitlichen Ungleichheit um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Mielck (2011) schreibt, dass «gesundheitliche Ungleichheit» der Ausdruck dafür sein soll, dass sich die soziale Ungleichheit oft im Gesundheitszustand widerspiegelt. Etliche empirische Studien belegen, dass Individuen mit einem tieferen sozioökonomischen Status oft eine klar erhöhte Mortalität und Morbidität aufweisen (S. 510). Der Duden (2016a, 2016b) definiert «Mortalität» mit «Sterblichkeit» und «Morbidität» mit «Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe». Gesundheitliche Ungleichheiten kommen auf der ganzen Welt vor (Richter & Hurrelmann, 2009, S. 19). Mehrere Male kam aus einigen westeuropäischen Ländern der Bericht, dass diese gesundheitliche Ungleichheit über die letzten Jahre noch gewachsen ist (Mielck, 2011, S. 510).

Mielck (2011) sagt, dass es wie bei der sozialen Ungleichheit Sinn macht, die gesundheitliche Ungleichheit ebenfalls in eine vertikale und horizontale gesundheitliche Ungleichheit zu unterteilen. Bei der vertikalen gesundheitlichen Ungleichheit geht es beispielsweise darum, dass Menschen mit tieferem Lohn meist kränker sind als solche, die mehr verdienen. Dagegen zeigt sich die horizontale gesundheitliche Ungleichheit zum Beispiel darin, dass Männer oft früher sterben als Frauen (S. 510). Diese Bachelor-Arbeit beschränkt sich hauptsächlich auf die vertikale gesundheitliche Ungleichheit. Wenn also von gesundheitlicher Ungleichheit die Rede ist, ist die vertikale gesundheitliche Ungleichheit gemeint.

2.5 Gesundheitliche Ungleichheiten spezifisch bei Kindern

Nachdem gesundheitliche Ungleichheiten allgemein betrachtet wurden, soll es nun spezifisch um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern gehen. Die Literatur und die Studien stammen hauptsächlich aus Deutschland, Daten aus der Schweiz sind leider kaum vorhanden.

Laut Thomas Lampert und Matthias Richter (2009) sind Kinder und Jugendliche bei der Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit erst in den letzten Jahren zu einem wichtigen Thema geworden. Bis dahin haben sich Forschungen und Berichte meist auf die gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbsfähigen Erwachsenen fokussiert (S. 209). Mittlerweile wurden Untersuchungen bezogen auf das Kindesalter hauptsächlich zu Entwicklungsstörungen und Unfallverletzungen gemacht. Daneben lassen sich auch vereinzelt Dinge über die Säuglingssterblichkeit und über chronischen Krankheiten aussagen (S. 212). Die verschiedenen Studien miteinander zu vergleichen ist oft schwierig oder nicht möglich, da die Studien unterschiedlich konstruiert sind. Zudem ist die Erfassung der sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen nicht einheitlich geschehen. Jedoch lässt sich durch die hohe Übereinstimmung der Ergebnisse, welche anhand verschiedener Indikatoren (z.B. berufliche Stellung der Eltern, Wohlstand der Familie...) erzielt wurden, belegen, dass es zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage von Kindern einen klaren Zusammenhang gibt (S. 212). In folgenden Unterkapiteln wird eine Auswahl von verschiedenen Bereichen der Gesundheit aufgeführt, bei welchen es Ergebnisse zum Zusammenhang mit der sozialen Ungleichheit gibt. Diese Auswahl ist nicht abschliessend, daneben gibt es weitere interessante Studien, welche hier nicht näher betrachtet werden.

2.5.1 Säuglings- und Kindersterblichkeit

Laut dem Bundesamt für Statistik (2016), kurz BFS, ist die Säuglingssterblichkeit (Todesfälle von Kindern unter einem Jahr) seit 1969 von 15,4 Fällen pro 1000 Lebendgeburten auf 3,9 Todesfälle im Jahr 2015 gesunken. Lampert und Richter (2009) schreiben, dass systematisch ausgewertete Daten zu sozialen Merkmalen hinter der Säuglingssterblichkeit kaum vorliegen und sich

– wenn dann – auf regionale Daten beschränken (S. 213). Die wenigen vorhandenen und ausgewerteten Daten unterstützen jedoch die Aussage, dass die Säuglingssterblichkeit mit der sozialen Lage zusammenhängt. Die Säuglingssterblichkeit ist demnach bei Familien mit einem tiefen sozioökonomischen Status am höchsten (S. 213). Ergänzt wird, dass dies analog auch für ein niedriges Geburtsgewicht, angeborene Fehlbildungen und Risikofaktoren der Sterblichkeit im Kindesalter gilt (S. 213).

Monika Jungbauer-Gans und Peter Kriwy (2004) schreiben über eine neuseeländische Studie zur Kindersterblichkeit. In dieser Studie wurde gezeigt, dass die Sterberate bei Kindern zwischen 0 und 14 Jahren im Zusammenhang mit der Bildung, dem Einkommen, der Verfügung über Wohngüter (z.B. Autos) und der sozialökologischen Benachteiligung stehen (S. 12). Die Sterberate korreliert mit der sozioökonomischen Lage unabhängig vom Alter des Kindes und der Ursache des Todesfalls. Als Beispiel wird die höhere Sterberate von Kindern genannt, welche bei einer alleinerziehenden Mutter oder einem alleinerziehenden Vater aufwachsen (S. 12).

2.5.2 Entwicklungsstörungen

Zum Zusammenhang zwischen Entwicklungsstörungen von Kindern und deren sozialer Herkunft sagen die Daten der Schuleingangsuntersuchung aus dem deutschen Bundesland Brandenburg etwas aus (Lampert & Richter, 2009). Laut dieser Erhebung sind im Jahre 2005 insgesamt 55,5% der Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status von mindestens einer relevanten Entwicklungsstörung betroffen (S. 213). Dagegen liegt nur bei 43,5% – respektive 39,0% – der Kinder aus Familien mit mittlerem – beziehungsweise höherem – sozioökonomischen Status medizinisch gesehen eine relevante Entwicklungsstörung vor. Dieser Zusammenhang zeigt sich noch deutlicher, wenn einzelne Entwicklungsstörungen nach dem sozioökonomischen Status betrachtet werden (S. 213), was auf Abbildung 1 auf folgender Seite zu sehen ist.

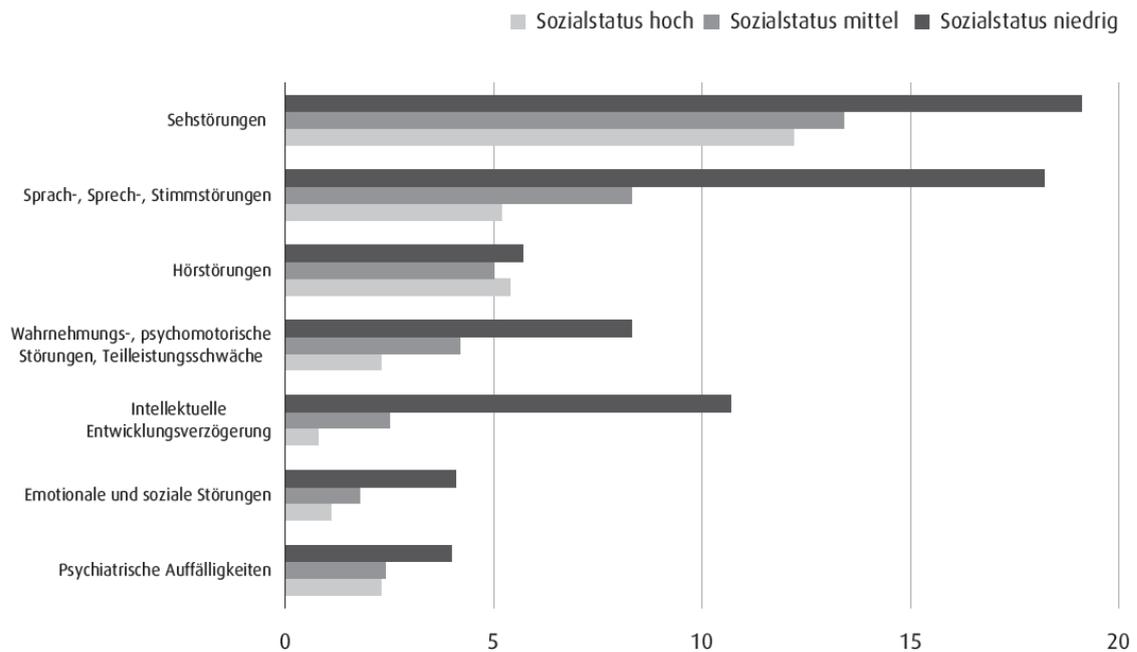


Abbildung 1: Entwicklungsstörungen bei Einschülerinnen und Einschüler nach dem sozioökonomischen Status (Landesgesundheitsamt Brandenburg, 2005; zit. in Lampert & Richter, 2009, S. 214)

2.5.3 Chronische Krankheiten

Kinder und Jugendliche sind laut Lampert und Richter (2009) seltener von chronischen Krankheiten betroffen als Erwachsene. Die Folgen einer solchen Krankheit sind jedoch für Kinder nicht weniger schlimm. In der Brandenburger Einschulungsuntersuchung im Jahre 2005 findet man heraus, dass total 14% der Kinder an mindestens einer chronischen Krankheit leiden. Dabei fällt auf, dass gewisse der erfassten Krankheiten vermehrt bei Kindern aus sozial schwächeren Familien auftreten. Beispiele für solche Krankheiten sind Diabetes mellitus, Schuppenflechten, Epilepsie, bronchitisches Syndrom und Fehler und Erkrankungen des Herzens (S. 214-215).

Dagegen wird bei diesen Brandenburger Einschulungsuntersuchungen klar, dass Asthma, allergischer Schnupfen, Neurodermitis und Kontaktdermatitis vermehrt bei Kindern aus Familien mit mittlerem oder hohem sozioökonomischen Status auftreten (Lampert & Richter, 2009, S. 215).

2.5.4 Unfälle und Verletzungen

Die Daten der Brandenburger Einschulungsuntersuchungen besagen, dass Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus einem erhöhten Unfallrisiko ausgesetzt sind (Lampert & Richter, 2009). Die analysierten Daten zwischen 2001 bis 2005 deuten darauf hin, dass Kinder aus der niedrigsten Statusgruppe in den ersten Lebensjahren etwa doppelt so oft im Strassenverkehr verunfallen als solche aus der höchsten Statusgruppe (S. 216). Weiter kann gesagt werden, dass diese

Unterschiede ähnlich sind bei Verbrühungen, welche oft längerfristige Folgen mit sich tragen (S. 216).

2.5.5 Psychosoziale Gesundheit

Aussagen zum Zusammenhang zwischen der psychosozialen Gesundheit und dem sozioökonomischen Status kann die HBSC-Studie («Health Behaviour in School-aged Children») machen, welche durch die WHO koordiniert wird (Lampert & Richter, 2009, S. 216). Aus den Daten von Teilen Deutschlands wird klar, dass Kinder aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe ihre eigene Gesundheit schlechter bewerteten als Kinder aus den mittleren oder höheren Wohlstandsgruppen. Sie schätzen ihre Gesundheit 1,3 bis 1,9 Mal häufiger als weniger gut oder schlecht ein (S. 216). Ähnliche Unterschiede werden auch bezogen auf psychosomatische Beschwerden (wie zum Beispiel Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen, Gereiztheit, Übellaunigkeit, Schlafstörungen) und bezüglich der mentalen Gesundheit (Punkte zum emotionalen/sozialen Wohlbefinden und zum Selbstwert) sichtbar (S. 216-217).

2.5.6 Gesundheitsverhalten

Ein Thema rund um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, welchem Beachtung geschenkt werden muss, ist laut Lampert und Richter (2009) das Gesundheitsverhalten. Dies ist so, weil viele Krankheiten und Beschwerden, welche im mittleren bis höheren Lebensalter auftreten, mit Verhaltensroutinen im Zusammenhang stehen, welche schon in der Kindheit entstanden sind. Im Kindesalter geht es hauptsächlich um die Ernährung und die körperliche Aktivität (S. 217).

Die KiGGS (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey), welche vom Robert-Koch-Institut durchgeführt wurde, besagt laut Thomas Lampert, Gert BM Mensink, Heike Hölling und Bärbel-Maria Kurth (2008), dass Mädchen und Jungen aus der Gruppe mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status zwei Mal weniger häufig nicht täglich frisches Obst essen. Statistisch gesehen zeigen sich diese Unterschiede auch zwischen der mittleren und höheren Statusgruppe. Bei den sportlichen Aktivitäten sind die Statusunterschiede noch deutlicher. Der Anteil Jungen aus der niedrigsten Statusgruppe, welche ein geringes Aktivitätsniveau aufzeigen (weniger als eine sportliche Aktivität pro Woche), ist um den Faktor drei grösser als der Anteil der Jungen aus der höchsten Statusgruppe. Bei Mädchen ist dieser Faktor gar vier (S. 30-32).

Lampert und Richter (2009) schreiben ebenfalls über diese Zusammenhänge. Die HBSC-Studie («Health Behaviour in School-aged Children») sagt aus, dass Jugendliche aus Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status weniger häufig frisches Obst und Gemüse essen. Zudem beginnen solche Jugendliche die Schultage öfter ohne Frühstück und der Konsum von Süs-

tränken und Süssigkeiten ist höher (S. 217). Soziale Unterschiede beim Bewegungsverhalten zeigen sich in der sportlichen Aktivität und im Fernseh- und Videokonsum. Da die Gewichtsentwicklung durch die Ernährung und Bewegung beeinflusst wird, ist es nicht verwunderlich, dass Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien zwei- bis dreimal häufiger an Übergewicht leiden (S. 217).

2.6 Zwischenfazit

Die Frage, was gesundheitliche Ungleichheit bezogen auf Kinder im Primarschulalter ist, lässt sich nun beantworten. Zusammengefasst gesagt, geht es bei der gesundheitlichen Ungleichheit um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit (Bildung, Beruf und Einkommen) und der Gesundheit. Im Gesundheitszustand wird oft die soziale Ungleichheit widerspiegelt. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status früher sterben und häufiger krank sind. Die gesundheitliche Ungleichheit gibt es auch bereits bei Kindern im Primarschulalter. Die vielen aufgeführten Studien belegen diesen Zusammenhang. Leider lassen sich kaum Daten aus der Schweiz finden, nur vereinzelt sind kleine Stichproben aus einzelnen Kantonen vorhanden. Diese Lücke müsste noch durch Studien geschlossen werden. Grundsätzlich gilt, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status einem grösseren Sterberisiko ausgesetzt sind und häufiger an Krankheiten leiden. Solche Kinder besitzen also nicht die gleichen Gesundheitschancen und sind einem höheren Krankheitsrisiko ausgesetzt. Positiv formuliert heisst dies, dass ein höherer sozioökonomischer Status einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand von Kindern hat.

3 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern

Nachdem im letzten Kapitel beschrieben wurde, was unter gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern zu verstehen ist, geht es hier nun um deren Ursachen. Das Kapitel widmet sich folgender Fragestellung:

(2) Wie lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern erklären?

Die internationale Forschung hat sich laut Richter und Hurrelmann (2009) über die letzten Jahre zunehmend mit der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten befasst (S. 20). Doch laut Richter und Hurrelmann (2008) beschränken sich da die meisten Forschungen auf Menschen im erwerbsfähigen Alter. Erklärungen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen sind noch nicht so weit fortgeschritten. Vorhandene Modelle, welche zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit allgemein verwendet werden, können zwar auf das Kindes- und Jugendalter übertragen werden. Doch trotzdem ist eine weitere Ausdifferenzierung dieser Ansätze unumgänglich (S. 22). In diesem Kapitel werden aus diesem Grund zuerst einzelne Erklärungsansätze aufgeführt, wobei sich die Auswahl auf vier Ansätze beschränkt, welche aus heutiger Perspektive am meisten zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen. In einem weiteren Schritt wird ein mögliches Erklärungsmodell angeschaut, welches versucht, verschiedene Ansätze miteinander in Zusammenhang zu bringen. Das Kapitel endet mit einem Zwischenfazit, welches die wichtigsten Punkte zur Beantwortung der genannten Fragestellung nochmals aufgreift.

3.1 Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern

Lampert und Richter (2009) legen dar, dass an verschiedenen Stellen angesetzt werden muss, um die Zusammenhänge zwischen der sozialen Ungleichheit und der Gesundheit von Kindern zu erklären. Solche Ansatzpunkte sind die Einkommenssituation der Familie, der Erziehungsstil der Eltern, die Erfahrungen, welche die Kinder mit Gleichaltrigen machen, die sozialen und personalen Ressourcen der Kinder und auch die Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Deutungskonzepte der Kinder (S. 218). Aufgrund der hohen Komplexität der Zusammenhänge ist es fast nicht möglich, die Mechanismen der möglichen Erklärungen und ihre Beziehungen zueinander empirisch zu untersuchen und zu analysieren. Trotzdem gibt es mögliche Erklärungen für die gesundheitliche

Ungleichheit bei Kindern. Diese entstanden, weil vorhandene Forschungsergebnisse und weitere Resultate und Perspektiven (beispielsweise aus der Sozialisationsforschung oder der Entwicklungspsychologie) zusammengeführt wurden (S. 218). Sucht man nun nach Erklärungsansätzen, lassen sich sehr viele finden. Aus diesem Grund wird zuerst angeschaut, was aus heutiger Sicht die Erklärungsansätze sind, welche zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten herangezogen werden. Danach werden die vier dort genannten Erklärungsansätze näher betrachtet.

3.1.1 Heutige Perspektive der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten

Wie bereits erwähnt, lassen sich viele verschiedene Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten finden. Richter und Hurrelmann (2009) sind der Meinung, dass die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten eine hohe Komplexität und eine Vielschichtigkeit aufweisen. Um dieses Phänomen zu erklären, werden heutzutage hauptsächlich der materielle, der verhaltensbezogene und der psychosoziale Ansatz wie auch die Lebenslaufperspektive herangezogen. Diese vier genannten Ansätze sind grundlegend, um gesundheitliche Ungleichheit bei einzelnen Individuen zu verstehen (S. 24). Es ist jedoch zu erwähnen, dass es durch keinen dieser vier Ansätze möglich ist, gesundheitliche Ungleichheiten vollumfänglich zu erklären. Es ist eher so, dass die verschiedenen Ansätze den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu einem gewissen Teil erklären können. Trotzdem kann gesagt werden, dass der Ansatz der Lebenslaufperspektive auf alle Fälle das Phänomen am umfassendsten erklärt, weil er die Voraussetzungen von materiellen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Faktoren vom Säuglings- bis ins hohe Erwachsenenalter beachtet (S. 24).

3.1.2 Vier mögliche Erklärungsansätze

Es sind vor allem vier Erklärungsansätze, welche helfen, gesundheitliche Ungleichheiten bei Individuen zu verstehen. Diese vier Erklärungsansätze sollen nun näher angeschaut werden. Da sich die meiste Literatur dazu auf Menschen im erwerbsfähigen Alter bezieht, wird versucht, einen Bezug zum Kindesalter herzustellen.

Materieller Erklärungsansatz

«Ungleiche materielle Arbeits- und Lebensbedingungen verursachen gesundheitliche Ungleichheit.», schreiben Homfeldt und Sting (2006, S. 103). Naheliegender ist da die mögliche Erklärung, dass die materielle Lebenssituation die Gesundheit massgeblich beeinflusst. Richtet man seinen Blick auf verschiedene Studien weltweit, wird deutlich, dass dieser Zusammenhang besteht (S. 103). Beispielsweise sterben Menschen in Drittweltländern, in welchen die materielle Versorgung in unterschiedlichen Lebensbereichen mangelhaft ist, im Durchschnitt deutlich früher als in entwickelten Industrienationen. Dass das Einkommen und die Lebenserwartung zusammenhängen, kann aber auch in Europa nachgewiesen werden (S. 103). Naidoo und Wills (2003) ergänzen,

dass ein niedriges Einkommen dazu führen kann, dass Menschen in schlechten Wohnverhältnissen, in luftverschmutzten und nicht sicheren Gegenden leben müssen. Dies wiederum beeinflusst die Gesundheit negativ. Auch kann es für Personen mit fehlenden finanziellen Ressourcen schwierig sein, das umzusetzen, was aus ihrer Sicht gesund wäre (S. 44).

Die materiellen und finanziellen Ressourcen von Kindern hängen von Ressourcen der Eltern ab. Somit wird die Gesundheit der Kinder durch die vorhandenen materiellen und finanziellen Ressourcen ihrer Eltern beeinflusst. Jungbauer und Kriwy (2004) schreiben genau dazu, sie nennen diese Erklärung zwar «strukturelle Ursachen» und meinen damit hauptsächlich die Wohn- und Lebensbedingungen (S. 14). Ihr Erklärungsansatz entspricht jedoch in etwa dem materiellen Erklärungsansatz. Laut Jungbauer und Kriwy (2004) gibt es einen engen Zusammenhang zwischen dem verfügbaren Einkommen einer Familie und der Wohnraumversorgung. Daraus folgt, dass Kinder, welche aus schlechter gestellten Familien kommen, mit weniger Wohnraum auskommen müssen (S. 14-15). Ergänzt wird, dass solche Kinder einer höheren Unfallgefahr ausgesetzt sind, weil sie sich aufgrund des knappen Wohnraums vermehrt den Strassenraum zu Nutze machen. Je weniger gut Eltern gebildet sind, desto öfter befindet sich die Wohnung an einer Strasse mit reichem Verkehrsaufkommen. Durch den höheren Strassenverkehr sind die Kinder auch einer grösseren Belastung durch Schadstoffe ausgesetzt (S. 15). Zudem ist es auch so, dass bei Kindern aus Familien mit niedrigerer Bildung die Qualität der Bausubstanz des Wohnhauses schlechter ist und die Gesundheit der Kinder somit durch feuchte Wohnungen und Schimmelflecken beeinflusst wird. Dasselbe gilt auch für die Belastung durch Schadstoffe, verursacht durch die Heizung und das Kochen (S. 15).

Homfeld und Sting (2006) merken an, dass eine Erhöhung der finanziellen Ressourcen bei einem niedrigen Ausgangsniveau einen deutlichen und positiven Einfluss auf die Lebenserwartung hat. Ist jedoch ein gewisses Einkommensniveau erreicht, wie dies in westeuropäischen Staaten die Regel ist, drängen sich neben den materiellen Ressourcen andere Faktoren in den Vordergrund, welche die Gesundheit beeinflussen (S. 103).

Kulturell-verhaltensbezogener Erklärungsansatz

Der kulturell-verhaltensbezogene Ansatz besagt laut Richter und Hurrelmann (2009), dass Menschen, welche wenig gebildet sind oder einen niedrigen Berufsstatus besitzen, eine «Kultur» teilen. Diese «Kultur» begünstigt gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie beispielsweise den Konsum von Tabak und Alkohol, ungesundes Ernährungsverhalten oder das Vernachlässigen von körperlicher Aktivität (S. 21). Da Kinder im Primarschulalter in vielen Bereichen von ihren Eltern abhängig sind und sich an ihnen orientieren, bewegen sich Kinder wahrscheinlich in der gleichen oder einer ähnlichen «Kultur» wie ihre Eltern. Beispielsweise bestimmen meist die Eltern, was gegessen wird (Ernährungsverhalten) oder wie und wann sich die Kinder bewegen sollen (körperliche Aktivität).

Bei Menschen mit tieferem sozioökonomischen Status ist das Gesundheitsbewusstsein weniger stark ausgeprägt als bei Menschen mit höherem sozioökonomischem Status (Homfeldt & Sting, 2006). Dies führt dazu, dass bei Menschen mit tieferem sozioökonomischen Status das Gesundheitsverhalten im Schnitt riskanter ist. Beispielsweise rauchen Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status deutlich mehr oder Übergewicht kommt bei ihnen häufiger vor. Dabei ist jedoch der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung noch unklar (S. 104). Was dies bezogen auf Kinder heissen könnte, ist nicht klar, auch weil der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung unbekannt ist.

Psychosozialer Erklärungsansatz

Der psychosoziale Erklärungsansatz entstand, weil immer mehr daran gezweifelt wurde, ob eine sozial ungleiche Verteilung der Kontakte mit gesundheitsschädlichen oder giftigen Stoffe beim Wohnen oder beim Arbeiten ausreicht, um das soziale Gefälle in der Gesundheit zu begründen (Richter & Hurrelmann, 2009). Aus diesem Grund kamen neben materiellen Faktoren auch psychologische und psychiatrische Faktoren zu tragen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu erklären. Mit psychologischen und psychiatrischen Faktoren sind beispielsweise belastende Lebensereignisse, andauernde Belastungen im Alltag oder ein Ungleichgewicht von Geben und Nehmen bei der Arbeit gemeint. Mehrere Studien haben gezeigt, dass nicht nur Belastungen in der Gesellschaft ungleich verteilt sind. Ungleich verteilt sind auch Ressourcen, um diese Belastungen zu bewältigen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind somit in doppelter Weise benachteiligt (S. 22).

Inwiefern Belastungen bei Kindern ungleich verteilt sind, ist nicht klar. Doch es kann angenommen werden, dass wenn Eltern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status von mehr Belastungen betroffen sind, dies auch ihre Kinder beeinflusst. Fühlen sich Eltern beispielsweise oft gestresst, hat dies sicherlich Auswirkungen auf ihre Kinder. Auch inwiefern Ressourcen bei Kindern ungleich verteilt sind, ist nicht bekannt. Doch wahrscheinlich ist es so, dass wenn Eltern weniger psychosoziale Ressourcen besitzen, dies auch Auswirkungen auf die psychosozialen Ressourcen ihrer Kinder hat. Jungbauer und Kriwy (2004) schreiben bei ihren Erklärungsversuchen etwas zu diesem Erklärungsansatz, ordnen ihre Erklärungen dabei aber den «individuellen Ursachen» zu. Als Ursache wird ein schlechtes familiäres Klima genannt, welches die Gesundheit von Kindern negativ beeinflusst (S. 17). Als Beispiele werden die Instabilität der Familie, die Zugehörigkeit zu Minderheiten, Ausgrenzung, Vernachlässigung, Unerwünschtheit des Kindes, zu wenige oder zu einseitige Anregungen, Gewalt und Überforderungen genannt. Diese Faktoren haben gesundheitliche Belastungen und eine Verringerung der Bewältigungsressourcen zur Folge, was wiederum dazu führt, dass die Gesundheitschancen verringert werden (S. 17). Jungbauer und Kriwy zeigen leider nicht auf, wie ein schlechtes familiäres Klima mit dem sozioökonomischen Status zusammenhängt. Es ist nachvollziehbar, dass ein schlechtes familiäres Klima

einen negativen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern hat, doch wieso dieses schlechter sein soll, wird nicht erklärt. Darüber kann nur spekuliert werden. Vielleicht ist dieses Klima schlechter, weil sich Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status finanzielle Sorgen machen müssen oder sie sich aufgrund fehlender Bildung ausgegrenzt fühlen. Dies müsste weiter erforscht werden, um klarere Aussagen zu machen.

Lebenslaufperspektive

Richter und Hurrelmann (2009) schreiben, dass durch verschiedene Studien, in welchen die Perspektive des Lebenslaufs eingenommen wurde, neue Erkenntnisse zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten erzielt wurden. Diese Ergebnisse entstanden, weil die Zeitspanne, in welcher die Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status, den Risikofaktoren und den Erkrankungen betrachtet wurde, neu verlängert wurde. Um gesundheitliche Ungleichheiten im Erwachsenenalter zu erklären, wurden somit die Einflüsse aus der Kindheit miteinbezogen (S. 23). Die Lebenslaufperspektive ist einerseits ein neuer Ansatz zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten. Andererseits gibt dieser Ansatz im Vergleich zu früher die Möglichkeit eines besseren Fundaments für die anderen Erklärungen. Da gesundheitliche Ungleichheiten existieren, kam der Gedanke auf, dass der Gesundheitszustand im späteren Leben das Resultat von komplizierten Kombinationen verschiedener Umstände und Einflüssen ist, welche über die Lebenszeit bestanden (S. 23-24). Zum Beispiel ist es so, dass der sozioökonomische Status von Erwachsenen durch den sozioökonomischen Status ihrer Eltern bestimmt wurde. Obwohl es die Möglichkeit zur Veränderung des eigenen sozioökonomischen Status' gibt, haben viele Erwachsene den gleichen oder einen ähnlichen Berufsstatus wie ihre Eltern (S. 24). In unterschiedlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Personen, welche ihr Leben lang einem niedrigen sozioökonomischen Status ausgesetzt sind, mehr von gesundheitlichen Risiken betroffen sind als solche, welche nur in einer Lebensphase einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen (S. 24). Bezogen auf die Gesundheit ist es ähnlich. Krankheiten entstehen meist über eine längere Zeit. Zudem ist der Gesundheitszustand beständig. Deswegen ist ein schlechter Gesundheitszustand im Erwachsenenalter oft die Folge der gesundheitlichen Situation im Kindesalter und somit auch von den Faktoren, von welchen die Person als Kind beeinflusst wurde. Aus diesem Grund können gesundheitliche Ungleichheiten unter anderem aus einer Anhäufung von benachteiligenden Bedingungen über den Lebenslauf hinweg resultieren (S. 24). Von Vorteil ist dieser Ansatz, weil er einerseits eine Auflösung der Trennung zwischen den Prozessen der Selektion und der Verursachung forciert und andererseits, weil er zeigt, dass viele Prozesse dynamisch sind, sich also verändern und in Bewegung sind. Die Lebenslaufperspektive besagt also, dass die Entstehung von Gesundheit und sozioökonomischem Status kooperativ verläuft (S. 24).

Dieser Erklärungsansatz fokussiert vor allem gesundheitliche Ungleichheiten bei Erwachsenen und besagt, dass sich Einflüsse aus der Kindheit auf die Gesundheit im Erwachsenenalter auswirken. Da gesundheitliche Ungleichheiten von Kindern stark von ihren Eltern abhängen, kann dieser Erklärungsansatz auf Elternebene hinzugezogen werden. Um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern mit der Lebenslaufperspektive zu erklären, kann man sicher auch sagen, dass gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern unter anderem auf eine Anhäufung von benachteiligenden Bedingungen über ihr Leben hinweg zurückzuführen sind, auch wenn dieses noch deutlich kürzer ist als bei Erwachsenen. Einflussfaktoren, welchen die Kinder während der Schwangerschaft ausgesetzt waren oder Erlebnisse aus dem ersten Lebensjahr und der restlichen Kleinkindzeit, haben sicherlich einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation im Kindesalter. Somit erscheint dieser Erklärungsansatz sinnvoll, um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu erklären.

Dieser Erklärungsansatz weist auch noch auf etwas Anderes hin. Der Gesundheitszustand einer erwachsenen Person wird ja durch Umstände und Einflüsse aus der Kindheit erklärt. Dies heisst, dass die gesundheitliche Situation von Kindern im späteren Leben einen grossen Einfluss haben wird. Ist also ein Kind bereits von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen, hat dies mit grosser Wahrscheinlichkeit auch Auswirkungen auf das spätere Leben.

3.2 Ein mögliches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern

Heute gibt es laut Richter und Hurrelmann (2009) viele Modelle, welche diese beschriebenen Ansätze in einen theoretischen Bezugsrahmen setzen. Die Komplexität der unterschiedlichen Modelle ist verschieden. Jedoch beziehen alle Modelle unterschiedliche Ebenen und Verknüpfungen mit ein (S. 22). Laut Lampert und Richter (2009) ist das Modell von Thomas Lampert und Liliane Schenk aus dem Jahre 2004 eine Möglichkeit, um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu erklären. Dieses Modell bringt die vorliegenden Kenntnisse und das vorhandene Wissen in einen systematischen Zusammenhang; zudem wird die gesundheitliche Ungleichheit von mehreren Ebenen her betrachtet (S. 218-219). Das Modell ist in Abbildung 2 auf folgender Seite ersichtlich.

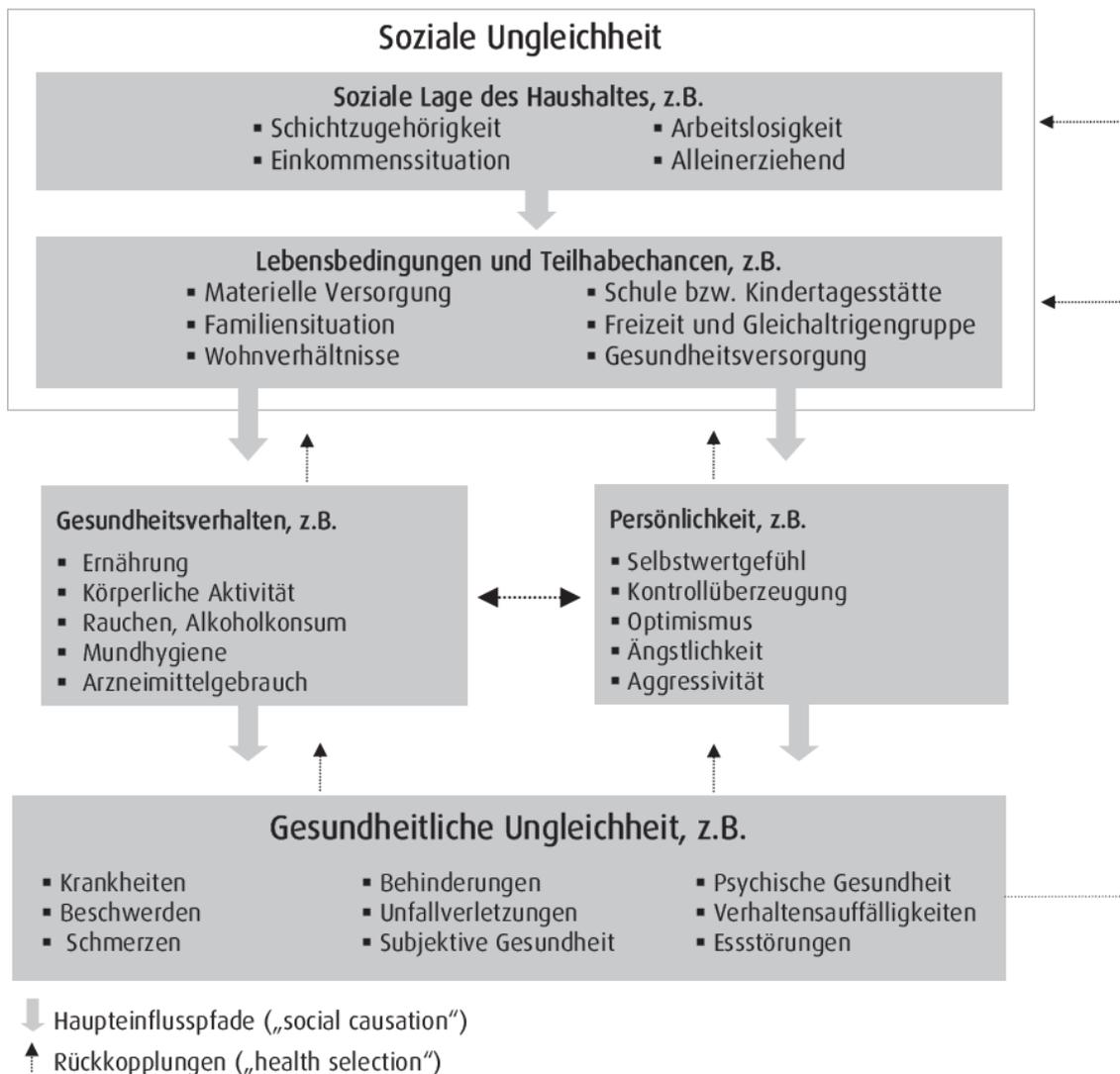


Abbildung 2: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern (Lampert & Schenk, 2004; zit. in Lampert & Richter, 2009, S. 219)

Lampert und Schenk (2004) schreiben zu ihrem Modell, dass verschiedene Ebenen betrachtet werden. Unterschieden werden folgende:

1. *Makroebene*: Soziale Strukturen und gesellschaftliche Probleme
2. *Mesoebene*: Lebenskontexte und Versorgungsbereiche
3. *Mikroebene*: Persönlichkeit und individuelles Verhalten (S. 67)

Eingeordnet werden Armut und soziale Ungleichheit laut Lampert und Schenk (2004) als gesellschaftliche Probleme auf der strukturellen Ebene (Makroebene). Dabei kommt es auf die Interessen der Forschung an, worauf bei der Armut und der sozialen Ungleichheit Bezug genommen wird. Dies können die Einkommensarmut, die Abhängigkeit von der Sozialhilfe, die Arbeitslosigkeit oder die «Schichtzugehörigkeit» (sozioökonomische Statusgruppe) sein (S. 67-68). Bei Kindern und Jugendlichen liegt eine benachteiligte Lebenslage vor, wenn sich diese strukturellen

Bedingungen («soziale Lage des Haushaltes») auf die Ebene der Lebenskontexte («Lebensbedingungen und Teilhabechancen») auswirken, also auf die Mesoebene. Dies zeigt sich dann darin, dass Kinder und Jugendlichen eine verminderte Teilhabe in den Bereichen der materiellen Versorgung, der Familiensituation, der Wohnverhältnissen, der Schule, der Kindertagesstätte, der Freizeit und der Gruppe von Gleichaltrigen erleben (S. 67-68).

Laut dem Modell von Lampert und Schenk (2004) sind die Persönlichkeit und das Gesundheitsverhalten (Mikroebene) von zentraler Bedeutung, wenn es um die Frage geht, inwiefern denn die gemachten Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen bezüglich ihrer Lebensbedingungen und Teilhabechancen Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Das Gesundheitsverhalten und die Persönlichkeit von Kindern können negativ beeinflusst werden, wenn die Heranwachsenden beispielsweise in einer konfliktgeladenen Familiensituation aufwachsen, Probleme in der Schule haben oder in der Gleichaltrigengruppe ausgegrenzt werden (S. 68). Diese Erfahrungen können zur Folge haben, dass der Selbstwert der Kinder vermindert ist, sie eine negative Lebenseinstellung haben und riskante Gesundheitsverhaltensmuster wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel entwickeln. Dies wiederum gefährdet ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden entscheidend. Dagegen ist es aber so, dass Ressourcen bei der Persönlichkeit wie zum Beispiel ein hoher Selbstwert, Kontrollüberzeugung und Optimismus, dazu führen können, dass Kinder konstruktiv mit Belastungen und Konflikten umgehen und diese bewältigen können. Somit kann die Gesundheit von negativen Auswirkungen verschont bleiben (S. 68).

Lampert und Schenk (2004) betonen, dass positive Erfahrungen, welche die Kinder bezüglich ihrer Lebensbedingungen und Teilhabechancen machen, positive Auswirkungen auf ihre Persönlichkeitsentwicklung haben. Dies zeigt sich oft auch in einem gesundheitsfördernden Verhalten und in einem beständigen Wohlbefinden. Als Beispiele werden einige Dinge genannt: Kinder machen positive Erfahrungen bezüglich den Lebensbedingungen und Teilhabechancen, sie erleben also beispielsweise einen engen Familienzusammenhalt, haben viele Freunde oder können die verschiedensten Freizeitmöglichkeiten besuchen. Diese Erfahrungen unterstützen die Entwicklung ihrer sozialen Kompetenzen und haben einen positiven Effekt auf die personalen Ressourcen. Ebenfalls wird ihr Gesundheitsverhalten dadurch positiv beeinflusst (S. 68).

Inwiefern Armut und soziale Ungleichheit den Gesundheitszustand von Kindern beeinflussen, lässt sich mit dem Modell von Lampert und Schenk (2004) durch ein kompliziertes Zusammenspiel verschiedener Faktoren erklären. Namentlich handelt es sich bei den Faktoren um die Lebensbedingungen und Teilhabechancen, um die Entwicklung ihrer Persönlichkeit und um ihr individuelles Verhalten. Zudem wird bei diesem Modell noch ein anderer Effekt beachtet und zwar den der Rückkopplungen (S. 68). Mit Rückkoppelungen sind Einflussbeziehungen gemeint, welche wechselseitig stattfinden (sind auf der Abbildung 2 durch kleine dünne schwarze Pfeile dar-

gestellt). Aus diesem Grund kann es vorkommen, dass Krankheiten oder ein schlechter Gesundheitszustand nachteilige Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit und auf das Gesundheitsverhalten haben (S. 68). Zudem können gesundheitliche Beschwerden die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindern. Und nicht zuletzt kann ein schlechter Gesundheitszustand gar die materielle Lage und die Zugehörigkeit zu einer sozioökonomischen Statusgruppe rückwirkend beeinflussen. Beispielsweise können Eltern, welche sich um kranke Kinder oder Kinder mit einer Behinderung kümmern, mit zusätzlichen Kosten belastet werden oder sie können deswegen verminderte Erwerbschancen erleben (S. 68).

Obwohl Lampert und Schenk (2004) bei der Beschreibung ihres Modells von Kindern und Jugendlichen schreiben, merken sie ganz am Schluss an, dass dieses Modell gesundheitliche Ungleichheiten hauptsächlich bei Pubertierenden und Jugendlichen erklären kann. Dies sei so, weil das Gesundheitsverhalten und die Persönlichkeitsentwicklung im Zentrum stehen und als vermittelnde Mechanismen bei der gesundheitlichen Ungleichheit angeschaut werden. Bei jüngeren Kindern müsste man verschiedene konzeptionelle Anpassungen machen und dabei die altersspezifischen Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben im Hinterkopf behalten (S. 69 – 70). Welche konzeptionellen Anpassungen dies wären, wird nicht genannt. Darüber müsste man spekulieren. Bei Lampert und Richter (2009), welche dieses Modell ebenfalls beschreiben, lässt sich keine derartige Einschränkung der Altersgruppe finden (S. 218-223). Von dem her lässt sich darüber streiten, inwiefern dieses Modell für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern im Primarschulalter geeignet ist. Für das Modell spricht sicherlich, dass es den heutigen Annahmen entspricht, wenn es um die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten geht. Es verbindet die verschiedenen Ansätze und bringt sie in einen sinnvollen Zusammenhang. Bei diesem Modell werden gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern durch ein Zusammenspiel der sozialen Lage, den Lebensbedingungen und Teilhabechancen (materieller Ansatz), dem Gesundheitsverhalten (verhaltensbezogener Ansatz) und der Persönlichkeit (psychosozialer Ansatz) beschrieben. Einzig kommt der zeitliche Aspekt der Lebenslaufperspektive nicht vordergründig zu tragen. Das Modell besagt jedoch, dass verschiedene Faktoren miteinander im Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen.

3.3 Zwischenfazit

Das Ziel, die gestellte Frage zu beantworten und damit gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu erklären, kann nicht vollständig erreicht werden. Dies ist einerseits so, weil erst sehr wenige Forschungsergebnisse zu den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern vorhanden sind. Andererseits sind die Erklärungen sehr komplex und vielschichtig und es ist deshalb schwierig, die Zusammenhänge empirisch zu untersuchen und zu analysieren.

Es ist jedoch klar, dass Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern auf verschiedenen Ebenen ansetzen müssen. Gesundheitliche Ungleichheit wird durch verschiedene Risikofaktoren begünstigt und entsteht durch ein komplexes Zusammenspiel dieser Faktoren und Mechanismen. Wie aufgezeigt wurde, wird gesundheitliche Ungleichheit heutzutage hauptsächlich durch den materiellen, den verhaltensbezogenen, den psychosozialen Ansatz und durch die Lebenslaufperspektive erklärt. Jedoch ist es durch keinen dieser Ansätze möglich, gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern ganz zu erklären, sie tragen lediglich einen Teil zur Erklärung bei. Kurz gesagt geht es bei den vier Ansätzen um folgendes:

- *Materieller Ansatz*: Gesundheitliche Ungleichheiten entstehen durch ungleiche materielle Lebensbedingungen.
- *Verhaltensbezogener Ansatz*: Gesundheitliche Ungleichheiten gibt es dadurch, weil Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weniger gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zeigen.
- *Psychosozialer Ansatz*: Es gibt gesundheitliche Ungleichheiten, weil Belastungen und Ressourcen, um diese Belastungen zu bewältigen, ebenfalls ungleich verteilt sind.
- *Lebenslaufperspektive*: Gesundheitliche Ungleichheiten sind das Resultat komplizierter Zusammenhänge verschiedener Umstände und Einflüssen, welche über die Lebenszeit bestanden.

Das Modell von Lampert und Schenk aus dem Jahre 2004, welches gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern zu erklären versucht, verbindet die genannten Ansätze (ausgenommen der Lebenslaufperspektive) und bringt sie in einen logischen Zusammenhang. Um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu erklären, ist es sicherlich hilfreich, dieses Modell näher zu betrachten.

Um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu reduzieren, wäre es sehr wichtig, die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit genauer zu kennen. Aus diesem Grund wäre es zentral, dass sich zukünftig Forschungsarbeiten vermehrt auch spezifisch auf Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern fokussieren.

4 Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern

Nachdem sich das letzte Kapitel den Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheiten gewidmet hat, geht es hier nun darum, wie solche Ungleichheiten reduziert werden können. Es geht um folgende Frage:

(3) Welche Möglichkeiten gibt es, gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu reduzieren?

Bevor man sich mit Möglichkeiten zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten befasst, sollte man sich zuerst fragen, was damit überhaupt erreicht werden soll. Laut Richter und Hurrelmann (2009) soll das wesentliche Ziel bei der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten darin bestehen, eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu erreichen. Das bedeutet, dass alle Individuen dieselben Möglichkeiten besitzen sollen, gesund zu bleiben. Die Chancen sollen dabei nicht vom Einkommen, der Bildung und dem Berufsstatus abhängig sein (S. 28). Die Frage, wie sich gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern reduzieren lassen, kann man somit auch umkehren. Die neue Frage würde dann folgendermassen lauten: Wie könnte man die gesundheitliche Chancengleichheit bei Kindern vergrössern? Zuerst soll angeschaut werden, wo angesetzt werden kann, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Danach werden Strategien mit deren Wirkung auf das soziale Gefälle angeschaut. Im dritten Teil wird es konkreter, es geht um die Interventionsformen «Prävention» und «Gesundheitsförderung». Schlussendlich werden die Erkenntnisse in einem Zwischenfazit nochmals zusammengeführt.

4.1 Ansatzpunkte zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten

Um das Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu erreichen, gibt es laut Richter und Hurrelmann (2009) zwei Möglichkeiten:

- die Verminderung sozialer Ungleichheiten
- und die Reduzierung von Unterschieden in den intermediären Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheiten (S. 28).

Wirft man den Blick zurück auf das Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheiten von Kindern von Lampert und Schenk aus dem Jahre 2004, könnte man diese beiden Ansatzpunkte folgendermassen markieren:

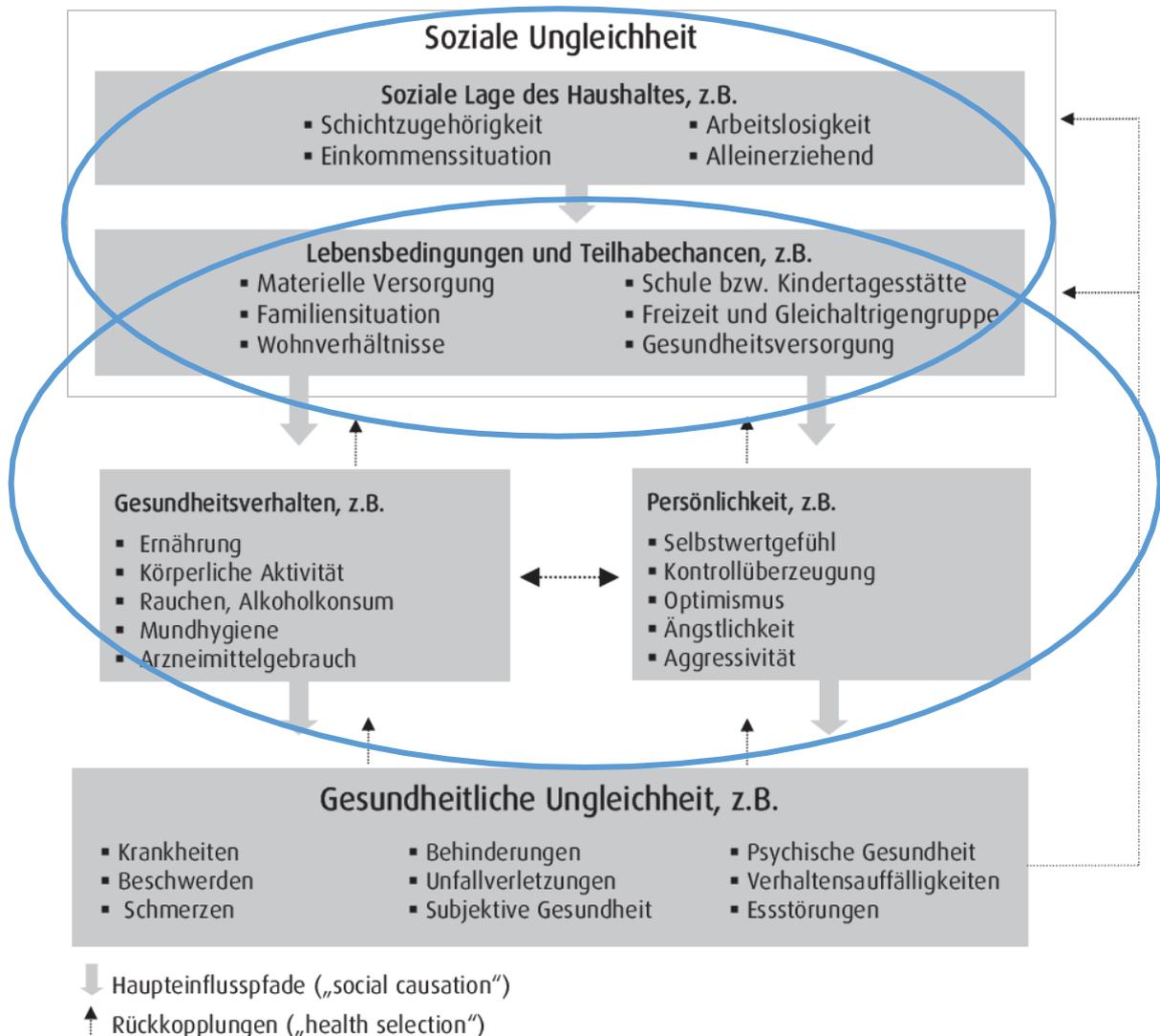


Abbildung 3: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern (leicht modifiziert nach Lampert & Schenk, 2004; zit. in Lampert & Richter, 2009, S. 219)

Auf der Abbildung ist nun ersichtlich, dass der erste Ansatzpunkt bei der sozialen Ungleichheit ansetzt. Beim zweiten wird bei den Einflussfaktoren angesetzt. Diese beiden Ansatzpunkte werden nun erklärt.

4.1.1 Verringerung sozialer Ungleichheiten

Bei der ersten Möglichkeit, um das genannte Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit zu erreichen, geht es laut Richter und Hurrelmann (2009) um die Reduzierung sozialer Ungleichheiten. Unterschiede in der Bildung, dem Berufsstatus und dem Einkommen sollen verringert werden. Es wird klar, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur ein gesundheitspolitisches Thema

sind, sondern viele andere Bereiche in der Politik betreffen, speziell die Sozial-, Bildungs- und Arbeitspolitik (S. 28).

Da die soziale Lage von Kindern von der ihrer Eltern abhängig ist, muss bei den Eltern angesetzt werden. Hier einige Beispiele, wie dies konkret aussehen könnte: Villiger und Knöpfel (2009) führen als Möglichkeiten zur Verringerung sozialer Ungleichheiten die Schaffung von Arbeitsplätzen auf, vor allem für wenig qualifizierte Personen und die nachhaltige Förderung der beruflichen und sozialen Integration von arbeitslosen Personen (S. 81). Lampert und Richter (2009) merken an, dass sich die Sozialpolitik mehr um die höheren ökonomischen und materiellen Belastungen von Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status kümmern. Kinder zu haben kostet Geld, die zusätzlichen Kosten sind jedoch durch den Familienlastenausgleich nicht gedeckt und belasten auch Familien mit mittlerem sozioökonomischen Status. Aus diesem Grund sollte überlegt werden, Familien steuerlich zu entlasten und Familienzulagen zu erhöhen (S. 224). Diese Massnahmen werden jedoch nicht reichen, um Entwicklungsrisiken, welche aufgrund des niedrigen sozioökonomischen Status vorliegen, auszugleichen. Die beiden Autoren sind der Meinung, dass Interventionen, welche eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben, erfolgreicher sind. Als Beispiele nennen sie Betreuungsangebote für Kinder und flexible Firmenkonzepte, welche alleinerziehenden Personen ermöglicht, zu arbeiten und Geld zu verdienen (S. 224-225).

Zwei mögliche Massnahmen auf der Ebene der Kinder sind auch gefunden worden. Villiger und Knöpfel (2009) schlagen eine obligatorische Vorschule vor, um ungleiche Ausgangsbedingungen beim Start in der Schule zwischen sozial benachteiligten und privilegierten Kinder wie auch zwischen Kinder mit und ohne Migrationshintergrund zu vermindern (S. 81). Lampert und Richter (2009) ergänzen, dass sich die Bildungspolitik auch beteiligen soll. Für Kinder ist eine gute schulische und später berufliche Ausbildung eine wichtige Grundlage, damit sie eine eigene Lebensperspektive entwickeln können und später einen Platz in der Gesellschaft finden, welchen ihren Fähigkeiten und Interessen entspricht (S. 225).

4.1.2 Verringerungen von Unterschieden in den intermediären Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheiten

Grössere Chancen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten sehen Richter und Hurrelmann (2009) in kurz- und mittelfristigen Massnahmen, welche bei der zweiten Möglichkeit ansetzen, also bei der Verringerung von Unterschieden in den intermediären Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheiten. Als Beispiele für Ansatzpunkte werden das Gesundheitsverhalten, materielle Faktoren und psychosoziale Belastungen genannt. Doch die Beantwortung der Frage, wo genau angesetzt werden soll, ist schwierig (S. 29). In Deutschland sind erst wenige Studien vorhanden, welche sich mit unterschiedlichen Faktoren gesundheitlicher Ungleichheiten und deren relativen Einfluss darauf beschäftigten. Für präventive Massnahmen wäre es jedoch wichtig

zu wissen, wo sie ansetzen können, um möglichst viel zu bewirken. Es wäre von dem her relevant, den Zusammenhang und den Stellenwert einzelner ursächlicher Faktoren gesundheitlicher Ungleichheiten zu kennen. Diese sollten unbedingt weiter erforscht werden (S. 29).

Da das Gesundheitsverhalten von Kindern durch ihre Eltern beeinflusst wird, sie bei den materiellen Faktoren von ihren Eltern abhängig sind und ihre psychosozialen Belastungen auch mit ihren Eltern zusammenhängen können, soll bei der Familie, beziehungsweise bei den Eltern, angesetzt werden. Villiger und Knöpfel (2009) nennen auch hier einige Beispiele, wie das Ansetzen bei diesen Einflussfaktoren aussehen könnte. Eine mögliche Massnahme, welche die materiellen Faktoren beeinflusst, kann die Verbesserung der Wohnsituation für sozial benachteiligte Menschen sein (S. 82). Bei den Massnahmen, welche die psychosozialen Einflüsse betreffen, werden die Verminderung der psychosozialen Belastungen bei der Arbeit, die Stärkung der persönlichen Bewältigungsressourcen und die Förderung von sozialen Netzwerken, Beziehungen und der Solidarität in der Gesellschaft genannt (S. 82). Und Beispiele für Massnahmen, welche verhaltensbezogene Faktoren beeinflussen, sind die Reduzierung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und die Stärkung der Gesundheitskompetenzen der Gesellschaft (S. 82).

Auf der Ebene der Kinder können auch Dinge unternommen werden. Da laut Lampert und Richter (2009) immer mehr für die Bildung und Betreuung getan wird und Ganztageschulen an Bedeutung gewinnen, spielt die Sozialisationsinstanz «Schule» zukünftig bei Kindern eine wichtige Rolle (S. 225). Auch in der Schweiz erlebt die ganztägige Bildung und Betreuung einen Aufschwung, wie in der Ausgangslage gezeigt wurde. Dadurch gewinnt das Setting «Schule» als Ort für die Gesundheitsförderung laut Lampert und Richter (2009) an Bedeutung. Durch die Schule ergibt sich ein Zugang zu den Heranwachsenden und die Möglichkeit, die Gruppennormen, die Verhaltensgewohnheiten und Lebensstile positiv zu beeinflussen (S. 225). Aus diesen Gründen wäre es wichtig, gesundheitsfördernde Programme besser zu verankern. Dies verlangt jedoch danach, dass Lehrpersonen eine entsprechende qualifizierte Weiterbildung besuchen. In der Schule ergeben sich auch ausserhalb des Unterrichts Möglichkeiten, um die Gesundheit zu fördern. Als Beispiele führen sie die Bausubstanz, die materielle Ausstattung, Angebote zur gesunden Ernährung und körperlichen Aktivität und Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, Eltern und Lehrpersonen auf. Wichtig erscheint den beiden Autoren aber auch, dass die Gesundheitsförderung nicht erst in der Schule beginnt, sondern bereits früher (S. 225). Auch Vereine, Ferienlager und die Nachbarschaft sind wichtige «Orte», an welchen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert werden kann (S. 226).

4.2 Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten

Villiger und Knöpfel (2009) führen aus, dass wenn die gesundheitliche Chancengleichheit das Ziel darstellt, sich gefragt werden muss, was dies bezogen auf den sozialen Gradienten (soziales Gefälle) heisst. Wie müssten die Massnahmen, welche im vorigen Kapitel beschrieben wurden, auf das soziale Gefälle wirken, damit man von mehr Chancengleichheit sprechen kann (S. 86)? Sucht man nach Strategien zur Vergrösserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, welche das soziale Gefälle beeinflussen, lassen sich drei finden. Hilary Graham (2008) ergänzt, dass diese Typologien mittlerweile verwendet werden, um nationale politische Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu beschreiben (S. 463). Und genau um diese drei Strategien soll es nun gehen.

4.2.1 Poor health of poor people (Verbesserung der Gesundheit der am stärksten Benachteiligten)

Richter und Hurrelmann (2009) schreiben, dass der Fokus der Interventionen bei diesem Ansatz auf dem «ärmsten» Teil der Bevölkerung liegt. Dabei zielt diese Strategie darauf ab, die Lebensbedingungen, die Lebenschancen, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit der sozial am stärksten benachteiligten Gruppen zu verbessern. Von positiver Natur bei diesem Ansatz ist, dass das Augenmerk auf die soziale Exklusion gerichtet wird und deutliche politische Ziele definiert werden, welche zudem relativ einfach fachlich überprüft werden können. Nachteile hat dieser Ansatz jedoch auch (S. 26). Durch diesen Ansatz findet eine Reduktion des Ungleichheitsproblems auf eine klar abgrenzbare Teilpopulation statt, wobei der gesamtgesellschaftliche Blickwinkel verloren geht. Auch wenn durch diese Strategie die gesundheitliche Situation für sozial benachteiligte Personen verbessert werden kann, besteht die Gefahr, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten weiter zunehmen; dies ist dann der Fall, wenn sich während der Zeit der Intervention die Gesundheit der gesamten Bevölkerung schneller verbessert als bei den Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (S. 26).

4.2.2 Health gaps (Schliessen von «Lücken» in der Gesundheit)

Die zweite Strategie fokussiert laut Richter und Hurrelmann (2009) den Unterschied in der Gesundheit, welche zwischen der sozial am besten und der sozial am schlechtesten gestellten Statusgruppe besteht. Ziel dieser Strategie ist die Verminderung dieser Differenz. Mit dem «Schliessen von Lücken in der Gesundheit» ist gemeint, dass die Gesundheit der Menschen mit dem tiefsten sozioökonomischen Status schneller verbessert wird als die der übrigen Bevölkerung. Von Vorteil ist bei dieser Strategie, dass die Tatsache Beachtung findet, dass sozial benachteiligte Menschen deutlich weniger von einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit profitieren (S.

27). Zudem ist es nicht schwierig, politische Zielsetzungen zu definieren, welche auch überprüfbar sind. Zu erwähnen ist jedoch auch der Nachteil, dass sich Interventionen in diesem Ansatz an sozial benachteiligte Gruppen richten, obwohl die Gesamtbevölkerung betrachtet wird. Somit wird der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit bezüglich der ganzen sozialen Hierarchie nicht beachtet (S. 27).

4.2.3 Health gradients (Verringerung des Gefälles in der Gesundheit)

Laut Richter und Hurrelmann (2009) ist diese letzte Strategie die umfassendste. Das Ziel dieser Strategie inkludiert beide Ziele der anderen beiden schon beschriebenen Strategien. Es reicht jedoch nicht aus, die Gesundheit von Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zu verbessern und «Lücken» in der Gesundheit zu schliessen, um das Ziel zu erreichen, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu verbessern. Das Hauptaugenmerk liegt bei dieser Strategie auf dem Grossteil der Gesellschaft, also auf allen Menschen, welche sich zwischen «oben» und «unten» befinden, also auf denen, welche den grössten Teil der gesundheitlichen Ungleichheiten ausmachen. Es geht darum, die «Geschwindigkeit» der Verbesserung des Gesundheitszustandes je nach sozioökonomischen Status anzupassen (S. 27). «Die Geschwindigkeit der Verbesserung muss dabei mit jedem Schritt nach «unten» in der vertikalen Gliederung der Gesellschaft zunehmen, so dass im Ergebnis jede soziale Schicht grössere Gesundheitsgewinne aufweist als die nächst höhere Sozialschicht.» (Richter & Hurrelmann, 2009, S. 27). Nachteile werden keine genannt. Es gibt aber noch kein Land, welches den dritten Ansatz bereits umsetzt (S. 27-28).

4.2.4 Welche Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten soll nun verfolgt werden?

Richter und Hurrelmann (2009) sind der Meinung, wenn Deutschland eine Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten verfolgt, dann die erste gerade beschriebene Strategie (siehe Kapitel 4.2.1). Diese ist sicher sinnvoll, um die politische Öffentlichkeit für dieses Thema zu sensibilisieren. Jedoch muss bedacht werden, dass gesundheitliche Ungleichheiten die gesamte Gesellschaft betreffen. Somit darf sich die Präventionspolitik auf Zeit gesehen nicht auf eine Risikogruppe konzentrieren. Alle beteiligten Professionen sollen sich dafür einsetzen, die vorhandenen Massnahmen so zu verändern, damit sich das soziale Gefälle in der Gesundheit verkleinert. Es sollte also eine gesamtgesellschaftliche Strategie verfolgt werden (S. 27-28). Das Ziel wäre somit, dass die dritte Strategie angewendet wird (siehe Kapitel 4.2.3). Richter und Hurrelmann (2009) merken jedoch an, dass es aufgrund der vielschichtigen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit und dem fehlenden Wissen über die Wirksamkeit von Interventionen schwierig ist, politische Strategien an der dritten Strategie auszurichten (S. 27).

4.3 Prävention und Gesundheitsförderung – Interventionsformen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit

Nachdem nun geklärt wurde, wo angesetzt werden kann, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren und welche Strategien wie auf das soziale Gefälle wirken, geht es hier nun darum, was konkreter getan werden kann, um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Geht es um die Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit, kommen als Interventionsformen immer wieder Prävention und Gesundheitsförderung zur Sprache. Doch inwiefern können diese Interventionsformen etwas dazu beitragen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren? Bevor dieser Frage nachgegangen wird, werden die Begriffe «Prävention» und «Gesundheitsförderung» definiert. Danach folgt dann der Versuch, diese Frage zu beantworten.

4.3.1 Begrifflichkeiten: «Prävention» und «Gesundheitsförderung»

Sucht man nach einer einheitlichen Definition der Begriffe «Prävention» und «Gesundheitsförderung», wird man leider nicht fündig. Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch (2010) führen auf, dass diese beiden Begriffe in der internationalen Fachliteratur, wie auch im deutschen Sprachraum, nicht einheitlich verwendet werden. Beide Interventionsformen haben dasselbe Ziel, sie wollen auf der einen Seite einen individuellen und auf der anderen Seite einen kollektiven Gesundheitsgewinn erzeugen. (S. 13-14). Die beiden Begriffe werden nun einzeln näher angeschaut und danach, in welchem Verhältnis diese zueinanderstehen. Folgend kommt ein kurzer Abschnitt über einen spezifischen Ansatz der Gesundheitsförderung, da dieser Ansatz für das Hauptthema dieser Bachelor-Arbeit relevant ist.

Definition Begriff «Prävention»

Anja Leppin (2010) schreibt, dass Präventionsmassnahmen dazu da sind, um im Hier und Jetzt etwas zu tun, um Zustände in der Zukunft, welche unangenehm oder unerwünscht sind, zu vermeiden (S. 35). Bezogen auf die Gesundheit bedeutet dies folgendes: «Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmassnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern.» (S. 35).

Präventionsmassnahmen können laut Leppin (2010) verschieden differenziert werden. Man kann sie nach dem Zeitpunkt der Intervention ordnen oder danach, bei wem angesetzt werden soll, wo angesetzt wird und so weiter (S. 35-40). Da diese Ausdifferenzierung für die Beantwortung der Leitfrage dieses Kapitels nicht notwendig ist, wird darauf verzichtet, diese näher zu betrachten.

Definition Begriff «Gesundheitsförderung»

Lotte Kaba-Schönstein (2017) bezieht sich beim Definieren des Begriffs «Gesundheitsförderung» auf die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1986. Die Gesundheitsförderung

ist als Prozess definiert, «allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen». Diese Definition wurde elf Jahre später an der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert weiterentwickelt: «Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit».

Kaba-Schönstein (2017) versteht die Gesundheitsförderung nach der WHO als ein Konzept, welches die Gesundheitsressourcen und Potentiale der Menschen analysiert und fördert, wie auch als ein Konzept, welches auf allen Ebenen der Gesellschaft ansetzt. Charakteristisch bei diesem Konzept ist die salutogenetische Perspektive, welche zur Frage führt, wie und wo die Herstellung der Gesundheit stattfindet. Der Fokus des Gesundheitsförderungsansatzes der WHO liegt auf der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheit und auf der Erzeugung von Chancengleichheit.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ist aus Sicht von Kaba-Schönstein (2017) eine Zusammenfassung der wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereichen der Gesundheitsförderung. Handlungsbereiche zählt die Ottawa-Charta fünf auf, welche in folgender Abbildung dargestellt sind. Für diese Handlungsebenen wird auch der Begriff «Mehrebenenansatz» der Gesundheitsförderung verwendet. Es soll ein integratives Konzept mit Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Handlungsebenen aufzeigen.

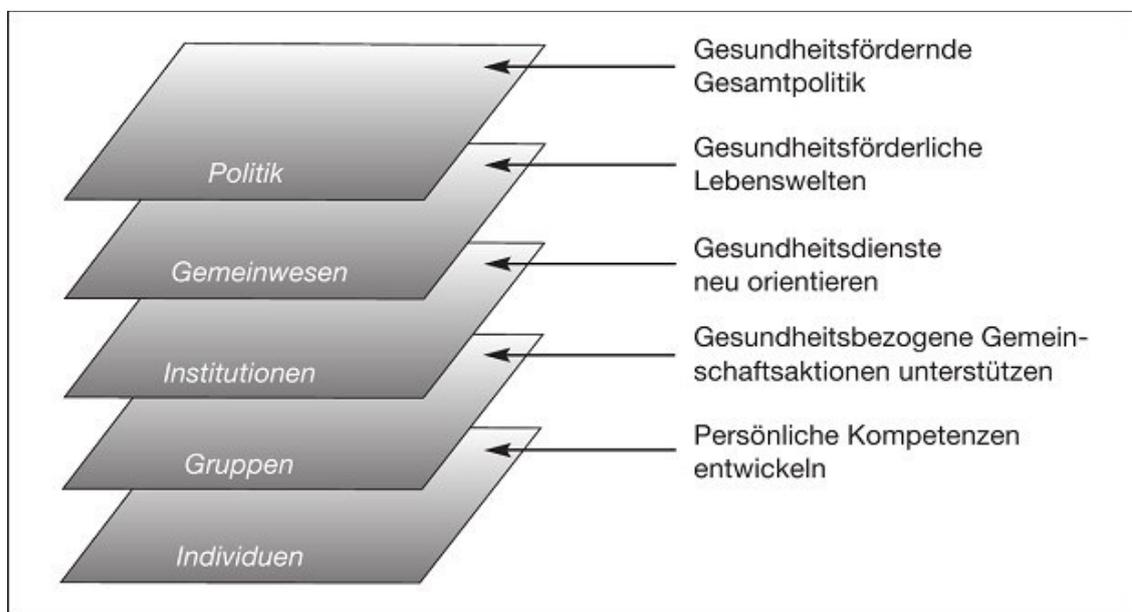


Abbildung 4: Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung (modifiziert nach Universität Bielefeld/Göpel, ohne Datum; zit. in Kaba-Schönstein, 2017)

Verhältnis der beiden Interventionsformen

Wie schon erwähnt, ist man sich über die Definitionen von Prävention und Gesundheitsförderung nicht einig. Verschiedene Autorinnen und Autoren vertreten unterschiedliche Meinungen. Auch

gibt es unterschiedliche Ansichten, wie Prävention und Gesundheitsförderung zueinanderstehen. Rolf Rosenbrock und Susanne Kümpers (2009) sind beispielsweise der Meinung, dass Primärprävention die Gesundheitsförderung miteinschließt (S. 388). Diese Bachelor-Arbeit vertritt eine andere Ansicht. Diese Sichtweise von Rosenbrock und Kümpers ist zu eng und der ressourcenfördernde Aspekt der Gesundheitsförderung kann vergessen gehen, wenn nur von Prävention die Rede ist. Zudem hat die WHO mit der Ottawa-Charta ein umfassendes Konzept der Gesundheitsförderung geschaffen, welchem besondere Bedeutung zugemessen werden soll. Aus diesen Gründen stützt sich diese Bachelor-Arbeit einerseits auf Hurrelmann, Klotz und Haisch (2010), welche der Meinung sind, dass Prävention und Gesundheitsförderung in einem gegensätzlichen Verhältnis zueinanderstehen, sich aber ergänzen. Jedoch ist eine deutliche Abgrenzung der beiden Interventionsformen nicht immer hilfreich (S. 17). Andererseits nimmt diese Bachelor-Arbeit Heiko Waller (2006) als Grundlage, welcher sagt, dass Prävention und Gesundheitsförderung Strategien sind, welche zum Ziel haben, die Gesundheit zu verbessern und zu erhalten (Waller, 2006; zit. in Kaba-Schönstein, 2017). Waller (2006) stellt das Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung folgendermassen dar:

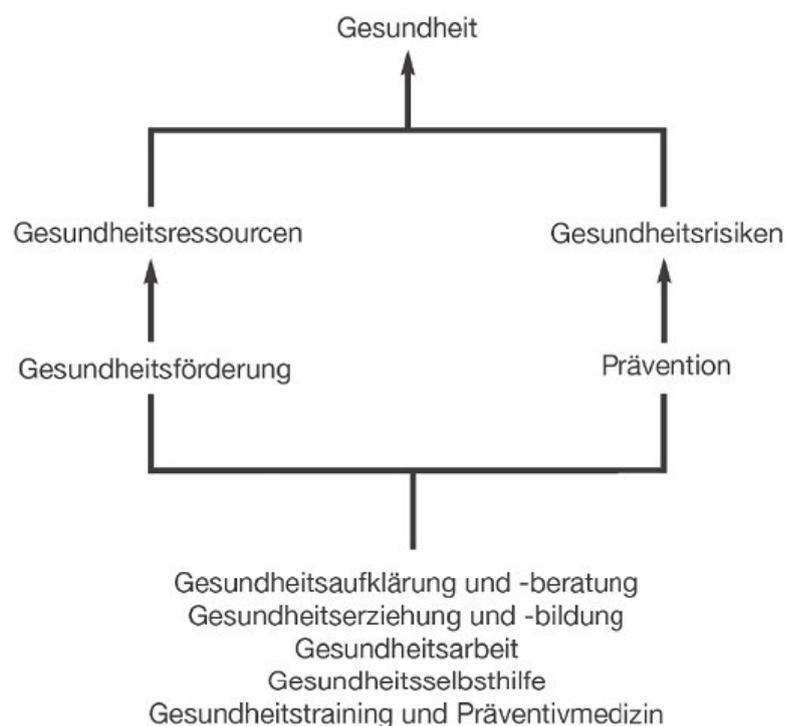


Abbildung 5: Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung zueinander (Waller, 2006; zit. in Kaba, Schönstein, 2017)

Setting-Ansatz

Kaba-Schönstein (2017) schreibt, dass der Setting-Ansatz eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist. Dieser Ansatz verbindet Gesundheitsförderung mit Lebensbereichen, Systemen und

Organisationen, in welchen sich Individuen viel Zeit ihres Lebens aufhalten und mit ihrem sozialen Gefüge und ihrer Struktur und Kultur einen Einfluss auf Individuen haben. Als konkrete Beispiele werden die Stadt, die Gemeinde, das Quartier, die Kindertageseinrichtung, die Schule, die Hochschule und der Betrieb genannt. Weil die Gesundheit im Alltag entsteht, muss Gesundheitsförderung demnach auch dort ansetzen und dafür sorgen, dass der Alltag gesundheitsfördernd gestaltet wird. Der Setting-Ansatz wurde als wichtigste Strategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung zur Verbindung der fünf Handlungsebenen weiterentwickelt und konnte sich bewähren. Wissenschaftliche Erkenntnisse konnten an der Konferenz von Jakarta zeigen, dass Settings als Lebensbereiche eine gute Möglichkeit geben, die Strategien praktisch umzusetzen (Kaba-Schönstein, 2017).

Das Gesunde-Städte-Netzwerk (ohne Datum) schreibt zum Setting-Ansatz:

Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können. [. . .] Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. (Gesunde-Städte-Netzwerk, ohne Datum; zit. in Thomas Altgeld & Petra Kolip, 2010, S. 49)

4.3.2 Beitrag der Prävention und Gesundheitsförderung zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten

In folgenden Abschnitten soll es darum gehen, ob und was Prävention und Gesundheitsförderung zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können. Zuerst wird dieses Thema allgemein angeschaut, danach spezifisch auf Kinder bezogen.

Prävention

Simone Weyers und Matthias Richter (2010) sind der Meinung, dass Interventionen zur Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten gesamtgesellschaftlich angesetzt werden müssen und das soziale Gefälle begradigt werden muss (S. 385-386). Dies wird in der Realität nicht getan, sondern es werden Präventionsmassnahmen entwickelt, welche sich auf vulnerable Gruppen konzentrieren. Dabei wird die Wirksamkeit dieser Interventionen häufig nicht nachgewiesen. Weyers und Richter ist zudem kein Beispiel bekannt, in welchem überprüft wurde, ob sich die gesundheitlichen Differenzen zwischen der vulnerablen Gruppe und einer sozial besser gestellten Gruppe verringert haben (S. 386). Ebenfalls problematisch sind bei Massnahmen, welche sich auf vulnerable Gruppen fokussieren, dass die Personengruppe mit mittlerem sozioökonomischem Status nicht berücksichtigt werden, obwohl diese im Vergleich zu Gruppen mit höherem sozioökonomischem Status auch benachteiligt sind (S. 386). Diese Aussagen entsprechen ziemlich denen von

Richter und Hurrelmann aus dem Jahre 2009 zu den politischen Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten (vergleiche Kapitel 4.2.4).

Peter-Ernst Schnabel (2008) schreibt zudem von einem Präventionsdilemma. Er erklärt, dass Präventionsmassnahmen oft nicht diejenigen Personengruppen erreichen, welche den grössten Bedarf hätten. Ein genannter Grund dafür ist, dass Präventionsmassnahmen oft auf die Mittelschicht ausgerichtet sind, da die Gesundheitskulturen der sozial benachteiligten Personen noch nicht wirklich erforscht sind (S. 495).

Gesundheitsförderung: Setting-Ansatz

Wie bei der Begriffsklärung zur Gesundheitsförderung schon steht, hat sich laut Kaba-Schönstein (S. 2017) der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung etabliert und wurde als wichtigste Strategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung zur Verbindung der fünf Handlungsebenen der Ottawa-Charta bezeichnet. Auch Thomas Altgeld (2009) schreibt, dass in der Ottawa-Charta neben einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik der Fokus auf die Lebenswelt als wichtige Handlungsebene gelegt wird. Um auf Lebenswelten einen gesundheitsfördernden Einfluss zu nehmen, ist das Konzept des Setting-Ansatzes gedacht. Inwiefern gesundheitsfördernde Settings etwas zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können, wurde kaum angeschaut. Jedoch wurde bei der Konzeption einzelner Setting-Ansätze die gesundheitliche Chancengleichheit miteinbezogen (S. 411-412).

Zurzeit kann laut Altgeld (2008) nicht gesagt werden, ob gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb der Settings erreicht werden kann. Altgeld verweist dabei auf das «Präventionsdilemma» von Bauer aus dem Jahre 2005 und fragt sich, ob auch beim Setting-Ansatz die Personen, welche am meisten bedürftig sind, am wenigsten von diesen Interventionen profitieren (S. 521-522). In einer Studie, in welcher das gesundheitsfördernde Projekt «gesund leben lernen» Niedersachsen im Setting der Schule evaluiert wurde, konnte jedoch gezeigt werden, dass vor allem Schulen, welche ein ungünstiges Ausgangsniveau hatten, mehr von dem Projekt profitieren konnten als andere (S. 522). Evaluationen der Effektivität von gesundheitsfördernden Settings auf die Gesundheit wurden bis im Jahre 2008 noch nicht für andere Settings gemacht (S. 524). Altgeld zieht jedoch aus verschiedenen Beispielen das Fazit, dass sich der Setting-Ansatz nach und nach auch als Kernstrategie nutzen lässt, um dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit näher zu kommen. Er ist der Meinung, dass es unabdingbar ist, dass das Konzept des Setting-Ansatzes weiterentwickelt wird. Dafür müssen einerseits die handelnden Personen oder Personengruppen sensibilisiert werden und andererseits die Rahmenbedingungen für die Setting-Arbeit verbessert werden. Das Spektrum, um sozial benachteiligte Menschen über den Setting-Ansatz in ihrer Gesundheit zu fördern, ist laut Altgeld noch lange nicht ausgeschöpft, dafür braucht es neue Entwicklungslinien und auch finanzielle Rahmenbedingungen (S. 526).

Gesundheitsförderung: Kriterien für die Praxis

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) hat Kriterien für eine gute Praxis entwickelt, welche Orientierung bieten, wenn Massnahmen der sozialbezogenen Gesundheitsförderung geplant und umgesetzt werden. Diese Good Practice-Kriterien repräsentieren fachliche Konzepte und beinhalten ausserdem Angebote, Projekte und Initiativen (S. 3). Weyers und Richter (2010) sind der Meinung, dass das Gesundheitsförderungskonzept der WHO in den zwölf Kriterien erkennbar ist. Jedoch beachten diese Kriterien auch das steigende Interesse an qualitativ hochwertigen Projekten und die Verwendung der öffentlichen Mittel. Wenn sich Projekte an diesen Kriterien orientieren, besteht die Chance, dass die Qualität gesteigert wird. Bei vorhandenen Beispielen aus der Praxis, bei welchen die Projekte nach diesen zwölf Kriterien entwickelt wurden, werden neuartige und nachahmenswerte Strategien sichtbar (S. 387). Zusammengefasst handelt es sich bei diesen Kriterien um folgende:

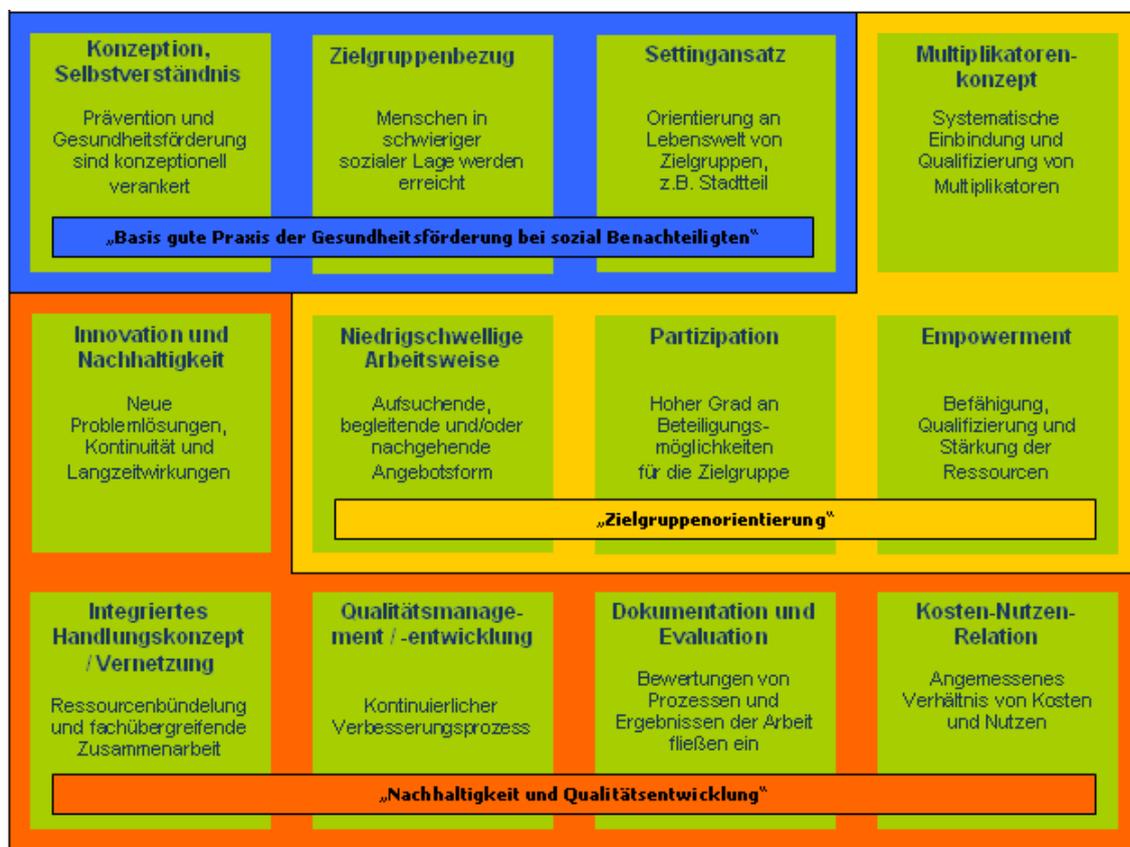


Abbildung 6: Good Practice-Kriterien (Stefan Bräunling, 2012, S. 3)

Prävention und Gesundheitsförderung spezifisch bei Kindern

Auch bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status ist es laut Lampert und Richter (2009) so, dass sie durch Angebote und Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung weniger gut erreicht werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass neue Konzepte und spezifische Zugangswege ausprobiert werden. Dass präventive und gesundheitsfördernde Angebote weniger in Anspruch genommen werden, liegt daran, dass die Kenntnis

fehlt und weniger Interesse vorhanden ist (S. 226). Zudem können aber auch Ängste, Unsicherheit oder Überforderung, welche durch Stress oder fehlende Zeit entstehen, Gründe dafür sein. Ausserdem muss angenommen werden, dass Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status Probleme anders wahrnehmen und andere Kommunikationsformen geläufig sind als bei Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status. Diese Faktoren, welche die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Angeboten behindert, müssen bedacht werden, wenn Strategien für sozial schwächere Familien geplant werden (S. 226). Es wird vorgeschlagen, dass solche Angebote so geplant werden sollen, dass sie auf der einen Seite einen niederschwelligeren Zugang haben und weniger zeitintensiv sind und auf der anderen Seite besser in das alltägliche Leben von Kindern und Jugendlichen integriert werden (S. 226). Übergeordnet gesehen ist es jedoch wichtig, dass die handelnden Personen oder Instanzen von sozialen Brennpunkten kooperativ zusammenarbeiten und sich vernetzen. Beispielsweise müssten Schule, Kindertagesbetreuungsangebote, Sportvereine, Kinderärztinnen und -ärzte und die Kinder- und Jugendhilfe kooperativ zusammenarbeiten. Dabei muss jedoch die Politik Rahmenbedingungen schaffen, um einen Austausch zu ermöglichen und die Möglichkeiten bieten, dass die Arbeitsteilung zwischen den einzelnen Institutionen möglich ist (S. 226).

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (ohne Datum), welcher die zwölf Good Practice-Kriterien entwickelt hat, hat sich über die letzten Jahre auch mit der Frage beschäftigt, wie Kinder und Jugendliche aus Familien mit tiefem sozioökonomischen Status gesünder aufwachsen können. Dazu hat er Kenntnisse und Erfahrungen gesammelt und schlussendlich Handlungsempfehlungen daraus abgeleitet. Um ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, müssen verschiedene Akteure und Akteurinnen gemeinsam an den Voraussetzungen arbeiten. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (ohne Datum) schreibt, dass Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention nur dann erfolgreich sind, wenn sie folgende Qualitätskriterien erfüllen:

- «Beteiligung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Empowermentprozesse
- Ressourcenorientierte Haltung
- Setting-Ansatz
- Multiplikatorenkonzepte & Umgang mit Vielfalt
- Ehrenamtsstrukturen»

4.4 Zwischenfazit

In diesem Kapitel ging es darum, die Frage, welche Möglichkeiten es zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern gibt, zu beantworten. Die Frage kann nur teilweise beantwortet werden, weil es noch zu wenige wissenschaftliche Untersuchungen bezüglich dieses Themas gibt. Zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten, oder positiv formuliert zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit bei Kindern, kann einerseits bei der sozialen Ungleichheit und andererseits bei den Faktoren und Mechanismen, welche über die soziale Ungleichheit einen Einfluss auf die Gesundheit haben, angesetzt werden. Um gesundheitliche Ungleichheiten nachhaltig zu reduzieren, muss an beiden Ansatzpunkten etwas getan werden. Es wird klar, dass viele Bereiche der Politik betroffen sind und sich einsetzen müssen. Deutlich wird jedoch auch, dass es noch Unklarheiten darüber gibt, wie sich einzelne Faktoren auf die gesundheitlichen Ungleichheiten auswirken. Um wirkungsvolle Massnahmen zu konzipieren, ist es jedoch wichtig, die Ursachen und deren Wirkung genauer zu kennen. Von dem her sollte sich die Forschung zukünftig mehr mit den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten beschäftigen.

Daneben lassen sich drei Strategien differenzieren, wie Massnahmen auf das soziale Gefälle wirken, damit man von mehr Chancengleichheit sprechen kann. Weil gesundheitliche Ungleichheiten die gesamte Gesellschaft betreffen, wird vorgeschlagen, dass Interventionen so konzipiert werden sollen, dass sich das soziale Gefälle in der Gesundheit verringert und mit einem gesamtgesellschaftlichen Ansatz vorgegangen wird. Die Gesundheit soll bei der gesamten Bevölkerung gefördert werden, jedoch soll sich die Gesundheit bei den Personen mit einem tieferen sozioökonomischen Status schneller verbessern als bei denen mit einem höheren. Aufgrund der Komplexität und fehlenden Erkenntnissen gestaltet sich dies in der politischen Praxis schwierig.

Konkret kann die Gesundheit durch Prävention und Gesundheitsförderung gesteigert werden. Wie aufgezeigt wurde, fehlt es noch an wissenschaftlichen Nachweisen, wie Prävention und Gesundheitsförderung zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beiträgt – dies sollte nachgeholt werden. Sicherlich erwähnenswert ist, dass sich beim Setting-Ansatz ein positiver Effekt verzeichnen lässt. Es gibt verschiedene Handlungsempfehlungen, was die Prävention und Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Kindern angeht. Beispielsweise wird eine kooperative Zusammenarbeit verschiedener Akteure und Akteurinnen empfohlen, die Politik soll Rahmenbedingungen schaffen, um einen Austausch zu ermöglichen, die Zielgruppe soll beteiligt werden und man soll eine ressourcenorientierte Haltung einnehmen.

5 Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten durch Tagesstrukturen

Nachdem im letzten Kapitel geklärt wurde, wie gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern reduziert werden können, geht es hier um ein spezifisches Setting und inwiefern dieses etwas zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann. Wie in der Ausgangslage begründet, geht es namentlich um das Setting der Tagesstrukturen. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Hauptfragestellung dieser Bachelor-Arbeit:

Inwiefern können Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern im Primarschulalter leisten und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei spielen?

Bevor es in diesem Kapitel konkret um die Beantwortung der Fragestellung geht, werden die Begriffe «schulergänzende Betreuung» und «Tagesstrukturen» definiert. Danach geht es um mögliche Beiträge vom Setting «Tagesstruktur» zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten. Anschliessend wird aufgezeigt, wie Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Setting aussehen und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei spielen könnte. Am Ende des Kapitels wird die Hauptfrage diskutiert und schlussendlich ein Zwischenfazit gezogen.

5.1 Schulergänzende Betreuungsangebote – Tagesstrukturen

Wie Betreuungsangebote für Kinder im Schulalter genannt werden, ist sehr unterschiedlich. Einheitliche Begrifflichkeiten sucht man in der Schweiz vergeblich. Der Verband Kinderbetreuung Schweiz (kibesuisse, ohne Datum), wie auch das BFS (2015) bezeichnen solche Angebote mit den Worten «schulergänzende Kinderbetreuung». Andrea Schultheiss und Susanne Stern (2013) nutzen die Bezeichnung «schulergänzende Betreuungsangebote» (S. 5). Obwohl Marianne Schüpbach (2010, S. 82) diese Begrifflichkeiten nachvollziehbar kritisiert, werden in dieser Bachelor-Arbeit die beiden genannten Bezeichnungen gebraucht, dabei soll das Wort «ergänzend» die Schule nicht negativ bewerten.

Kibesuisse (ohne Datum) schreibt, dass schulergänzende Kinderbetreuung ein pädagogisch geleitetes Betreuungsangebot für Kinder vom Kindergarten bis zum Abschluss der obligatorischen Schule ist. Dabei ergänzt es die Schule, beziehungsweise den Unterricht. Schultheiss und Stern

(2013) erklären, dass es drei Typen von schulergänzenden Betreuungsangeboten gibt, welche je nachdem auch andere Bezeichnungen und Merkmale haben können. Dies sind erstens Horte, welche die Kinder ausserhalb des schulischen Unterrichts professionell betreuen, zweitens Tages- schulen, welche die Schule und die Freizeit zu einer Einheit zusammenfassen und drittens Mit- tagstische, welche den Kindern in der Mittagspause Betreuung und eine Mahlzeit anbieten. Als weiteres Betreuungsangebot werden Tagesfamilien genannt, bei welchen eine Aufteilung in den Vorschul- und Schulbereich jedoch nicht möglich ist (S. 5-6). Kibesuisse (ohne Datum) ergänzt die Angaben zu den Tagesstrukturen und erklärt, dass es modulare Tagesstrukturen gibt, bei welchen die Eltern die Betreuung in einzelnen Betreuungseinheiten (z.B. vor der Schule, nach der Schule, Mittagstisch über den Mittag) buchen können und dass es gebundene Tagesstrukturen gibt, unter welchen Tagesschulen verstanden werden. Das BFS (2015) stellt die Angebote der familien- und schulergänzende Kinderbetreuung folgendermassen dar und bringt sie so in eine Verbindung zueinander:

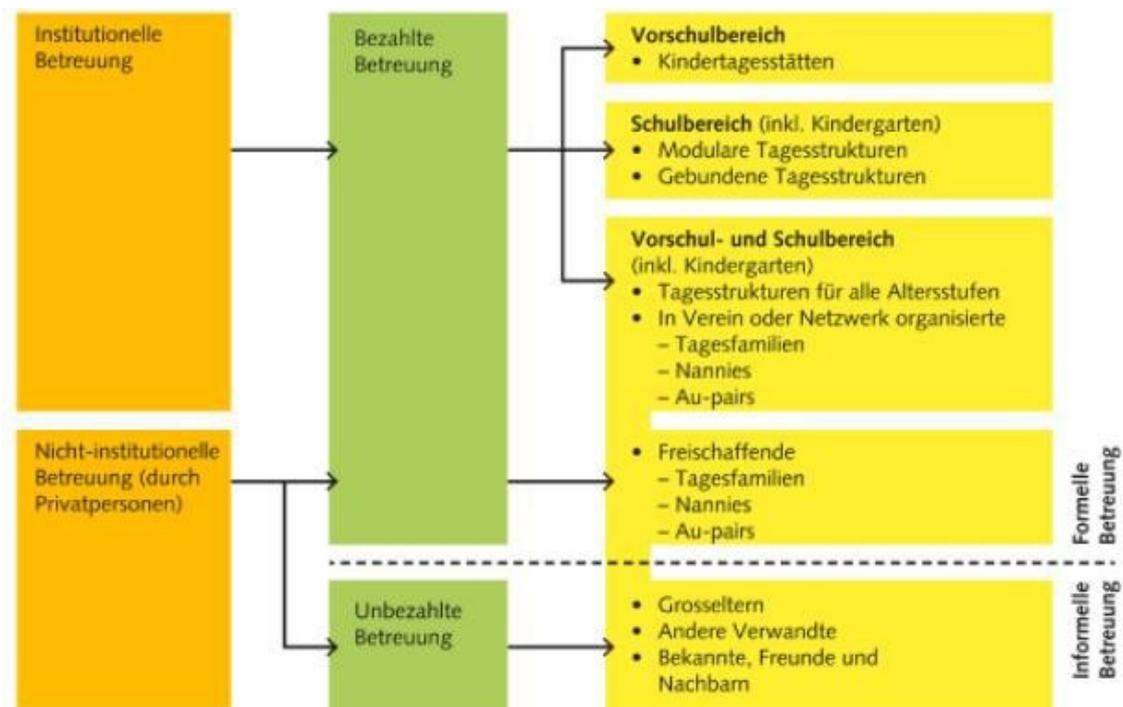


Abbildung 7: Regelmässige Familien- und schulergänzende Kinderbetreuung (BFS, 2015)

Wie aufgezeigt wurde, gibt es viele verschiedene Angebote, welche zur schulergänzenden Betreuung gehören. Diese Bachelor-Arbeit beschränkt sich auf die institutionelle Betreuung in modularen Tagesstrukturen. Auch wenn es nicht ganz korrekt ist, wird im Folgenden auf den Zusatz «modular» verzichtet, es wird einfachheitshalber nur noch von «Tagesstruktur» die Rede sein, gemeint sind aber modulare Tagesstrukturen.

Kinder, welche schulergänzende Betreuungsangebote besuchen, werden von verschiedenen Berufsgruppen betreut. Kibesuisse (2015) schreibt, dass dies einerseits Personen mit pädagogischer,

bzw. anerkannter Ausbildung sind (z.B. Fachpersonen Betreuung, Kindergartenlehrpersonen, Lehrpersonen, Pädagoginnen/Pädagogen, Heilpädagoginnen/Heilpädagogen, Professionelle der Sozialen Arbeit, Psychologinnen/Psychologen...). Andererseits werden Kinder auch von Mitarbeitenden in Ausbildung betreut (S. 6). Ergänzt wird das Betreuungspersonal auch von pädagogischem Assistenzpersonal, Praktikantinnen/Praktikanten und Zivildienstleistenden (kibesuisse, 2017, S. 13). Wie gerade geschrieben, arbeiten in schulergänzenden Betreuungsangeboten auch Professionelle der Sozialen Arbeit, unklar ist jedoch, welche Aufgaben diese dort übernehmen. Deshalb wurde bei Lukas Kleeb nachgefragt, er ist Mitarbeiter beim Verband Kinderbetreuung Schweiz (kibesuisse) und im Fachbereich der schulergänzenden Betreuung tätig (Telefongespräch vom 19. Juni 2017). Er sagte, dass Professionelle der Sozialen Arbeit (tertiär ausgebildete Personen) in Tagesstrukturen meist Führungsaufgaben übernehmen. Dies könne beispielsweise die Leitung einer einzelnen Tagesstruktur sein oder die pädagogische Leitung einer grösseren Institution mit mehreren angeschlossenen Tagesstrukturen. Je nach Institution und Situation arbeiten Professionelle der Sozialen Arbeit zusätzlich noch an der Basis mit, also im pädagogischen Alltag mit den Kindern in Tagesstrukturen.

5.2 Beitrag von Tagesstrukturen zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten

Wie gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern reduziert werden können, wurde im Kapitel 4 dieser Bachelor-Arbeit angeschaut. Hier wird nun versucht, diese Möglichkeiten zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern mit dem Setting «Tagesstrukturen» in Verbindung zu bringen. Überlegungen werden angestellt, wie der Beitrag von Tagesstrukturen aussehen könnte, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

5.2.1 Ansatzpunkte

Um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu reduzieren, kann einerseits bei der sozialen Ungleichheit oder bei den Faktoren und Mechanismen, welche über die soziale Ungleichheit die Gesundheit beeinflussen, angesetzt werden (Richter und Hurrelmann, 2009, S. 28). Wie dies über Tagesstrukturen möglich sein könnte, wird hier näher angeschaut.

Können Tagesstrukturen etwas zur Reduktion sozialer Ungleichheiten beitragen? Indirekt auf alle Fälle. Tagesstrukturen verhelfen Eltern zu einer besseren Vereinbarkeit von Arbeit – beziehungsweise Ausbildung – und Familie. Somit kann die Fremdbetreuung der Kinder in Tagesstrukturen den Familien beispielsweise ermöglichen, dass beide Eltern einer Erwerbsarbeit nachgehen können. Dies hat Auswirkungen auf die Grösse des Einkommens. Tagesstrukturen können den Eltern

auch die Möglichkeit geben, einer Ausbildung nachzugehen, was sich schlussendlich auf die Arbeitsstelle auswirken kann, was wiederum das Einkommen positiv beeinflussen kann. Dies bedingt jedoch, dass Betreuungsplätze in Tagesstrukturen erschwinglich sind. Für die Subvention von solchen Betreuungsplätzen muss sich die Politik einsetzen. Vielleicht können Tagesstrukturen auch auf der Ebene als Arbeitgeber oder -geberin etwas zur Reduktion sozialer Ungleichheiten von Kindern beitragen. Es könnten Arbeitsplätze für wenig qualifizierte Eltern geschaffen werden oder es könnte ein Projekt zur beruflichen Integration von arbeitslosen Eltern initiiert werden. Tagesstrukturen können auch etwas zum Abbau ungleicher Ausgangsbedingungen in der Schule beitragen. Durch Förderung der Kinder in Tagesstrukturen und Unterstützung bei den Hausaufgaben können die Bildungschancen von sozial benachteiligten Kindern verbessert werden. Eine gute Bildung hat wiederum Auswirkungen auf die spätere soziale Lage von Kindern.

Daneben können bei den Faktoren und Mechanismen, welche die Gesundheit über die soziale Ungleichheit beeinflussen, angesetzt werden. Wie kann dies über Tagesstrukturen geschehen? Wie Tagesstrukturen materielle Faktoren beeinflussen können, beispielsweise das Einkommen, wurde bereits erwähnt. In Tagesstrukturen können die Bewältigungsressourcen von Kindern gestärkt werden. Dies hilft ihnen, psychosoziale Belastungen besser bewältigen zu können. Tagesstrukturen können auch soziale Netzwerke und Beziehungen und die Solidarität in der Gesellschaft fördern, beispielsweise durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Stellen oder indem sie ermöglichen, dass über Tagesstrukturen Beziehungen geknüpft werden können. Auch können Tagesstrukturen das Gesundheitsverhalten von Kindern beeinflussen und ihre Gesundheitskompetenzen stärken.

Rolle der Sozialen Arbeit

Ob neue Plätze in Tagesstrukturen geschaffen werden, hängt einerseits sicherlich von der Nachfrage ab, andererseits aber auch von der Finanzierungsfrage. Durch das Bundesgesetz über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung vom 4. Oktober 2002 (SR 861) wird eine solche finanzielle Unterstützung geboten. Bei den Themen Finanzen und Subventionen spielen Professionelle der Sozialen Arbeit wahrscheinlich keine Rolle. Sie können sich jedoch dafür einsetzen, dass neue Tagesstrukturen geschaffen oder bestehende Tagesstrukturen vergrössert werden, wenn eine Nachfrage besteht. Daneben können sich Professionelle der Sozialen Arbeit als Leitungspersonen einer Tagesstruktur für die Anstellung und Mitarbeit von sozial benachteiligten Eltern stark machen. Zudem können Professionelle der Sozialen Arbeit als Leitungspersonen die Tagesstrukturen so konzipieren, dass sozial benachteiligte Kinder adäquate Unterstützung in schulischen Belangen erhalten (z.B. Unterstützung bei den Hausaufgaben, Leseförderung, Sprachförderung...). Professionelle der Sozialen Arbeit in Tagesstrukturen können sich auch für die Förderung von Kindern in ihren Bewältigungsressourcen und ihren Gesundheitskompetenzen

einsetzen. Dies kann beispielsweise durch die Sensibilisierung des Teams bezüglich dieser Thematik oder durch ein gemeinsam erarbeitetes Konzept geschehen. Zudem wurde erwähnt, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig ist, dies soll auch in den Aufgabenbereich der Professionellen der Sozialen Arbeit fallen, sofern diese eine Leitungsposition einnehmen.

5.2.2 Strategien

Laut Richter und Hurrelmann (2009) gibt es drei Strategien, wie man dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit näherkommen kann (vergleiche Kapitel 4). Vorgeschlagen wird ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz, das heisst, dass die Gesundheit der ganzen Gesellschaft gefördert werden soll, jedoch soll sich die Gesundheit von Personen aus einer sozial tieferen Statusgruppe schneller verbessern als bei denen aus einer höheren (S. 27-28). Diese Strategie ist eher auf die ganze Gesellschaft bezogen, doch es wird hier nun versucht, die Strategie auf Tagesstrukturen zu beziehen.

In Tagesstrukturen, in welchen tendenziell mehr Kindern aus Familien mit niedrigen sozioökonomischen Status betreut werden, weil sie sich beispielsweise in einem spezifischen Quartier befindet, soll mehr für die Gesundheitsförderung getan werden als in Tagesstrukturen mit vielen Kindern aus Familien mit höherem sozioökonomischen Status. Leider würden sich dann, je nach Situation, Eltern mit einem höheren sozioökonomischen Status gegen diese ungleiche Förderung wehren.

Rolle der Sozialen Arbeit

Professionelle der Sozialen Arbeit in Tagesstrukturen sollen bezüglich der sozialen Lage der Kinder – beziehungsweise dem Quartier, indem sich die Tagesstruktur befindet – das Ausmass der Gesundheitsförderung ausrichten und anpassen.

5.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung

Versucht man die Empfehlungen aus dem Kapitel 4.3.2 auf Tagesstrukturen zu übertragen, könnte dies beispielsweise heissen, dass bei der Konzeption von gesundheitsfördernden Angeboten die zwölf Good Practice-Kriterien beachtet würden. Zudem müsste überlegt werden, wie man durch Tagesstrukturen wirklich Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status erreichen könnte und wie man mit deren Eltern in Kontakt kommen könnte. Bei der Konzeption von spezifischen Programmen in Tagesstrukturen müssten behindernde Faktoren wie beispielsweise andere Kommunikationsformen bedacht werden. Zudem wäre eine kooperative Zusammenarbeit der Tagesstrukturen mit anderen Instanzen zentral, also beispielsweise mit der Schule, anderen Betreuungsangeboten, Sportvereinen, Ärztinnen und Ärzten und der Kinder- und Jugendhilfe.

Diese allgemeinen Handlungsempfehlungen können auf das Setting der Tagesstruktur übertragen werden. Auf Literatur spezifisch zur Gesundheitsförderung in Kitas und Tagesstrukturen soll im nächsten Kapitel eingegangen werden.

5.3 Prävention und Gesundheitsförderung in Tagesstrukturen

Sucht Schweiz (2012) schreibt, dass Tagesstrukturen einen wichtigen Beitrag zur Herstellung der Chancengleichheit leisten können (S. 4), welche Chancengleichheit damit gemeint ist, wird nicht erwähnt. Antje Richter-Kornweitz hat im Jahre 2015 zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen mit jüngeren Kindern geschrieben, doch lassen sich ihre Aussagen gut auf das Setting der Tagesstrukturen mit älteren Kindern übertragen.

Richter-Kornweitz (2015) schreibt, dass die Förderung der Gesundheit in Kindertagesstätten im Alltag ansetzt. Die Gesundheitsförderung soll einerseits die Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Institution beachten und andererseits ein positives Konzept von Gesundheit weitergeben. Dabei liegt der Fokus nicht nur auf der Entwicklung von gesundheitsfördernden Einstellungen und Verhaltensweisen, sondern auch auf der Herstellung der relevanten Rahmenbedingungen. Das Ziel der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätte liegt darin, eine gesunde Lebenswelt zu erschaffen (Richter-Kornweitz, 2015). Genau so kann die Gesundheitsförderung auch im Alltag von Tagesstrukturen ansetzen und das Ziel verfolgen, die Tagesstruktur zu einer gesunden Lebenswelt zu machen.

Richter-Kornweitz (2015) schreibt, dass es im Grund genommen zwei Möglichkeiten gibt, Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen zu betreiben. Einerseits durch Projekte, welche von aussen her in die Kindertagesstätte getragen werden. Andererseits kann die Kindertagesstätte selbst zum Impulsgeber und Ausgangspunkt von gesundheitsfördernden Aktivitäten werden, indem sie ein gesundheitsförderndes Setting schafft (Richter-Kornweitz, 2015). Auch in Tagesstrukturen gibt es von dem her diese beiden Möglichkeiten: entweder kann die Gesundheitsförderung durch Projekte in einer Tagesstruktur initiiert werden oder durch die Schaffung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt. Dies soll in den nächsten zwei Unterkapiteln näher angeschaut werden.

5.3.1 Projekte in Tagesstrukturen

In Kindertagesstätten gehört laut Richter-Kornweitz (2015) gesundheitsbezogenes Handeln aus den Bereichen der Bewegung, der Hygiene und der Ernährung meist zum Alltag. Dagegen gibt es weitere Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, welche von aussen her in die Kindertagesstätte getragen werden. Dort werden diese gesundheitsfördernden und präventiven

Massnahmen als einzelne, zeitlich abgegrenzte und aufeinanderfolgende Projekte durchgeführt. So wird die Kindertagesstätte ein Ort für gesundheitsfördernde Projekte anderer (Richter-Kornweitz, 2015). Ob ein solches Projekt erfolgreich gelingt, wird nicht nur durch die Qualität der Konzepte oder durch die durchführenden Personen beeinflusst, sondern massgeblich von der Qualität der Rahmenbedingungen der Kindertagesstätte. Dies sind beispielsweise die räumlichen Bedingungen, das Personal und dessen Ressourcen, die Einrichtungsgrösse, die soziale Lage und der Träger. Bevor ein gesundheitsförderndes Projekt in Kindertagesstätten durchgeführt wird, sollten von dem her auf der einen Seite die Rahmenbedingungen analysiert und auf der anderen Seite die Merkmale des Projektes angeschaut werden (Richter-Kornweitz, 2015). Auch Tagesstrukturen bieten eine gute Möglichkeit, gesundheitsfördernde und präventive Projekte anderer durchzuführen oder durchführen zu lassen.

Antje Richter-Kornweitz und Thomas Altgeld (2015) merken an, dass Projekte, welche von aussen in eine Kita herangetragen werden, einen grossen Aufwand mit sich bringen, dazu gehört die Vor- und Nachbereitung. Weil Projekte zeitlich begrenzt sind, gibt es keine Sicherung der Nachhaltigkeit. Auch kann die Wirkung von Projekten verloren gehen, weil nicht mehr dieselben Kinder angesprochen werden, wenn das Projekt wiederholt wird (S. 11).

Rolle der Sozialen Arbeit

Professionelle der Sozialen Arbeit als Leitungspersonen sollen dafür verantwortlich sein, welche Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention in ihrer Tagesstruktur durchgeführt werden. Bei der Auswahl von Projekten müssen Professionelle der Sozialen Arbeit sicherlich die Rahmenbedingungen der Tagesstruktur analysieren, weil das den Erfolg von Projekten beeinflusst. Auch müssen sie die Merkmale des Projektes genau studieren und abwägen, inwiefern dieses Projekt in ihre Institution passt. Bei der Entscheidung für oder gegen ein Projekt müssen Professionelle der Sozialen Arbeit auch den zeitlichen Aufwand zur Vor- und Nachbereitung mitberücksichtigen. Auch sollen sie bei ihrer Entscheidung die Sicherung der Nachhaltigkeit im Auge behalten.

Zwei konkrete Projekte

Es gibt unzählige gesundheitsfördernde und präventive Projekte für sozial benachteiligte Kinder. Die Praxisdatenbank vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit³ publiziert viele solche Projekte. In folgenden Abschnitten werden zwei beispielhafte Projekte kurz vorgestellt, welche Good Practice-Kriterien erfüllen und für die Durchführung in Tagesstrukturen auch geeignet wären.

³ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>

1) Projekt «SiGiKi – Sicher und gesund in der Kita»

Annette Kuhlig (2015) stellt das Projekt «SiGiKi – Sicher und gesund in der Kita» in der Praxisdatenbank vor, in welchem es darum geht, die Umwelt von Kindern sicherer zu gestalten und Kinder zu befähigen, sicherer mit Gefahren im Alltag umzugehen. Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind einer speziellen Gefährdung durch Unfälle ausgesetzt. Kuhlig (2015) beschreibt, dass das Ziel des Projekts SiGiKi darin liegt, die Anzahl Unfälle im Kindesalter zu reduzieren, wobei sich das Projekt auf Unfälle in Kinder-einrichtungen und Unfälle im Heim- und Freizeitbereich fokussiert. Die Konzeption von SiGiKi baut auf dem Wissen zu Unfallursachen, den daraus abgeleiteten Schwerpunkten der Prävention und auf Erfahrungen aus der Praxis von früheren Projekten auf. Das Projekt SiGiKi richtet sich an das erziehende Personal von vier bis sechsjährigen Kindern in Kitas, jedoch lässt sich dieses Konzept bei einer Anpassung der Themen und Methoden auch für ältere Kinder nutzen (Kuhlig, 2015).

Vorgegangen wird bei diesem Projekt laut Kuhlig (2015) so, dass sich SiGiKi direkt an die Träger von Institutionen richtet, welche dann Kitas aussucht und Weiterbildungen für das erziehende Personal organisiert. Das Projekt SiGiKi ist aus zwei Bestandteilen zusammengesetzt. Der erste Bestandteil ist eine Sammlung an Materialien für erziehende Personen, welche alles umfasst, was eine sinnvolle Sicherheitsförderung in einer Kita betrifft. Der zweite Bestandteil ist die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wobei diese ins Projekt und deren Umsetzung eingeführt werden (Kuhlig, 2015). SiGiKi leistet laut Erfahrungsberichten einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit (Kuhlig, 2015). Kuhlig (2015) betont drei Good Practice-Kriterien, welche dieses Projekt erfüllt. Diese sollen hier kurz dargelegt werden:

- Multiplikatorenkonzept: Ausbildung von erziehendem Personal, Einbezug der Eltern, Verbreitung des Projektes
- Innovation und Nachhaltigkeit: neu alle wichtigen Themen rund um die Sicherheit von Kindern an einem Ort gesammelt und daraus ein Gesamtkonzept entwickelt
- Niedrigschwellige Arbeitsweise: Zugang zu erziehendem Personal über Träger, niedrigschwellige Ausbildung und Umsetzung

2) Vorbeugen ist besser als Heilen – Vorbeugen ist billiger als Heilen

Das Projekt «Vorbeugen ist besser als Heilen – Vorbeugen ist billiger als Heilen» wird in der Praxisdatenbank von Gudrun DM Sommer (2015) vorgestellt. Im Projekt geht es um die vernetzte Suchtprävention, es richtet sich an Kinder in Kitas und Schulen im Alter von eins bis zehn Jahren. Der Kernpunkte des neuen Konzepts liegen auf der Vernetzung der Akteurinnen und Akteuren, der langfristigen Arbeit und auf einem frühen Beginn der

Suchtprävention. Dieses neue Konzept baut auf dem Konzept der Gesundheitsförderung der WHO auf, wobei der Fokus auf die Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Selbsthilfe des Individuums gelegt wird. In diesem Projekt steht nicht eine Wissensvermittlung im Vordergrund, sondern eine ganzheitliche Stärkung der Persönlichkeit, wobei die individuelle Lebensumwelt berücksichtigt wird. Durch dieses Projekt sollen Kinder dazu gebracht werden, das Treffen von gesundheitsfördernden Entscheidungen zu übernehmen und so Verantwortung für sich und ihre Umwelt zu tragen (Sommer, 2015).

Das Projekt ist laut Sommer (2015) in zwei Phasen aufgeteilt. In der ersten Phase geht es um die Konzeptentwicklung und um die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Zeitgleich wird ein externes Netzwerk an Expertinnen und Experten aufgebaut, in welchem sich die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auch nach der Ausbildung Unterstützung holen können. In der zweiten Phase geht es um die Umsetzung des Projektes in der Institution mit den Kindern. Die pädagogischen Fachkräfte erhalten eine enge Begleitung durch weitere Fortbildungsveranstaltungen, zudem können sie Supervisionsangebote nutzen. In Kindertagesstätten selbst werden mithilfe des Hasen Kasimirs, welcher das ganze Projekt begleitet, Projekthalte vermittelt. Die Eltern werden ebenfalls miteinbezogen (Sommer, 2015).

Dieses Projekt zeigt laut Sommer (2015) eine gute Praxis oder auf Englisch «good practice» in folgenden Kriterien:

- Partizipation: Institution kann Projekt anpassen, Kinder können sich aktiv beteiligen
- Multiplikatorenkonzept: Ausbildung von pädagogischem Fachpersonal und Einbezug der Eltern
- Setting-Ansatz: Umsetzung im Setting Kita oder Schule, Bedingungen im Setting wurden je nach dem angepasst

Beide Projekte könnten von der Zielgruppe und den Rahmenbedingungen her sicherlich auch in Tagesstrukturen mit Primarschulkindern durchgeführt werden. Bei beiden Projekten wurden von positiven Erfahrungen berichtet (Kuhlig, 2015; Sommer, 2015).

5.3.2 Tagesstrukturen als gesundheitsförderndes Setting

Neben der Funktion als Projektnehmer kann die Kindertagesstätte laut Richter-Kornweitz (2015) auch eine andere Funktion einnehmen. Sie kann selbst zum Impulsgeber und Ausgangspunkt von gesundheitsfördernden Aktivitäten werden. Richter-Kornweitz und Altgeld (2015) schreiben davon, verschiedene Themen mit dem Fokus «Gesundheitsförderung» mit einem Konzept zu verbinden. So werden Projekte zur Gesundheitsförderung nicht einfach aneinandergereiht, sondern

sie können in ihrer Wirkung auf die Entwicklung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen ergänzend und stärkend wirken (S. 11-12). Ziel ist es, einen positiven Veränderungsprozess anzustossen, von welchem die gesamte Einrichtung mit allen Beteiligten profitiert; dazu gehören die Kinder, ihre Eltern und alle Mitarbeitenden (Richter-Kornweitz, 2015).

Wenn es bei der Gesundheitsförderung um die Ebene der Kinder geht, heisst dies laut Richter-Kornweitz (2015), dass zum Beispiel bei der Bewegungsförderung alle Räumlichkeiten genutzt werden oder die Räume und Materialien bewegungsförderlich gestaltet werden. Bei den Mitarbeitenden rückt die betriebliche Gesundheitsförderung ins Zentrum, worauf hier jedoch nicht näher eingegangen wird. Im Bereich der Eltern geht es um die Zusammenarbeit. Es ist wichtig, dass sich diese beteiligen, weil Kinder auch über die Eltern gefördert werden können. Zudem kann es laut Richter-Kornweitz (2015) nachhaltiger sein, wenn der Transfer von Wissen und Kompetenzen von der Kindertagesstätte zur Familie unterstützt wird. Bei der Arbeit mit den Eltern sind die Perspektiven der Partizipation und des Empowerments wichtig, zudem sollte eine vertrauensvolle und offene Kommunikation angestrebt werden, um den Bedarf von Familien zu ermitteln. Das «soziale Umfeld» ist ein weiteres relevantes Handlungsfeld. Dort geht es um die Kooperation und Vernetzung mit anderen Institutionen aus der räumlichen und fachlichen «Nachbarschaft». Dies können beispielsweise die Schule, Kinder- oder Jugendhilfe oder Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich sein. Ein relevantes Ziel im Bereich des sozialen Umfelds ist, Kompetenzen, Erfahrungen und Leistungen auszutauschen (Richter-Kornweitz, 2015). Bei den vier genannten Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung, also bei den Kindern selbst, ihren Eltern, den Mitarbeitenden und dem sozialen Umfeld, können ohne weiteres auch Tagesstrukturen ansetzen. Richter-Kornweitz & Altgeld (2015) stellen die vier Handlungsfelder folgendermassen dar:



Abbildung 8: Vier Handlungsfelder der settingorientierten Gesundheitsförderung in der Kita (Richter-Kornweitz & Altgeld, 2015, S. 13)

Richter-Kornweitz und Altgeld (2015) sind der Meinung, dass es fünf Prinzipien gibt, welche bei der Gesundheitsförderung in Kitas beachtet werden sollen:

- Ganzheitliche Förderung der Gesundheit
- Partizipation aller Beteiligten
- Integration vom Thema Gesundheit in die Konzeption und das Leitbild der Einrichtung
- Zielgerichtetes und systematisches Vorgehen
- Wahrnehmung und besondere Beachtung der Geschlechterdifferenzen in der Gesundheitsförderung (S. 30-31)

Diese genannten Prinzipien sind sicher auch bei der Gesundheitsförderung in Tagesstrukturen zu beachten, da diese nicht vom Alter abhängen.

Sucht Schweiz (2012) wie auch Richter-Kornweitz und Altgeld (2015) bringen konkrete Vorschläge, wie die Gesundheit im praktischen Alltag in Tagesstrukturen beziehungsweise in Kitas gefördert werden kann. Sie zeigen zudem auch gerade auf, wie solche Massnahmen geplant und festgehalten werden könnten. Drei Beispiele werden hier nun aufgeführt.

Mädchen und Jungen

LEITZIEL Bewegung wird gefördert

- TEILZIELE**
- a) Aktive Mitwirkung von Eltern und Kindern, um die Bewegungsförderung in der Kita *und* zu Hause dauerhaft zu verbessern.
 - b) Tägliches angeleitetes Bewegungsangebot findet statt.
 - c) Kooperation mit einem Sportverein.
 - d) Örtliche Gegebenheiten zur Bewegungsförderung werden genutzt.

MÖGLICHE MASSNAHMEN

- Individuelles internes Bewegungskonzept entwickeln (z.B. mittels „Inhouse-Fortbildungen“, d.h. vor Ort mit den Kindern)
- Verborgene und neue Bewegungsräume im Stadtteil entdecken
- Naturräume in der Umgebung nutzen (z.B. Waldtage)
- Raum für Bewegungsbaustelle zur Verfügung stellen
- Bewegungsfreundliche Belebung des Außengeländes
- Vereine stellen ihr Angebot in der Kita vor

VERBÜNDETE

- Vereine
- Krankenkassen
- Ehrenamtliche
- Eltern, Großeltern

ERFOLGSKRITERIEN

- Kinder nutzen die Bewegungsmöglichkeit des Außengeländes
- Kinder nutzen die Bewegungsbaustellen
- Verein gibt Übungsleiterstunden an die Kita ab
- Sportangebot des Vereins in der Kita
- Eltern begleiten Waldtag
- Kooperation mit der Krankenkasse wird erreicht
- Eltern nehmen Angebote an, fragen nach

STOLPERSTEINE

- Hohe Verkehrsdichte in der Umgebung der Kita
- Zu wenig Personal für Ausflüge in die Umgebung
- Organisatorischer Aufwand unterschätzt

Abbildung 9: Bewegungsförderung in Kita (Richter-Kornweitz & Altgeld, 2015, S. 46)

Eltern

LEITZIEL Eltern setzen Gesundheitsförderung zu Hause um

TEILZIELE

- a) Kinder bringen ein gesundes Frühstück mit.
- b) Beteiligung der Eltern an der Gesundheitsförderung im Setting Kita ist gewährleistet.
- c) Eltern und Kinder nehmen Bewegungsangebote gemeinsam wahr bzw. treiben gemeinsam Sport.

MÖGLICHE MASSNAHMEN

- Vereine stellen ihr (Eltern-Kind-)Angebot in der Kita vor
- Infoveranstaltungen wie Elternabend
- Eltern und Kinder nehmen gemeinsam am Sport- und Bewegungsangebot in der Kita teil (z.B. Kinder- und Elternturniere veranstalten)
- Regelmäßige Angebote vorhalten und auch einige mit festlichem Charakter (z.B. mit anschließendem Grillen)
- Bei jeder passenden Gelegenheit Bewegungsspiele für Eltern und Kinder vorstellen, Eltern in die Planung und Durchführung einbeziehen

VERBÜNDETE

- Kinder
- Ältere Geschwister
- Vereine
- Ehrenamtliche
- Presse

ERFOLGSKRITERIEN

- Kita-Kinder kennen viele Spiele
- Anzahl der (regelmäßigen) Teilnehmer/innen

STOLPERSTEINE

- Ohne Unterstützung, z.B. durch Ehrenamtliche oder Sportvereine, wegen des Arbeitsaufwandes kaum regelmäßig durchzuführen

Abbildung 10: Eltern und Gesundheitsförderung in der Kita (Richter-Kornweitz & Altgeld, 2015, S. 46)

Konkrete Massnahmen im Tagesablauf	Ziele	Beispiele für pädagogische Hilfsmittel (genauere Angaben zu den Hilfsmitteln: vgl. Anhang 2)
Nach der Mahlzeit		
Abfallentsorgung und Abräumen: Jede Woche übernimmt ein anderes Kind die Verantwortung an seinem Tisch	Verantwortungsbewusstsein stärken	
Kinder ins Aufräumen, ins Geschirrspülen und -abtrocknen einbeziehen	Fähigkeiten zur Kooperation aufbauen, Verantwortungsbewusstsein stärken	

Abbildung 11: Förderung von psychosozialen Kompetenzen in Tagesstrukturen (Sucht Schweiz, 2012, S. 14)

Rolle der Sozialen Arbeit

Leitende Personen in Tagesstrukturen sind laut Sucht Schweiz (2012) wichtig, wenn es um die Umsetzung des institutionellen und pädagogischen Konzeptes geht. Leitungspersonen tragen die Verantwortung für die allgemeine Ausrichtung der Tagesstruktur. Ausserdem sind Leitungspersonen für die Erarbeitung, die Umsetzung und Evaluation eines Gesundheitsförderungskonzeptes verantwortlich. Damit ein solches Konzept nachhaltig wirkt, ist es wichtig, dass dieses Konzept beispielsweise in den Vereinsstatuten oder dem Konzept der Einrichtung implementiert wird (S. 5). Wichtig ist es, dass ein solches Konzept partizipativ entwickelt und umgesetzt wird. Einbezogen werden können unterschiedliche Menschen, dies hängt von der Tagesstruktur und der Situation dort ab. Beispielsweise sollen Leitungspersonen, pädagogisches Fachpersonal, wenn möglich auch Mitarbeitende aus dem Hauspersonal und Eltern, an der Konzeption mitwirken. Ebenfalls sollten sich Kinder bei der Konzeptentwicklung einbringen können (S. 5-6). Bei dieser ganzen Konzeptentwicklung ist es die Aufgabe der Leitungsperson, zu entscheiden, wann und in welcher Form wer in die Konzeptentwicklung miteinbezogen wird. Weiter sind Leitungspersonen (oder der Vereinsvorstand oder die Steuerungsgruppe) für die Begleitung der Konzeptumsetzung im Alltag zuständig und sollten diese regelmässig evaluieren oder evaluieren lassen (S. 6). Wie gerade gezeigt wurde, haben Leitungspersonen – somit Professionelle der Sozialen Arbeit – viel Verantwortung. Sie prägen die allgemeine Ausrichtung der Tagesstruktur. Professionelle der Sozialen Arbeit sollen sich dessen bewusst sein. Dies kann eine grosse Chance sein, welche es zu nutzen gilt. Zudem sind sie für die Erarbeitung, Umsetzung und Auswertung eines Gesundheitsförderungskonzeptes zuständig. Die Begleitung dieses ganzen Prozesses kann eine Chance sein. In diesem Prozess ist es wichtig, dass sich die Professionellen dafür einsetzen, dass dieses Gesundheitsförderungs-Konzept partizipativ erarbeitet wird.

Sucht Schweiz (2012) erklärt, wie ein Konzept zur Gesundheitsförderung in Tagesstrukturen erarbeitet werden kann. In einem ersten Schritt soll es darum gehen, die Arbeitsgruppe zu definieren und die Rollen der einzelnen Teilnehmenden festzulegen. Bei der Entwicklung des Konzepts sollen zuerst die Ziele für verschiedene Bereiche der Gesundheitsförderung definiert werden (beispielsweise für die Bereiche der Ernährung, der psychosozialen Kompetenzen und der Bewegung) (S. 6). Danach sollen geeignete Massnahmen gewählt werden, welche zur Erreichung des Ziels beitragen. Dies können einerseits strukturelle/umweltbezogene Massnahmen sein. Damit sind beispielsweise die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden, die Arbeitsbedingungen, die Räumlichkeiten und die Einrichtung der Räume gemeint. Daneben können es aber auch erzieherische/betreuerische Massnahmen sein, wobei damit zum Beispiel die Sozialisation und Integration aller Kinder, die Zusammenarbeit mit den Eltern oder spezifische Massnahmen zur Förderung einzelner Kompetenzen gemeint sind (S. 5-6). Während der Konzeptionierung sollen auch nichtbeteiligte Teammitglieder und nicht involvierte Eltern über den Stand des Konzepts informiert werden. Zudem sollte bei der Konzeptionierung die Nachhaltigkeit des Konzepts beachtet

werden und das Gesundheitsförderungskonzept zu festgelegten Zeitpunkten ausgewertet werden (S. 6). Bei diesem ganzen Prozess haben Professionelle der Sozialen Arbeit als Leitungspersonen eine führende Funktion inne, sie sind für den systematischen Prozess der ganzen Konzeptentwicklung zuständig.

Antje Richter-Kornweitz und Thomas Altgeld (2015) haben eine Checkliste erarbeitet, wie die «Qualität» einer Setting-orientierten Gesundheitsförderung in einer Kita aussehen könnte (S. 36). Die Schritte entsprechen mehr oder weniger den Schritten, welche Sucht Schweiz (2012) für die Entwicklung eines Gesundheitsförderungskonzepts in einer Tagesstruktur vorgeschlagen hat. Die Checkliste sieht folgendermassen aus:



Abbildung 12: Checkliste - "Qualität" für eine settingorientierte Gesundheitsförderung (Richter-Kornweitz & Altgeld, 2015, S. 36)

Laut Richter-Kornweitz und Altgeld (2015) ist die Orientierung an den Good Practice-Kriterien zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen am weitesten verbreitet, wenn es um die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung geht (S. 40). Eine Mitverantwortung, dass diese Good Practice-Kriterien bei der Gesundheitsförderung in Tagesstrukturen beachtet werden, liegt sicherlich auch bei den Professionellen der Sozialen Arbeit. Sie sollten diese im ganzen Prozess zur Konzeptentwicklung im Hinterkopf behalten, ins Team einbringen und versuchen, möglichst viele dieser Kriterien zu beachten. Richter-Kornweitz und Altgeld (2015) haben zudem über fünf Prinzipien geschrieben, welche es bei der Gesundheitsförderung zu beachten gilt (S. 30-31). Diese Prinzipien sollen beachtet werden und im Team ebenfalls bekannt sein. Dies gehört sicher auch zu den Aufgaben von Professionellen der Sozialen Arbeit. Namentlich geht es darum, dass die Gesundheit ganzheitlich gefördert wird, eine partizipative Beteiligung stattfindet, das Thema Gesundheit in die Konzeption und das Leitbild integriert, zielgerichtet und systematisch vorgegangen wird und Geschlechterdifferenzen beachtet werden (Richter-Kornweitz & Altgeld, 2015, S. 30-31).

5.4 Diskussion der Hauptfrage

Hier soll es nun darum gehen, die Hauptfrage dieser Bachelor-Arbeit zu diskutieren. Es geht um die Frage «Inwiefern können Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern im Primarschulalter leisten und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei spielen?» Dabei soll es hier um den ersten Teil der Hauptfrage gehen. Der zweite Teil der Frage, also welche Rolle die Soziale Arbeit bei dem Ganzen spielen könnte, wurde bereits in diversen Abschnitten in diesem Kapitel angeschaut.

Nun jedoch zum ersten Teil der Hauptfrage. Die Erkenntnisse aus den Kapiteln 5.2 und 5.3 sprechen dafür, dass Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten leisten können. Wird noch etwas weiter überlegt, kommt man zu zusätzlichen Argumenten und Gedanken, welche dafürsprechen, dass Tagesstrukturen etwas zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können. Tagesstrukturen haben im Gegensatz zu Schulen keinen Lehrplan, an welchen sie sich halten müssen. Da Tagesstrukturen in ihrer Gestaltung relativ frei sind, haben sie beispielsweise die Möglichkeit und die Zeit dafür, vermehrt Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben. Der aargauische Lehrerinnen- und Lehrer-Verband (2003) erwähnt ein weiteres Argument. Er schreibt, dass viele Kinder durch den Tag mangelhaft oder gar nicht betreut werden, Tendenz steigend. Dies hat oft die Folge, dass bei diesen Kindern eine gesunde Ernährung nicht gesichert ist (S. 5). Dies geschieht meist jedoch nicht aus einem fehlenden Interesse von Eltern an ihren Kindern. Eher geschieht dies aus einer sozialen Notlage heraus, beispielsweise, weil das Einkommen nicht ausreicht oder die Familie von einer Scheidung betroffen

ist (S. 11). Eine ungesunde Ernährung hat wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit. Tagesstrukturen, welche Mittagessen anbieten, können somit einerseits für eine gesunde Ernährung sorgen und andererseits eine durchgehende Betreuung anbieten. Beides kann schlussendlich dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Ob Tagesstrukturen wirklich Kinder erreichen können, welche am meisten von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen sind, muss diskutiert werden. Da die meisten Tagesstrukturen subventioniert werden und die Tarife an die finanzielle Situation einer Familie angepasst werden, können sich auch Familien mit einem tiefen sozioökonomischen Status einen Betreuungsplatz in einer Tagesstruktur leisten. Somit können durch Tagesstrukturen auch Kinder, welche gesundheitlich benachteiligt sind, erreicht werden. Die Frage stellt sich jedoch, ob es auch Familien gibt, welche es sich trotzdem nicht leisten können, ihre Kinder in Tagesstrukturen betreuen zu lassen. Denn so hätte man durch Tagesstrukturen gar keinen Zugang zu solchen Kindern, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Der aargauischer Lehrerinnen- und Lehrer-Verband alv (2003) schreibt über die investierten Gelder in Tagesstrukturen. Schaut man sich die Studie der Stadt Zürich vom Jahre 2001 «Kindertagesstätten zahlen sich aus» an, wird deutlich, dass sich staatliche Investitionen in Tagesstrukturen lohnen. Mit jedem Franken, welcher der Staat in Tagesstrukturen investiert, fliessen zwischen 1.60 bis 1.70 Franken durch höhere Steuereinnahmen wieder zurück, weil beide Eltern einer Arbeit nachgehen können. Zudem können aufgrund von Tagesstrukturen soziale Folgekosten eingespart werden (S. 10). Damit ist beispielsweise gemeint, dass Familien finanziell weniger unterstützt werden müssen, weil durch Tagesstrukturen beide Elternteile einer Arbeit nachgehen können. Auf die Zeit gesehen belasten zudem Kinder, welche infolge Tagesstrukturen gebildet und gesünder ernährt sind, den Staat weniger. Rechnet man diese sozialen Folgekosten ebenfalls ein, kommt eine deutlich höhere Zahl heraus: pro investierten Franken in Tagesstrukturen können drei bis vier Franken eingespart werden (S. 10). Betrachtet man diese Zahlen, lohnt es sich für den Staat auf alle Fälle, in Tagesstrukturen zu investieren. Je nach dem müsste überlegt werden, diese so zu subventionieren, dass sich wirklich alle Familien ein solches Angebot für ihre Kinder leisten können. So hätte man auch Zugang zu Kindern mit der grössten gesundheitlichen Benachteiligung.

Fremdbetreuung von Kindern durch Kitas oder Tagesstrukturen ist ein Thema, das immer wieder kritisch diskutiert wird. Schadet eine Fremdbetreuung den Kindern? Oder ist Fremdbetreuung für die kindliche Entwicklung gar hilfreich? Vor allem zur Fremdbetreuung von Kleinkindern gibt es viele kritische Stimmen. Diese Debatte soll hier nun aber kein Thema sein. Argumente für oder gegen Fremdbetreuung von Kindern im Primarschulalter lassen sich in der Literatur kaum finden. Gegen eine Fremdbetreuung könnte sprechen, dass die Kinder je nach Tagesstruktur viele wechselnde Betreuungspersonen haben. Auch dagegen könnte argumentiert werden, dass Kinder we-

niger Möglichkeiten zum Rückzug haben. Dafür haben Kinder in Tagesstrukturen viele Möglichkeiten, sich mit Gleichaltrigen zu beschäftigen und so in der Gruppe ihre Sozialkompetenzen zu entwickeln, was sie zuhause vielleicht weniger könnten. Ein abschliessendes Fazit zum Thema Fremdbetreuung kann nicht gezogen werden. Es kommt natürlich auf die Situation in der Tagesstruktur, die Organisation, die Qualität der Tagesstruktur und die Mitarbeitenden an. Zudem spielt auch die Situation in der Familie eine Rolle. Haben es Kinder zuhause eher schwierig, kann eine Tagesstruktur eine solche Situation entlasten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Tagesstrukturen auf verschiedene Arten einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten leisten können. Ob Kinder, welche am meisten von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen sind, über Tagesstrukturen erreicht werden können, ist unklar. Für den Staat würde es sich aber finanziell lohnen, in Tagesstrukturen zu investieren. Dadurch könnten sich mehr Familien einen Betreuungsplatz in einer Tagesstruktur leisten. Es muss noch erwähnt werden, dass diese ganze Argumentation auf einer theoretischen Ebene stattgefunden hat. Um herauszufinden, ob diese Schlüsse in der Praxis auch stimmen, müssten wissenschaftliche Untersuchungen gemacht werden. Auch muss gesagt werden, dass Tagesstrukturen alleine sicherlich nicht ausreichen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, dazu braucht es ein Zusammenspiel verschiedenster Akteure und unterschiedlichster Bereiche der Politik.

5.5 Zwischenfazit

Schaut man sich das ganze Kapitel 5 an, wird deutlich, dass Tagesstrukturen grosse Chancen bieten, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Einerseits verbessern sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, was Auswirkungen auf das Einkommen der Familie hat, dies kann wiederum etwas zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen. Zudem bietet das Setting der Tagesstruktur viele Möglichkeiten, durch die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt oder einzelner Projekte, die Gesundheit von Kindern positiv zu beeinflussen und somit etwas zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit beizutragen. Daneben zeigt dieses Kapitel weitere Möglichkeiten auf, wie Tagesstrukturen etwas zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können.

Diese Chancen, welche Tagesstrukturen besitzen, gilt es jedoch zu nutzen. Das hängt massgeblich von Professionellen der Sozialen Arbeit ab, welche in Tagesstrukturen oft Leitungspositionen innehaben. Wichtig ist, dass sie das Thema Gesundheitsförderung konzeptionell in ihrer Institution verankern. Dieses Konzept sollen sie partizipativ erarbeiten und möglichst viele Beteiligte miteinbeziehen. Wichtig ist, dass Professionelle der Sozialen Arbeit sich dafür einsetzen, dass dabei systematisch und zielgerichtet vorgegangen wird. Auch eine aktive Zusammenarbeit mit

den Eltern ist wichtig. Zudem sollen sich Professionelle der Sozialen Arbeit für eine Vernetzung mit anderen Institutionen aus der Lebenswelt der Kinder investieren. In der Arbeit ist es wichtig, dass sie das Team für das Thema gesundheitliche Ungleichheit sensibilisieren und dieses Thema und was damit zusammenhängt, immer wieder ins Team einbringen. Aus- und Weiterbildungen zu diesen Themen sollen für das Team ermöglicht werden. Dabei sollen Professionelle der Sozialen Arbeit die Good Practice-Kriterien der sozialbezogenen Gesundheitsförderung nicht vergessen. Daneben ist jedoch die Qualität des gesamten Betreuungsangebotes nicht ausser Acht zu lassen. Es lohnt sich, dass Professionelle der Sozialen Arbeit sich für eine hohe Qualität des Betreuungsangebotes einsetzen.

Zusammenfassend gesagt gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten leisten können. Doch leider fehlen Studien, welche aufzeigen, ob dieses Setting tatsächlich etwas zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann. Um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern nachhaltig zu reduzieren, braucht es jedoch mehr als dieses eine Setting. Dazu ist ein Zusammenspiel verschiedenster Akteure und Bereiche der Politik nötig.

6 Fazit der Bachelor-Arbeit

Zuerst wird auf die Fragestellungen aus der Einleitung Bezug genommen und diese werden zusammenfassend beantwortet. Danach wird der Praxisbezug hergestellt. Diese Bachelor-Arbeit schliesst mit einem Ausblick auf weiterführende Fragen, beziehungsweise Themen aus diesem Gebiet.

6.1 Beantwortung der Fragestellungen

Diese Bachelor-Arbeit geht der Frage nach, inwiefern Tagesstrukturen einen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern im Primarschulalter leisten können und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei spielen kann. Die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Bachelor-Arbeit werden hier zusammengefasst. Den zweiten Teil der Hauptfrage (...und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei spielen?) wird in diesem Unterkapitel ausgeklammert. Darauf wird im Kapitel 6.2 (Praxisbezug) eingegangen. Um die Hauptfrage zu beantworten, werden zuerst – wie in der Bachelor-Arbeit – einige Erkenntnisse bezüglich gesundheitlichen Ungleichheiten bei Kindern allgemein zusammengeführt.

Es ist leider eine Tatsache, dass gesundheitliche Ungleichheiten bereits bei Kindern im Primarschulalter vorhanden sind. Kurz gesagt geht es bei der gesundheitlichen Ungleichheit um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit (Bildung, Beruf und Einkommen) und der Gesundheit. Tatsache ist, dass Kinder, welche aus Familien mit einem tiefen sozioökonomischen Status kommen, ein grösseres Sterberisiko besitzen und häufiger erkranken.

Warum gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern bestehen, ist schwierig zu erklären. Es gibt erst wenige Forschungsergebnisse zu den Ursachen und zudem entstehen gesundheitliche Ungleichheiten durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedenster Faktoren und Mechanismen. Heute werden hauptsächlich vier Ansätze herangezogen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu erklären: den materiellen, den verhaltensbezogenen, den psychosozialen Ansatz und die Lebenslaufperspektive. Daneben gibt es etliche Erklärungsmodelle, welche verschiedene Ansätze miteinander verbinden und in einen Zusammenhang bringen. Ein mögliches Erklärungsmodell ist das Modell von Lampert und Schenk aus dem Jahre 2004, welches eine gute Hilfestellung bietet, gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu erklären.

Die Frage, wie gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu reduzieren sind, ist nicht abschliessend beantwortbar. Es fehlt auch dort an wissenschaftlichen Evaluationen. Um gesundheitliche

Ungleichheiten bei Kindern zu reduzieren, können einerseits soziale Ungleichheiten vermindert werden und andererseits kann bei den Faktoren und Mechanismen angesetzt werden, welche über die soziale Ungleichheit die Gesundheit beeinflussen (zum Beispiel materielle Faktoren, psychosoziale Belastungen und das Gesundheitsverhalten). Um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, sollte an beiden Ansatzpunkten etwas getan werden. Schlussfolgernd ist zu sagen, dass es für eine nachhaltige Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten den Willen und Einsatz verschiedenster Bereiche der Politik braucht. Von der Strategie her sollte bei der gesamten Gesellschaft angesetzt werden, um das soziale Gefälle in der Gesundheit zu verkleinern. Die Gesundheit sollte bei allen Menschen gefördert werden, jedoch soll sich die Gesundheit bei Kindern aus Familien mit einem tieferen sozioökonomischen Status schneller verbessern als bei denen mit einem höheren. Konkreter gesehen kann die Gesundheit durch Prävention und Gesundheitsförderung vergrößert werden. Es lässt sich sagen, dass der Setting-Ansatz auf einen positiven Effekt hindeutet.

Durch das Zusammenführen der Erkenntnisse zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern und dem Setting der Tagesstrukturen wird deutlich, dass Tagesstrukturen grosse Chancen bieten, um etwas zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern beizutragen. Auf der einen Seite können sie durch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Ausbildung das Einkommen einer Familie vergrößern, was schlussendlich zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten führen kann. Auf der anderen Seite besitzt das Setting der Tagesstrukturen viele Möglichkeiten, durch die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt die Gesundheit von Kindern zu verbessern und so etwas zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Daneben zeigt diese Bachelor-Arbeit weitere Möglichkeiten auf, wie Tagesstrukturen etwas zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern beitragen können. Inwiefern eine einzelne Tagesstruktur schlussendlich etwas zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten beiträgt, hängt von den Leitungspersonen ab, also von den Professionellen der Sozialen Arbeit. Was sie als Leitungspersonen in Tagesstrukturen zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen können, wird im Kapitel 6.2 (Berufsrelevanz) aufgezeigt.

Schaut man nun auf die Hauptfragestellung dieser Bachelor-Arbeit und die untergeordneten Fragen zurück, lässt sich sagen, dass einige hilfreiche Antworten gefunden werden konnten. Oft fehlt es leider noch an wissenschaftlichen Erkenntnissen, so dass die Fragen nicht abschliessend beantwortet werden konnten. Es konnte aufgezeigt werden, dass Tagesstrukturen grosse Chancen besitzen, etwas zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beizutragen. Diese Chancen gilt es zu nutzen. Tagesstrukturen alleine reichen sicherlich nicht aus, um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern nachhaltig zu reduzieren. Dazu braucht es ein Zusammenspiel verschiedenster Akteure und das aktive Handeln diverser Politikbereiche. Es kann gehofft werden, dass das

Thema der gesundheitlichen Chancengleichheit zu einem politischen und gesellschaftlichen Ziel wird, bei welchem sich viele verschiedene Instanzen für deren Erreichung engagieren.

6.2 Praxisbezug

Wie in der Einleitung mit dem Berufskodex von AvenirSocial gezeigt wird, soll sich die Profession der Sozialen Arbeit für die Gesundheit der einzelnen Menschen und für die soziale Gerechtigkeit einsetzen. Soziale Ungleichheiten sind eng mit den gesundheitlichen Ungleichheiten verknüpft. Aus diesem Grund soll sich die Soziale Arbeit auch für die gesundheitliche Chancengleichheit stark machen. In dieser Bachelor-Arbeit wurde angeschaut, wie dies im Setting der Tagesstrukturen möglich ist und was die Rolle der Professionellen der Sozialen Arbeit sein könnte. Hier geht es nun um den zweiten Teil der Hauptfrage (...und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei spielen?). Die Erkenntnisse dazu werden hier nochmals zusammengeführt.

Tagesstrukturen bieten verschiedenste Chancen, etwas zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern zu tun. Diese Chancen müssen aber auch genutzt werden. Ob und wie dies getan wird, hängt massgeblich von Professionellen der Sozialen Arbeit ab, welche in Tagesstrukturen oft eine leitende Position einnehmen. Der Alltag in Tagesstrukturen bietet viele Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung, das ganze Setting kann gesundheitsfördernd gestaltet werden. Wichtig ist dabei, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit dafür einsetzen, dass das Thema Gesundheitsförderung konzeptionell in ihrer Institution festgehalten wird. Bei der Konzeptentwicklung sollen sich Professionelle der Sozialen Arbeit darauf achten, dass dieses Konzept partizipativ erarbeitet wird und möglichst viele Beteiligte bei dem Prozess miteinbezogen werden. Dabei sollen Professionelle der Sozialen Arbeit schauen, dass der ganze Prozess zielgerichtet und systematisch vor sich geht und die gesteckten Ziele im Konzept immer wieder evaluiert werden. Bei der Konzeptentwicklung sollen sich Professionelle der Sozialen Arbeit darüber im Klaren sein, mit welchen Kindern sie es zu tun haben, beziehungsweise mit welchen Kindern sie es im Wohnquartier zu tun haben könnten. Daran sollen sie ihr Konzept anpassen. Beim Thema Gesundheitsförderung und der Konzeptentwicklung in Tagesstrukturen sollen Professionelle der Sozialen Arbeit zudem die Good Practice-Kriterien der sozialbezogenen Gesundheitsförderung im Hinterkopf behalten und diese immer wieder ins Team einbringen. Sollen Präventionsprojekte oder Projekte der Gesundheitsförderung in Tagesstrukturen durchgeführt werden, sollen die Professionellen der Sozialen Arbeit diese als Leitungspersonen gut prüfen, bevor sie sich dafür entscheiden.

Professionelle der Sozialen Arbeit haben einen grossen Einfluss auf die «Kultur» in ihrer Tagesstruktur. Sie sollen sich für eine aktive Zusammenarbeit mit den Eltern einsetzen und Zeit in die Vernetzung mit anderen Institutionen, welche mit den Kindern zu tun haben, investieren. Zudem

sollen sich Professionelle der Sozialen Arbeit dafür einsetzen, dass sozial benachteiligte Kinder adäquat in schulischen Belangen gefördert und unterstützt werden, um etwas für die Bildungschancengleichheit zu tun.

In der Zusammenarbeit im Team ist es wichtig, dass Professionelle der Sozialen Arbeit die anderen Teammitglieder für den Themenbereich der gesundheitlichen Ungleichheit sensibilisieren. Dazu sollen den Teammitgliedern auch Aus- und Weiterbildungen in diesem Bereich ermöglicht werden. Zudem können Professionelle der Sozialen Arbeit als Leitungspersonen auch als Arbeitgeber etwas zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen, indem sie beispielsweise sozial benachteiligte Eltern als Mitarbeitende in der Tagesstruktur anstellen.

Da Tagesstrukturen grosse Chancen bieten, sollen sich Professionelle der Sozialen Arbeit auch dafür einsetzen, dass neue Tagesstrukturen entstehen und die Angebote in bestehenden Tagesstrukturen vergrössert werden.

Es zeigt sich hier, dass Professionelle der Sozialen Arbeit als Leitungspersonen einer Tagesstruktur einen grossen Einfluss auf die Arbeit und das Wirken in Tagesstrukturen haben. Zudem hängt auch viel von ihnen ab, ob die Chancen, welche Tagesstrukturen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bieten, genutzt werden. Wichtig ist, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit dessen bewusst sind und ihre Rolle und ihre Arbeit in Tagesstrukturen immer wieder kritisch reflektieren.

6.3 Ausblick

Gewisse Fragen im Themenbereich der gesundheitlichen Ungleichheiten bei Kindern konnten beantwortet werden, auch einige Erkenntnisse entstanden. Doch bleiben auch Fragen offen. Dieses Kapitel soll nun den Blick über den Rand dieser Bachelor-Arbeit richten und offene Fragen und Themen aufgreifen, welche in künftigen Bachelor-Arbeiten oder sonstigen Arbeiten angeschaut werden könnten.

Zu Beginn dieser Bachelor-Arbeit fiel schnell auf, dass kaum Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern in der Schweiz vorhanden sind. Vereinzelt findet man kleine Stichproben aus einzelnen Kantonen. Es wäre sehr spannend, wenn gesamtschweizerisch solche Daten erhoben werden, so dass auch klare Aussagen zum Ausmass gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern in der Schweiz gemacht werden könnten. Solche Daten könnten je nach dem auch auf spezifische Ansatzpunkte aufmerksam machen.

Um gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern zu vermindern und zu wissen, wo angesetzt werden könnte, wäre es hilfreich zu wissen, welche Ursachen dahinterstecken. Zwar gibt es diverse

Erklärungsansätze und Modelle, doch erst wenig Hinweise spezifisch bezogen auf das Kindesalter. Aus diesem Grund sollten sich zukünftige Forschungsarbeiten damit auseinandersetzen.

Wie Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung oder der Setting-Ansatz auf die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern wirken, ist bis jetzt kaum evaluiert worden. Um zukünftige Massnahmen zu konzipieren wäre es sinnvoll, wenn es Studien geben würde, welche sich mit der Wirksamkeit bestehender Interventionen auseinandersetzen.

Nicht zuletzt sind alle Überlegungen bezüglich des Beitrages von Tagesstrukturen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern am Schreibtisch geschehen. Sehr spannend wäre es zu wissen, wie dies in der Praxis tatsächlich aussieht und wie Tagesstrukturen die gesundheitliche Ungleichheit in der Tat aktiv beeinflussen. Dies wäre auf alle Fälle eine interessante Untersuchung.

Des Weiteren gibt es viele spannende Themen im Bereich der gesundheitlichen Ungleichheiten, welche in zukünftigen Bachelor-Arbeiten angeschaut werden könnten. Es könnten andere Settings oder andere Altersspannen betrachtet werden. Auch die Einflussnahme der Politik auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten wäre ein spannendes Thema. Sicherlich gibt es in diesem Themenfeld noch viele weitere interessante Fragestellungen, welchen nachgegangen werden könnte.

7 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aargauischer Lehrerinnen- und Lehrer-Verband [alv]. (2003). *EXTRABLATT. Tagesstrukturen. Eine gesellschafts- und bildungspolitische Notwendigkeit*. Gefunden unter <http://www.kinderundeltern.ch/cms/upload/pdf/Argumente/tagesstruktur.pdf>
- Altgeld, Thomas & Kolip, Petra (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 45-56). Bern: Verlag Hans-Huber.
- Altgeld, Thomas (2008). Gesundheitsfördernde Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten. In Ulrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer & Matthias Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determination und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 511-529). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Altgeld, Thomas (2009). Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. aktualisierte Aufl., S. 405-421). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenir Social.
- Bräunling, Stefan (2012). *Gemeinsam handeln. Eckpunkte zur Qualität der Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen*. Gefunden unter <http://docplayer.org/docs-images/24/3586655/images/3-0.png>
- Bundesamt für Sozialversicherung [BSV]. (2017). *Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung: Bilanz nach vierzehn Jahren (Stand 1. Februar 2017)*. Gefunden unter https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/familie/andere/Bilanzen%20Anstossfinanzierung/Bilanz_nach_14_Jahren2017.pdf.download.pdf/14%20Jahre%20BG_d.pdf
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2015). *Regelmässige familien- und schulergänzende Kinderbetreuung (Schema)*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien/familienergaenzende-kinderbetreuung.assetdetail.280682.html>

- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2016). *Perinatale, Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate 1) seit 1969*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/212259/master>
- Bundesgesetz über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung vom 4. Oktober 2002 (SR 861).
- Duden (2016a). *Morbidität, die*. Gefunden unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Morbiditaet>
- Duden (2016b). *Mortalität, die*. Gefunden unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Mortalitaet>
- Graham, Hilary (2008). Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen. In Ulrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer & Matthias Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determination und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 455-479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, Hans Günther & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hurrelmann, Klaus & Franzkowiak, Peter (2011). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausgabe, S. 100-105). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 13-23). Bern: Verlag Hans-Huber.
- Jungbauer-Gans, Monika & Kriwy, Peter (2004). Ungleichheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In Monika Jungbauer-Gans & Peter Kriwy (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (1. Aufl., S. 9-23). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GMBH.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2017). *Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. Gefunden unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien/>

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2017). *Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit* (2. Aufl.). Gefunden unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9>
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (ohne Datum). *Handlungsempfehlungen des Kooperationsverbundes zur Stärkung von Kindern in belasteten Lebenslagen*. Gefunden unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess/handlungsempfehlungen/>
- Kuhlig, Annette (2015). *Sicher und gesund in der Kita – Sigiki*. Gefunden unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/sigiki/>
- Lampert, Thomas & Richter, Matthias (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. aktualisierte Aufl., S. 209-230). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, Thomas & Schenk, Liliane (2004). Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. Konzeptionelle und analytische Zugänge des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In Monika Jungbauer-Gans & Peter Kriwy (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (1. Aufl., S. 57-84). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GMBH.
- Lampert, Thomas; Mensink, Gert BM; Hölling, Heike & Kurth, Bärbel-Maria (2008). Der Kinder- und Jugendgesundheits survey des Robert-Koch-Instituts als Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In Horst Hackauf & Monika Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmassnahmen* (1. Aufl., S. 15-39). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leppin, Anja (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 35-44). Bern: Verlag Hans-Huber.
- Mielck, Andreas (2011). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausgabe, S. 510-515). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2008). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Aktuelle Befunde und Erklärungsansätze. *Public Health Forum*, 2008 (59), 21-23.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. aktualisierte Aufl., S. 13-33). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter-Kornweitz, Antje & Altgeld, Thomas (2015). *Gesunde Kita für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte* (3. Aufl.). Gefunden unter http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Leitfaden_Gesunde_Kita_fuer_alle_web.pdf
- Richter-Kornweitz, Antje (2015). *Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen*. Gefunden unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-kindertageseinrichtungen/?cookietest=1>
- Rosenbrock, Rolf & Kümpers, Susanne (2009). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. aktualisierte Aufl., S. 385-403). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rudie (ohne Datum). *Kinder, Freundschaft, Ausmalbild*. Gefunden unter https://www.google.ch/search?q=kinder+freundschaft&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwja1sjKgaDVAhVF7xQKHYYgAAsYQ_AUIBigB&biw=1459&bih=812#tbm=isch&q=streichm%C3%A4nnchen+kinder&imgc=SejCkjh5uBmqGM:&spf=1500833797755
- Schnabel, Peter-Ernst (2008). Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. Ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung – Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In Ulrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer & Matthias Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determination und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 480-510). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Schultheiss, Andrea & Stern, Susanne (2013). *Familienergänzende Kinderbetreuung im Schulbereich (inkl. Kindergarten oder eine Form der Eingangsstufe). Stand in den Kantonen. Schlussbericht*. Gefunden unter http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/harmos/infras_bericht_d.pdf
- Schüpbach, Marianne (2010). *Ganztägige Bildung und Betreuung im Primarschulalter. Qualität und Wirksamkeit verschiedener Schulformen im Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur (2016). *Primarstufe*. Gefunden unter <https://bildungssystem.educa.ch/de/primarstufe-30>
- Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren [EDK]. (2007). *Interkantonale Vereinbarung über die Harmonisierung der obligatorischen Schule (HarmoS-Konkordat) vom 14. Juni 2007*. Gefunden unter http://edudoc.ch/record/24711/files/HarmoS_d.pdf
- Sommer, Gudrun DM (2015). *Vorbeugen ist besser als Heilen – Vorbeugen ist billiger als Heilen*. Gefunden unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/vorbeugen-eisenhuettenstadt/>
- Sting, Stephan & Zurhorst, Günter (2000). Einführung: Gesundheit – ein Kernthema Sozialer Arbeit? In Stephan Sting und Günter Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (S. 7-11). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Sucht Schweiz (2012). *Gesundheitsförderung in Tagesstrukturen für 4- bis 12-jährige Kinder. Informationen für Leitende und Betreuende*. Gefunden unter http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb_und_unterricht/fuehrung_und_organisation/tagesstrukturen/materialien_betreuungsangebote/_jcr_content/contentPar/download-list_2/downloaditems/109_1381932219791.spooler.download.1381926775563.pdf/leitfaden_tagesstrukturen_2012_02_23.pdf
- Verband Kinderbetreuung Schweiz [kibesuisse]. (2015). *Positionspapier zur Berufsbildung*. Gefunden unter https://www.kibesuisse.ch/fileadmin/Dateiablage/kibesuisse_Publikationen_Deutsch/20150826Ausgabe_kibesuisse_Positionspapier_zur_Berufsbildung.pdf
- Verband Kinderbetreuung Schweiz [kibesuisse]. (2017). *Richtlinien für Tagesstrukturen zur Betreuung von Kindern im Kindergarten- und Primarschulalter*. Gefunden unter https://www.kibesuisse.ch/fileadmin/Dateiablage/kibesuisse_Publikationen_Deutsch/170426_Richtlinien-Tagesstrukturen-DE.pdf

- Verband Kinderbetreuung Schweiz [kibesuisse]. (ohne Datum). *Die Betreuung in einem schuler-
gänzenden Angebot*. Gefunden unter <https://www.kibesuisse.ch/kinderbetreuung/fuer-el-tern/schulergaenzende-betreuung/>
- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 (SR 0.810.1).
- Villiger, Simone & Knöpfel, Carlo (2009). *Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhält-
nisse die Gesundheit prägen*. Luzern: Caritas-Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Gefun-
den unter [http://www.euro.who.int/
data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)
- Weyers, Simone & Richter, Matthias (2010). Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten. In
Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch. Prävention und
Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 382-390).
Bern: Verlag Hans-Huber.