

„Gesund aufwachsen“ – verspielt Deutschland seine Ressourcen?

Unsere Gesundheitspolitiker behaupten gerne und oft, Deutschland hätte „eines der besten Gesundheitssysteme der Welt“. Aber was heißt das, und wie kann das belegt und überprüft werden? Kann man das überhaupt überprüfen und gibt es für die Gesundheit einer Gesellschaft Indikatoren? Was macht überhaupt eine gute Gesundheit aus? Sind es Kenngrößen wie Säuglingssterblichkeit, Durchimpfungsrate, die Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote oder die Lebenserwartung der Bevölkerung?



Bernhard Stier

Wichtiger als die Beantwortung dieser Fragen anhand der doch sehr willkürlich gewählten Parameter, ist es auf die gesundheitsbeeinflussenden Faktoren einzugehen. Dabei ergeben sich zahlreiche Interaktionen mit den soziodemografischen Bedingungen, dem Bildungsstand, den kulturellen und auch den geschlechtsspezifischen Besonderheiten. Hierin spiegeln sich die Faktoren unter denen „Gesundheit“ sich entwickeln und stattfinden kann. Schnell wird spätestens dann aber deutlich, wo sich noch reichlich Potential zur Veränderung im Hinblick auf Verbesserung eines gesunden Aufwachsens ergibt.

Definition von Gesundheit

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit

[original: „race“], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung (Präambel der WHO-Verfassung, S.1).“ Klaus Hurrelmann definierte 2010 Gesundheit als: „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet (Hurrelmann 2010).“ Mit diesen Definitionen bekommt die Gesundheit des Einzelnen nicht nur eine persönliche, sondern auch eine gesellschaftliche Dimension.

Deutlich teurer als die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ist der Versuch, Gesundheit wiederherzustellen, die sog. kurative Medizin. Je früher die Förderung und Erhaltung beginnt, desto geringer sind die aufzuwendenden Kosten. James Heckman – Nobelpreisträger für Ökonomie – sagt es deutlich (Heckman und Masterov 2007): **„Frühe Förderung mit hoher Qualität kann nicht nur die Fähigkeit der Kinder steigern – sie kann sogar die Produktivität einer ganzen Gesellschaft nach oben treiben“**. Darum ist es wichtig im Sinne guter Prävention zu fragen, welche Faktoren es sind, die „gesundes Aufwachsen“ entscheidend beeinflussen? Diese „Stellschrauben“ des „gesunden Aufwachsens“ gilt es positiv zu beeinflussen und zu gestalten. Auf vier bedeutsame „Stellschrauben“ soll hier näher eingegangen werden. Es sind dies:

1. die Bildungsvoraussetzungen
2. Geschlechtsspezifische Besonderheiten im Hinblick auf Gesundheit/Gesundheitsverhalten
3. der Migrationshintergrund
4. der Sozioökonomischer Status/Armut

Faktor „Gesundes Aufwachsen“ – Bildungsvoraussetzungen

In dem Entwurf der UN-Menschenrechtskommission, die die allgemeine Erklärung der Menschenrechte verfasste (1948) werden in Artikel 25 das Menschenrecht auf Gesundheit und in Artikel 26 das Recht auf Bildung für jedermann formuliert. „Während Gesundheit jedoch als Selbstzweck angesehen werden kann, ist Bildung eher ein Mittel zum Zweck, zumindest in der Variante, in der es in sozial-epidemiologischen Daten – durch formale Bildung und das Verfügen über bestimmte Kulturtechniken wie Lesen und Schreiben – operationalisiert wird. Bildung ist also in dieser Variante ein Mittel, um bestimmte Ziele zu erreichen“ (Sahrai und Bittlingmayer 2017). Bildung und Gesundheit sind eng miteinander verknüpft. Man könnte formulieren: Ohne Bildung schlechtere Gesundheit, aber schlechtere Gesundheit führt auch oft zu schlechterer Bildung und einhergehend damit zu einem niedrigeren Sozioökonomischen Status. Darüber hinaus ist Bildung das Fundament unserer Demokratie.

„Mit Blick auf die PISA-Ergebnisse hat in Deutschland eine weit reichende Reformdiskussion eingesetzt, die vor allem darauf gerichtet ist, Hemmnisse abzubauen, die der Verbesserung von Schülerleistungen entgegenstehen. U.A. betrifft dies die „wirksame Förderung bildungsbenachteiligter Kinder, insbesondere auch der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“. So steht es geschrieben in der OECD-Veröffentlichung „Bildung auf einen Blick“ von **vor 22 Jahren** (2002). Was hat sich seither getan?

In der frühen Bildung kam es zwar zu einem fortschreitenden Ausbau bei den

Kindertageseinrichtungen, aber der Anstieg der Zahl der pädagogisch Tätigen in Kindertageseinrichtungen reicht in Westdeutschland noch immer nicht zur zukünftigen Bedarfsdeckung aus. Zudem gibt es große regionale Unterschiede bei der Angebotsqualität und -ausgestaltung. Die Teilhabe an Früher Bildung ist nach wie vor sozial selektiv. Die zentrale Bildungsaktivität ist sozial ungleich verteilt und familiäre Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen werden sozial selektiv genutzt. Auch die Bildungsbeteiligung und der Bildungserfolg im Schulalter sind beständig von sozialen Ungleichheiten geprägt. So verlassen am Ende ihrer Schulzeit wieder mehr Jugendliche die allgemeinbildenden Schulen ohne Abschluss und sind mit erheblichen Barrieren für die Einmündung in eine berufliche Ausbildung konfrontiert. Mit Ausnahme eines kurzen Coronapandemie bedingten Rückgangs hat sich die entsprechende Abgangsquote seit ihrem Tiefststand 2013 von 5,7 auf 6,9 % im Bundesdurchschnitt dabei stetig erhöht. Zwar hat es geringfügige steigende Ausgaben für Bildung gegeben, doch führte dies keinesfalls zu einer Bedarfsdeckung. „Bezieht man die Bildungsausgaben auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP), so stieg der Anteil in den letzten 10 Jahren lediglich um 0,2 Prozentpunkte“. Im Ergebnis zeigt sich also, **dass die gestiegenen Investitionen in das Bildungssystem weiterhin nicht ausreichen, um den vorhandenen und in den letzten 10 Jahren deutlich gestiegenen Bedarf zu decken** (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung, 2024). Auffällig bleibt die Persistenz geringer Bildungsbeteiligung junger Erwachsener aus Familien mit formal gering qualifizierten Eltern. Die Bildung der Eltern beeinflusst aber die Gesundheit ihrer Kinder sogar lebenslang.

Statt früh die individuellen Fähigkeiten von Schülerinnen und Schülern zu unterstützen, wird in Deutschland nach wie vor viel Geld für Klassenwiederholungen, Nachhilfeunterricht und separate Förderung ausgegeben – und vergeudet (Asperger 2023). Darunter leidet nicht nur die individuelle Bildungsförderung, sondern auch die gesundheitliche Selbsteinschätzung und der gesundheitliche Status der Schüler- und Schülerinnen. So zeigen die Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10 – 2022 (Moor et al. 2024) „eine weitere Fortschreibung sozioökonomischer Ungleichheiten im

Kindes- und Jugendalter hinsichtlich der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens“. Ein niedrigerer Bildungsstatus ist statistisch häufiger mit unzureichender bzw. ungesunder Ernährung, geringerer sportlicher Aktivität und mangelnder Bewegung sowie gesundheitsschädigem Verhalten (z.B. verstärkter Alkoholgenuß) verbunden. In Folge dessen finden sich in Verbindung mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiges Übergewicht resp. Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle und Diabetes mellitus. Bildung, so lassen sich diese Erkenntnisse zusammenfassen, ist eine zentrale Investition in das Leistungs- und Arbeitsvermögen eines Menschen. „Bildung dient der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlernen von Körperpflege, psychischer Entspannung und sozialer Fertigkeiten. Die Ausprägung und Stärkung dieser Kompetenzen wirkt sich auf die individuelle Lebenszufriedenheit und auf diesem Weg auch auf die gesundheitliche Lebensqualität aus“ (Hurrelmann 2017). Die Frauen sind den Männern bildungsmäßig inzwischen voraus. Sie sind es aber auch, die die familiäre und soziale Arbeit maßgeblich in Deutschland übernehmen, nicht selten mit paralleler Berufstätigkeit. Das zeigt eine DJI-Studie. Die Mütter sind nach wie vor der Dreh- und Angelpunkt der Familie und leisten täglich ca. 2.5h mehr unbezahlte Sorgearbeit und erledigen den Hauptanteil der Hausarbeit und der Kinderbetreuung (Gerum et al. 2020). Die Teilzeitarbeit der Mütter – das Modell des hauptverdienenden Vaters und der zuverdienenden Mutter hat sich weiter gefestigt (OECD Starting Strong 2017). Daran konnte bislang auch das Elterngeld und der KiTa-Ausbau nicht allzu viel ändern. Väter hingegen tragen nach wie vor die Hauptlast des familiären Einkommens - die umso mehr die (alte) Verpflichtung fühlen, für die finanzielle Ausstattung der Familie, und damit auch für ihren sozialen Status, maßgeblich verantwortlich zu sein. Sehr bedenklich ist es im Zusammenhang mit Bildungsmotivation, dass zunehmend mehr Arbeitnehmer der Meinung sind, dass sich Leistung nicht lohnt und allein das Elternhaus über die soziale Zukunft entscheidet (Wischmeyer 2024). Der Glaube sich durch Leistung verbessern zu können ist aber eine Grundvoraussetzung für verstärktes Engagement.

Faktor „Gesundes Aufwachsen“ – Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Nach den Ergebnissen der aktuellen Sterbetafel 2020/22 betrug die Lebenserwartung neugeborener Jungen 78,3 und die der Mädchen 83,2 Jahre (Destatis 2024).

Genderaspekte in Prävention und Versorgung war Thema eines Symposiums der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), welches am 16. Mai 2019 in Berlin stattfand. In seiner Begrüßungsansprache stellte Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPTK dazu fest: „Prävention und Versorgung sollten einen Beitrag leisten, die gesundheitliche Chancengleichheit von Mädchen und Jungen zu verbessern. Deshalb müssen wir kritisch prüfen, ob Geschlechterunterschiede bereits ausreichend berücksichtigt werden, und wenn nicht, geeignete Maßnahmen entwickeln, um das zu erreichen“ (BPTK-Symposium 2019). In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Aufmerksamkeit, wie Unterschiede des biologischen Geschlechts (Sex) und des sozialen Geschlechts (Gender) Gesundheit und Gesundheits- und Krankheitsverhalten beeinflussen, stetig zugenommen. Dies zeigt sich u.A. in einer wachsenden Zahl an Untersuchungen über das Ausmaß, die Persistenz und die Art der geschlechtsspezifischen Ungleichheiten bei verschiedenen Gesundheitsergebnissen. In der KIGGS Welle 2 Untersuchung fanden sich z.B. bei Mädchen keine auffälligen Altersunterschiede. Hingegen scheinen Jungen ab einem Alter von 14 bis 17 Jahren deutlich seltener psychisch auffällig zu sein, als Jungen im Alter von 3 bis 13 Jahren (Kuntz et al. 2018). Dies betrifft sowohl die ambulante wie die stationäre Versorgung. Durch reine Unterschiede im biologischen Geschlecht lässt sich dies nicht erklären. Hier spielt der Unterschied im sozialen Geschlecht eine entscheidende Rolle. „Jungen kämpfen mit den Monsterpuppen, Mädchen bringen sie ins Bett“ – bringt es der BPTK-Vizepräsident Peter Lehndorfer auf den Punkt (ebenda BPTK-Symposium). Biologisches und soziales Geschlecht prägen nicht nur das Gesundheitsverhalten, sondern haben auch Auswirkungen auf die Krankheitsprävalenz.

Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich sowohl bei der Morbidität und Mortalität als auch bei Krankheits-

verläufen sowie der Nutzung präventiver Angebote. **Geschlechtersensible Perspektiven müssen daher zum Standard in Gesundheitsförderung und Prävention gehören**, „um die Passung von Interventionen zu erhöhen und gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren (Urban 2021).

Viele Studien weisen auf einen Rückgang mentaler Gesundheit bei Jugendlichen hin. Dabei ist wenig bekannt über die zeitliche Entwicklung. In einer großen, multiethnischen bevölkerungs-basierten Kohortenstudie wurde ein signifikanter Anstieg der Inzidenz und Prävalenz diagnostizierter Depressionen und Angstzustände ohne Depression von 2017 bis 2021 und von vor bis während der COVID-19-Zeit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dokumentiert. Diese Anstiege fanden sich in allen Alters-, Geschlechts- ethnischen Zugehörigkeitsgruppen, unabhängig vom geschätzten Haushaltseinkommen, dem Gewichtsstatus und den Komorbiditätsuntergruppen. Die Ergebnisse unterstreichen den steigenden Bedarf im öffentlichen Gesundheitswesen und im Gesundheitswesen überhaupt, um die psychische Gesundheitskrise bei Jugendlichen zu bekämpfen (Xiang et al. 2024). Die Studie belegt einmal mehr die Daten, die diesbzgl. auch in Deutschland erhoben wurden (Reiß F et al. 2023 / Barmer-Analyse 2024 / Hanewinkel et al 2024). Leider zeigen sie alle auch sehr deutlich die Problematik des Genderbias – Mädchen scheinen deutlich häufiger von der Diagnose „Depression“ bzw. „Angst“ betroffen zu sein. Im Kontrast dazu stehen die Erhebungen des Sozialberichtes 2024. Danach wurden Eingliederungshilfen im „Jahr 2022 zu 71% von Jungen oder jungen Männern und nur zu 29% von Mädchen bzw. jungen Frauen in Anspruch genommen“ (Nöthen 2024, S.83).

„Wir wissen schon lange, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depressionen gibt. Aber hierzu sind weitere Analysen erforderlich, um die Wirkzusammenhänge noch besser zu verstehen“, so sagte Prof. Dr. Ch. Staub, Vorstandsvorsitzender der Barmer bei einer Vorstellung der aktuellen Auswertung des BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) am 23-10-24 in Berlin (Barmer-Analyse 2024). Es ist bekannt, dass in der Lebensphase der Pubertät maßgeblich die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und den

gesellschaftlichen Geschlechterbildern stattfindet. So sinkt die Zufriedenheit mit dem Körper bei beiden Geschlechtern. Mädchen betrifft dies mehr als Jungen. Traditionelle Geschlechterrollen wiederum betonen mit Bezug zum Körper Attraktivität beim weiblichen, Stärke und Überlegenheit beim männlichen Geschlecht (Finne et al. 2020). Dies bedeutet für die Mädchen die Frage nach der Entwicklung „der eigenen Weiblichkeit“ und bei Jungen die Frage nach der Entwicklung der „eigenen Männlichkeit“ und für beide insgesamt die Verortung als sexuelles Wesen. Vielfältigen Einflüssen unterliegend hat dies entscheidenden Einfluss u.a. auf die Einstellung zur eigenen Gesundheit. Für Mädchen nimmt die Wahrscheinlichkeit für eine geringe Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen deutlich mit dem Alter wie auch einem ansteigenden BMI zu (ebenda S.45). Ein geringerer familiären Wohlstand verstärkt dies zusätzlich. Bei Jungen zeigt sich die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper verstärkt in der 1. Hälfte der Pubertät. Der vor allem in der 2. Hälfte der Pubertät stattfindende Pubertätswachstumsspur und die auch erst in dieser Zeit deutlich werdenden muskulären Veränderungen führen dann wieder zur Verbesserung der Körperzufriedenheit. Ebenso wie bei Mädchen ist auch bei Jungen, in etwas geringerem Maße aber dennoch signifikant, eine traditionelle Geschlechterrollenorientierung mit der negativen Körperzufriedenheit korreliert (ebenda S.46). **Jungen entfremden sich zudem ab der Pubertät zunehmend dem Gesundheitssystem – insbesondere bei psychischen Erkrankungen.** Dazu gehören - durch die „normative Vorstellung“ von Männlichkeit - die Entwicklung eines weniger ausgeprägten Körperbewusstseins und der Selbstaufmerksamkeit sowie die höhere Symptomtoleranz. Dies betrifft u.a. Depressionen und Angstzustände. Sie entwickeln dabei depressionsuntypische externalisierende Verhaltensweisen wie Aggressivität, Irritabilität und Risikowie Suchtverhalten. Kennzeichnend ist auch eine erhöhte Suizidrate. Jungen sind spätestens ab der Pubertät „anders depressiv“ als Mädchen. Das führt dazu, dass es in der Pubertät scheinbar zu einem spürbaren Rückgang der Diagnose „Depression“ bzw. „Angstzuständen“ kommt. Das externalisierte Verhalten der Jungen leitet von der Diagnose weg und

die gängigen diagnostischen „Checklisten“ sind wenig geeignet und auf Jungen unzureichend fokussiert. Insgesamt verdeutlichen all diese Untersuchungen die komplexen und kontextspezifischen Beziehungen zwischen Gesundheits- und Geschlechternormen, wirtschaftlichen Bedingungen und sozialen Praktiken, die detailliertere Analysen erfordern, um tiefere kontextuelle Einblicke in die zugrunde liegenden Faktoren zu erhalten, die gesundheitliche Unterschiede antreiben (Patwardhan et al. 2024).

Traditionelle Geschlechterrollen haben nicht nur passager Konsequenzen für die Körperzufriedenheit und dem Wohlbefinden beider Geschlechter, sondern gehen auch mit negativen Auswirkungen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten, besonders bei Jungen, einher. Wie aus der Sinusstudie 2024 hervorgeht (Calm-bach et al. 2024), wirken Geschlechterstereotype weiter fort. Beim Thema „Rollenbilder und Zuschreibungen“ konnte die Studie sich ein gewisser Bildungs- und Geschlechterunterschied nachweisen: „Festgefügte Geschlechtsidentitäten und Rollenbilder lassen sich vor allem unter Jungen mit formal niedriger Bildung (vor allem traditionell-bürgerliche Jugendliche) ausmachen, nicht selten gepaart mit religiösen Überzeugungen (sowohl christlich wie auch muslimisch). Diese Jugendlichen haben ein sehr traditionelles binäres Rollenbild verinnerlicht und bewerten dieses positiv“ (ebenda S.223). Erfolge – oder Misserfolge - in der Schule haben darüber hinaus zusätzlich starken Einfluss auf die eigene Gesundheitseinschätzung bei Jungen wie auch der Mädchen. (Kuntz et al. 2018). „Eine stärkere Gleichstellung der Geschlechter könnte bereits im Jugendalter einem positiven Körperbild als bedeutsamen Indikator des Wohlbefindens dienen. Dabei sollte ein Hinterfragen stereotyper Rollenvorstellungen, welches als eine Säule der Prävention von Körperbildproblemen bei Mädchen vorgeschlagen wurde, auch bei Jungen zukünftig stärker bedacht werden“ (Finne et al. 2020).

Faktor „Gesundes Aufwachsen“ – Migrationshintergrund

Deutschland ist ein Einwanderungsland. „Wir brauchen einen Neuanfang in der Migrationspolitik, der einer modernen Einwanderungsgesellschaft gerecht

wird“ (Faeser 2023). Im Jahr 2023 hatten in Deutschland 43,1 Prozent aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (bpb – kurz und knapp 2024). Damit sind Menschen mit Migrationshintergrund ein wichtiger Teil unserer Gesellschaft (Straub et al. 2024). Zwischen 2005 und 2022 hat sich der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund von 30% auf 42 % deutlich erhöht (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2024).

Dabei ist die Kategorie „Migrationshintergrund“ äußerst heterogen in ihrer Zusammensetzung. Trotzdem „gibt es verbindende Elemente, die Personen mit „Migrationshintergrund“ von anderen abheben: Sie alle verbindet jeweils direkt oder indirekt die Herausforderung, sich in einer neuen Gesellschaft zurechtzufinden sowie ein Leben zwischen zwei oder mehreren Kulturen zu führen“ (Lochner und Jähnert 2020). Nicht nur die Art der Zuwanderung (z.B. „Gastarbeiter Anwerbung“, Familiennachzug, Asylzuwanderung oder Fluchtzuwanderung) sowie der Aufenthaltstitel bestimmen in starkem Maße eine gelingende Integration in die „neue Heimat“, sondern es sind dies auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderungsgruppe und die Größe der ethnischen Gemeinschaft, die „in der Integrationsforschung als eine relevante Ausgangsbasis für eine gesamtgesellschaftliche Integration gesehen wird“ (ebenda, S. 32).

Die zu Hause gesprochene Sprache und die sozioökonomische Lebenssituation der Familie haben einen entscheidenden Einfluss auf die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund (Lochner und Jähnert 2020, S. 44). Darüber hinaus hat das Bildungsniveau der Eltern entscheidenden Einfluss auf die Schulleistungen und den Werdegang ihrer Kinder (s.o.). Insbesondere in der frühen Kindheit und vor allem bei Kindern unter drei Jahren liegt die Bildungsbeteiligung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund durch Besuch einer Kinder-

betreuungseinrichtung deutlich unter dem Niveau der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Allerdings steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die eine Kita besuchen. Mit fünf Jahren lag er 2022 bei 82 % (keine Angaben für 2013). Z.T. deutliche Unterschiede fanden sich bei Jugendlichen im Alter von 15 Jahren bei der Bildungsbeteiligung zwischen den Jahren 2013 und 2022, insbesondere bei den Mädchen mit Migrationshintergrund. Bei ihnen stieg der Anteil derer, die ein Gymnasium besuchen, von 30 auf 38 %. Allerdings war er bei gleichaltrigen Mädchen ohne Migrationshintergrund im Jahr 2022 mit 47 % deutlich höher. Ähnliche Unterschiede gab es, auf niedrigerem Niveau, bei männlichen Jugendlichen. „Die Befunde spiegeln hohe Bildungsaspirationen innerhalb der Gruppe mit Migrationshintergrund, aber auch bestehende Hürden beim Übergang ins Gymnasium wider“ (Straub et al. 2024). Rund 894.000 der bundesweit 3,1 Millionen Kinder unter sechs Jahren in Kindertagesbetreuung (29 %) hatten 2023 einen Migrationshintergrund, das heißt, sie hatten mindestens einen Elternteil mit ausländischer Herkunft (Heilmann und Seidel 2024). In manchen Bundesländern sind dies über 40% (2022: 40,3% der Kinder unter 5 Jahren – bpb), in manchen Großstädten sogar über 50%. Die Globalisierung der Lebenswelten ist längst Alltag geworden.

Die Alterspyramide zeigt es deutlich: vor allem die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ohne Migrationserfahrung tragen wesentlich zur Verjüngung unserer Gesellschaft bei und werden – bei gelingender Integration – zur Stützung unserer Wirtschaftskraft und zur Erhaltung unser aller Wohnstand viel einbringen können (Petschel 2021, S.35). Aber die Bevölkerung mit Migrationshintergrund hat im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund noch immer schlechtere Bildungs- und Arbeitsmarktchancen. Bei ihnen bestehen weiterhin deutliche einwanderungsbe-

zogene Unterschiede im Bildungsstand nach Zuzugsalter (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2024, S.7). Diese Ungleichheiten setzen sich logischer Weise auch im weiteren Berufsleben fort.

„Seit vielen Jahren schwankt die Armutsgefährdungsquote in Deutschland um die 16 Prozent. Mit gut 28 Prozent ist dieses Risiko für Menschen mit Migrationsstatus um einiges höher. Armutsgefährdung hat weitreichende Folgen für die Fragen von Gesundheit, Bildung und Lebensführung insgesamt. Die Spaltung zwischen Arm und Reich in Deutschland ist leider eine Konstante“ (AWO Ansicht 1/23), S.8).

Die kürzlich erschienene PISA 2022-Studie attestiert Deutschland einen starken Nachholbedarf, wenn es um die gleichberechtigte Bildungsteilhabe geht. „Über 20 Jahre nach dem sog. PISA-Schock gilt auch weiterhin: Kinder- und Jugendliche mit Migrationshintergrund besuchen seltener eine KiTa und sind an Hauptschulen über- und an Gymnasien unterrepräsentiert.“ (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2024, S.1). Damit ist der Grundstein bei diesem stetig wachsenden Bevölkerungsanteil gelegt für schlechtere Voraussetzungen um „gesund aufzuwachsen“. Kulturelle Vielfalt ist eigentlich ein Reichtum! Doch findet dies ausreichend Berücksichtigung in den Curricula?

Fortsetzung folgt



Literatur als Zusatzmaterial online

<https://www.kinder-undjugendarzt.de/literaturverzeichnis>

Korrespondenzadresse:

Dr. Bernhard Stier
Kinder- und Jugendarzt
Willhöden 68
22587 Hamburg

Red.: MA

„Gesund aufwachsen“ – verspielt Deutschland seine Ressourcen?

TEIL 2

In der letzten Ausgabe (KJA 02/25) wurden die Einflüsse von unterschiedlichen Bildungsvoraussetzungen, geschlechtsspezifischen Besonderheiten und Migrationshintergrund auf die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen beleuchtet. In dieser Ausgabe geht um weitere Einflussfaktoren, deren Zusammenhänge und wie gesundes Aufwachsen gelingen kann.



Bernhard Stier

„Gesundes Aufwachsen“ – Sozialer Status / Armut

Mehr als jedes 5. Kind in Deutschland ist aktuell von einer finanziellen Risikolage betroffen und lebt damit unterhalb der Armutsgefährdungsgrenze. Gegenüber 2013 ist der Anteil der von dieser Risikolage betroffenen Kinder in Deutschland von 19 % auf 22 % gestiegen; damit handelt es sich um die am häufigsten anzutreffende Risikolage (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2024).

Auch in einem reichen Land wie Deutschland besteht ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Diese gesundheitliche Ungleichheit kommt zum Ausdruck unter anderem in einem deutlich erhöhten Risiko bei gesundheitlichen Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht), für chronische Krankheiten (z.B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), Beschwerden und Funktionseinschränkungen und auch insgesamt bei Lebensqualität und -erwartung in den sozial benachteiligten

Bevölkerungsgruppen. Dazu passt auch die aktuelle Analyse der OECD 2024: „In Deutschland ist die durchschnittliche Lebenserwartung trotz massiver Investitionen in den Gesundheitssektor mit 81,2 Jahren erstmals unter den Mittelwert der Europäischen Union (EU) gesunken“ (aerzteblatt.de vom 18.11.24). Bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten wird zumeist zwischen zwei grundlegenden Hypothesen unterschieden:

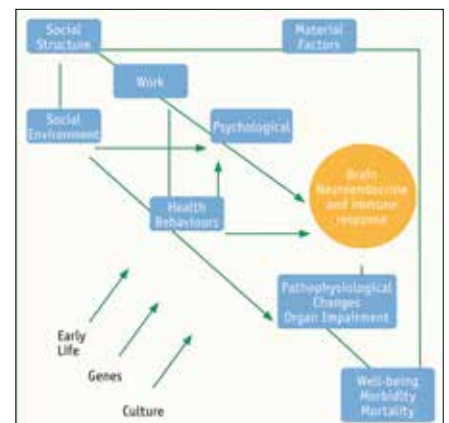
- Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand („Armut macht krank“).
- Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status („Krankheit macht arm“).

Für Deutschland wird von dem überwiegenden Teil der Studien zu diesem Thema die 1. These präferiert.



Nationale wie internationale Studien zeigen immer wieder den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status, Bildung und Gesundheit auf. Deutschland liegt beim PISA-Index des wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Status (ESCS) unterhalb des OECD-Durchschnitts der Länder mit einem hohen Grad an Fairness bezogen auf den sozioökonomischen Hintergrund (OECD 2023, S.123).

Knapp 2,1 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren waren in Deutschland 2023 armutsgefährdet. Das entsprach einer Quote von 14% (Destatis 2023/2024). Armut ist ein wesentlicher Faktor negativer Beeinflussung gesunder Entwicklung. Den Ansatz zur Förderung einer gesunden Entwicklung zeigt die Abbildung:



Social determinants of health and the pathways to health and illness (Brunner und Marmot 2006, S.9) – (Zeichnung entnommen Stier 2019)

Dabei liegt der Fokus auf der frühen Lebensphase und dem Aufwachsen in kulturellen und sozialen Zusammenhängen. Vor dem Hintergrund der Veränderung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, vor allem aufgrund von

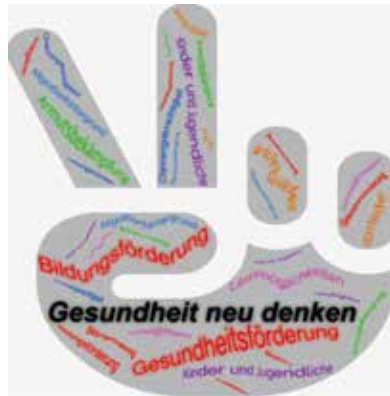
schwierigen sozialen Lebensumständen, haben Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie psychische Auffälligkeiten zugenommen. Dabei werden in allen Altersphasen mehr Jungen als Mädchen von ihren Eltern als psychisch- und verhaltensauffällig eingeschätzt. „Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 zeigen, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und häufiger gesundheitsbezogene Einschränkungen aufweisen. Während die sozialen Unterschiede in der Verbreitung von Asthma bronchiale und Heuschnupfen weniger stark ausgeprägt sind, kommen sie im Hinblick auf psychische Probleme ausgesprochen deutlich zum Tragen“ (Kuntz et al. 2018, S.27).

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10 bis 2022 (Moor et al. 2024) fanden weiterhin gesundheitliche Ungleichheiten hinsichtlich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Gerade dieses Verhalten wird im familiären Kontext erlernt. Dies bedeutet auch ein Fortschreiben von ungesunden Verhaltensweisen über Generationen hinweg (ebenda S. 99). Gerade im frühen Kindesalter erfolgt die entscheidende Weichenstellung und hat u.a. erhebliche neurobiologische Konsequenzen („There is nothing happens in life without leaving a trace“ – Stier 2019, S.60). Vor diesem Hintergrund ist jedes Kind, welches in Armut in unserem Land aufwächst, ein Kind in Armut zu viel. Das rächt sich später mit einem Vielfachen von Interventionsnotwendigkeiten und Kosten (ebenda, S.60). Die soziale Schere geht immer weiter auseinander und die Kinderarmut steigt. Armut birgt die Gefahr der generationenübergreifenden Gestaltung neuer Armutslagen und führt sogar zu deren Potenzierung.

Was haben diese Faktoren miteinander gemeinsam? (siehe auch Teil I in der vorherigen Ausgabe des KiJu-Arzt)

Sie beschreiben **Ungleichheiten**. Diese erzeugen gesundheitliche Ungleichheit und beeinflussen „gesundes Aufwachsen“ entscheidend. In der Auflösung dieser Ungleichheiten liegt der Schlüssel für ein erfolgreiches Deutschland auch in der Zukunft. Dies wird für die gesundheitliche Zukunft und damit auch für die Innovations- und Produktionskraft unseres Landes im 21. Jahrhundert von entscheidender Bedeutung sein. Das bedeutet: ein Staat,

der die Gesundheit seiner Bevölkerung im Blick hat, bietet die besten Voraussetzungen dafür, die sozioökonomischen Lebensumstände entscheidend zu beeinflussen, wenn er dabei diese vier wichtigen Faktoren für „gesundes Aufwachsen“ fokussiert (Bildung, geschlechtsspezifische Besonderheiten, Migrationshintergrund, sozialer Status/Armut).



Was müssen wir ändern?

Grundsätzlich können alle Eltern – unabhängig von den äußeren Rahmenbedingungen – in Eigenverantwortung viel für ein gesundes Familienleben tun (Tempelmann et al. 2022, S.23):

- Bewusst **gemeinsame Zeit** mit den Kindern einplanen und verlässlich einhalten. Dazu gehört mindestens eine gemeinsame Mahlzeit am Tag
- **Rituale und verlässliche Regeln** helfen sehr das Familienleben zu strukturieren und den Kindern Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln
- **Vorlesen, gemeinsames Spielen und gemeinsame Aktivitäten** helfen sehr, den Kindern Zuneigung und Wertschätzung zu vermitteln und ihnen dabei das Gefühl von Sicherheit zu geben, ganz unabhängig davon, dass damit auch Sozialkompetenz erlernt werden kann.
- Die gesundheitlichen Äußerungen und **Signale des Kindes** sollten immer ernst genommen werden. Signale ernst nehmen zeigt Fürsorge, nimmt Ängste und schafft eine Atmosphäre des Vertrauens.
- Eltern – gerade die Väter sind hierbei gefragt – sollten auch auf ihre eigene Gesundheit achten und damit Vorbild sein. Die **Pflege der Gesundheit** und das Achten auf den eigenen Körper kann so zur Selbstverständlichkeit heranreifen.
- Kinder sollten schon früh an das **soziale Umfeld** herangeführt werden. Dies

geschieht, indem sie mit den Erwachsenen von Klein auf an soziale Kontakte erfahren und erleben.

- Die ganze Familie sollte bewusst **medienfreie Zeiten** planen und erleben.

Das reicht aber nicht aus, denn es ist davon auszugehen, dass es – wie schon aufgezeigt – stark von der Bildungssituation und den zeitlichen Kapazitäten in der Familie abhängt, wie die Umsetzung erfolgt. Daher ist es unbedingt erforderlich Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (GK) anzubieten. Dazu ein Beispiel:

„Kinder spielend stärken“ ist das Motto eines mehrfach ausgezeichneten Präventionsprogramms **KIKS UP** (www.kiksups.de). Unter diesem Leitgedanken entwickelt KIKS UP Präventionsprogramme, die die Bereiche psychosoziale Gesundheit, Bewegungsförderung sowie Ernährungsbildung und Genussbildung vereinen. Die Programme verbinden durch aufeinander aufbauende und gut verzahnte Maßnahmen Kita, Grundschule und Betreuung sowie Familien mit einem ganzheitlichen Präventionskonzept. Mit dieser Strategie zählt KIKS UP bundesweit zu den Vorreitern erfolgreicher, zeitgemäßer Prävention – seit nunmehr 20 Jahren.¹

Frühkindliche Betreuung – Auf den Anfang kommt es an

Grundlage jeder gesunden Entwicklung ist eine stabile emotionale Beziehung in der Familie. Hier kommt der Vater-Sohn-Kommunikation in ihrer identifikatorischen Funktion eine sehr große Bedeutung zu. Zu fordern ist also mehr Einbeziehung der Väter in die Betreuung und Erziehung (z.B. auch männliche Erzieher!). Elternzeit heißt nicht nur Mutterzeit, sondern genauso Vaterzeit. Dies muss dringend angegangen werden – nicht nur exemplarisch und unsystematisch. Gerade beim Vorliegen von Belastungen ist der Einbezug der Väter sehr wichtig und kommt der ganzen Familie zugute. In einer Gesellschaft, in der neue familiäre Strukturen eher zur Regel denn zur Ausnahme geworden sind und auch alleinerziehende Väter und Mütter zum Alltag gehören, ist es nicht mehr tolerabel, dass Väter wie Mütter nicht gleichwertig als tragende Säulen der Erziehung gesehen und ideell und finanziell existenzsichernd unterstützt werden. Eine veraltete rollenfixierte Familienpolitik

ist nicht mehr akzeptabel. Ein existenzsicherndes Grundeinkommen für Familien ist im Hinblick auf die sonst später im vielfach höheren Maß anfallenden Kosten eine absolut notwendige Zukunftsinvestition (Stier 2019, S.60). Das Netzwerk der frühen Hilfen sollte flächendeckend als Plattform ausgebaut werden (<https://www.fruehehilfen.de/>) (Stichwort: Erziehungspartnerschaft). Dafür bedarf es allerdings grundsätzlich einheitlicher Qualitätsstandards und Profile.

Was ist besonders zu beachten?

Kinder mit **Migrationshintergrund** brauchen eine besonders gute Betreuungsqualität. Der frühe Eintritt von Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern in prekärer sozialer Lage in außerfamiliäre Betreuung muss stärker gefördert werden. Die Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (kurz NUBBEK-Studie) konnte zeigen: Unabhängig von der pädagogischen Qualität in Familie und außerfamiliärem Betreuungssetting geht ein früherer Eintritt in die außerfamiliäre Betreuung bei den zweijährigen Kindern mit besseren Entwicklungskennwerten in den Bereichen Kommunikationsverhalten und Alltagsfertigkeiten einher. Bei den Vierjährigen sagt ein früherer Eintritt in die außerfamiliäre Betreuung bessere Werte im rezeptiven Wortschatz, im Kommunikationsverhalten und im Sozialverhalten voraus (Tietze et al. 2012). Leider zeigt die aktuelle Untersuchung des DJI (Menzel und Scholz 2022), dass „in allen untersuchten

Kommunen, wenngleich in unterschiedlichem Maße, Zugänge zu (hochwertigen) Betreuungsangeboten für manche Familien erschwert sind. Dies liegt in der Regel daran, dass Zugangsmöglichkeiten an vielfältige Voraussetzungen seitens der Familien geknüpft sind, wie z.B. deren finanzielle Ressourcen, sprachliche Fähigkeiten, die Mobilität der Eltern oder auch deren Erwerbsstatus. Familien in benachteiligten Lebenslagen bringen entsprechende Voraussetzungen in der Regel seltener mit und sehen sich daher mit vielfältigen Zugangshürden konfrontiert“ (ebenda S. 32). Hier bedarf es konkreter länderübergreifender Qualitätsstandards, die mit Unterstützung des Bundes – wie im „Gute KiTa-Gesetz (Das GUTE KITA GESETZ 2019)“ schon beschrieben – entsprechend die angemerkteten Zugangshemmnisse abbauen. Hierin muss weiterhin verstärkt investiert werden.

Kita als Frühwarnsystem

Bei entsprechender Schulung (siehe Fritzprojekt – <http://www.hilfe-fuer-fritze.de>) kann der Bildungsort »Kita« als Frühwarnsystem für die Notwendigkeit „früher Hilfen“ dienen. Die Kinder – z.B. aus ressourcenarmen Familien –, die einer verlässlichen und ihrem Bedarf entsprechenden Unterstützung besonders bedürfen, werden leider immer noch in vielen Fällen benachteiligt. Die Lebensumstände im Kleinkindalter, die Potenziale eines Kindes durch gute Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungsangebote zu fördern, haben viel mit den anschließenden Schulbiografien, den individuellen Gewinn- und Verlustbilanzen formaler Bildung sowie den späteren Übergängen in die berufliche Bildung und in den Arbeitsmarkt zu tun. Hierzu muss:

- ein lebens- und liebenswertes KiTa-Umfeld als Basisvoraussetzung im Blick sein
- der zugesicherte KiTa-Platz für jedes Kind umgesetzt werden
- schon in KiTa (und dann Schule) Gesundheitsförderung mit praxisnahem Bezug z.B. zum Thema Ernährung und Bewegung zum festen Bestandteil werden
- die Ausbildung der Erzieher/Innen auch im Hinblick auf die Gesundheitsförderung deutlich verbessert werden, mit deutlicher Anhebung des Niveaus und besserer Honorierung der zu leistenden Arbeit

- die Qualität pädagogischer Arbeit und Prozesse in den Einrichtungen gesteigert werden sowie...
- die Gruppenstärke in den Einrichtungen unbedingt verringert werden und der Personalschlüssel – gerade auch in der U3-Betreuung 3 (5):1 – gewährleistet werden

Schon die frühkindliche Entwicklungsförderung sollte hohen Qualitätsstandards unterliegen. Außerdem muss das Berufsbild attraktiver für Männer werden. Dies kann nur durch gute finanzielle Ausstattung und Anreize gelingen.

Besonders betrifft dies die Baustelle Inklusion. Mit den bisherigen Ressourcen ist diese kaum zu schultern und wertvolle Zeit zur frühen und erfolgversprechenden Förderung geht verloren. Misslingende Inklusion aber macht krank!

Wie gelingt Schule für Alle?

Von Gesundheit bis zu Risikolagen und Gewalt an Schulen ist das Schulklima von entscheidendem Einfluss. Chancengleichheit und der Individuation von Kindern müssen ebenfalls in ihrem Kontext gesehen werden. „Ein gutes Schulklima und ein hohes Maß an Mitwirkungsmöglichkeiten erweist sich als ein wichtiger Faktor für ein gesundes Aufwachsen“. Schlechte Schulen machen Schülerinnen, Schüler und auch die Lehrerinnen und Lehrer krank!

Sinnvoll ist ein individualisierender, fehlerfreundlicher und ermutigender Unterricht (Tandler und Dalbert 2020). Tandler und Dalbert zeigten, dass positive Lehrerwahrnehmungen die zukünftigen Leistungen der Schüler erhöhten, während negative Lehrerwahrnehmungen die unmittelbaren und zukünftigen Lern- und Leistungsziele reduzierten. Darüber hinaus erklärte eine positive Wahrnehmung der Lehrkräfte die Unterschiede in den Ergebnissen der Schüler zwischen den Klassen, während die negative Wahrnehmung der Lehrer die Unterschiede in den Ergebnissen der Schüler zwischen den Schulen erklärte. Wichtiger als spektakuläre und aufwendige Maßnahmen ist die Umgestaltung des schulischen Alltags nach geschlechtergerechten Gesichtspunkten. Dazu gehört die Verankerung von Jungen- und Mädchenarbeit als ein Baustein von gendersensibler Pädagogik als Querschnittsaufgabe in den Schulprofilen. Die Lehrkräfte brauchen mehr Un-



terstützung in Form von Aus- und Weiterbildungen in Genderkompetenz.

Die Beschäftigung mit den Themen „Ernährung, Bewegung, Musik, Sucht und Risikoverhalten“ (Module der „Gesunden Schule“) sollte sich wie ein roter Faden durch den Lehrplan ziehen. Die Schulen haben bzgl. des „gesunden Aufwachsens“ eine Schlüsselfunktion als gesundheitserziehende Instanz. Chancengleichheit für Jungen und Mädchen im Bildungssystem führt zu erfolgreicherem Schulabschluss von Jungen und Mädchen mit nachfolgend besseren Berufschancen etc. Es erfordert gemeinsame Anstrengungen von Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Familienpolitik, damit das Ziel der Chancengerechtigkeit erreicht werden kann.

Wie können wir Gesundes Aufwachsen neu denken?

Sich einsetzen für die Belange von Kindern und Jugendlichen als vulnerable aber

zukunftstragende Gruppe macht gesundheitspolitisch und sozioökonomisch Sinn. Wir brauchen dafür:

- Eine Kindergrundsicherung („Wege aus der Armut“)
- Mehr Chancengerechtigkeit - die soziale Schieflage und Nachteile durch Migrationshintergrund ausgleichen
- Ein Gendergerechtes Bildungs- und Gesundheitssystem (für Jungen und Mädchen gleichermaßen)
- Ein frühes und qualifiziertes Einsetzen der „Frühen Hilfen“
- Mehr Bildungsgerechtigkeit durch Integration von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- Eine deutliche Qualitätssteigerung in Kindergärten und Schulen – dabei fokussieren auf die Stärken und nicht auf die Schwächen der Kinder!
- Ein gesundes Lernumfeld
- Institutionsübergreifende Gesundheitserziehung => Stärkung von „Schule und Gesundheit“ von Anfang an!

Die Förderung von Chancengerechtigkeit und besseren Bildungsvoraussetzungen sowie die Verhinderung von Armut ist weiterhin die „alles entscheidende“ nationale Aufgabe. Die Gesellschaft als Ganzes trägt Verantwortung für die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Nicht nur die wirtschaftliche, sondern auch die gesundheitliche Überlebensfähigkeit einer Gesellschaft im 21. Jahrhundert hängt von dem Gelingen dieser Umsetzung ab.



Literatur als Zusatzmaterial online

<https://www.kinder-undjugendarzt.de/literaturverzeichnis>

Korrespondenzadresse:

Dr. Bernhard Stier ist Kinder- und Jugendarzt und ¹Mitglied des Beirates von KIKS UP, bstier@t-online.de

Red.: MA