



Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Bachelor-Studiengang Angewandte Kindheitswissenschaften

B a c h e l o r a r b e i t

Der Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Gesundheit von Kindern

vorgelegt von:

Name: Deborah Depner
Matrikel-Nr.: 20092746
Anschrift: Ostwall 34, 39576 Stendal
Kontakt: 0151 40737523, deborah.depner@t-online.de
Fachsemester: 6

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Erstgutachter/in: Prof. Dr. Raimund Geene
Zweitgutachter/in: Prof. Dr. Beatrice Hungerland

Stendal, den 24. Juli 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Historischer Hintergrund der Gesundheitsförderung.....	6
1.2 Aktueller Diskurs zu gesundheitsförderlichen Determinanten.....	7
1.3 Konkrete Fragestellung.....	8
2. Gesundheitsbegriffe und –modelle: Salutogenese und Ottawa-Charta	8
2.1 Definitionen der Gesundheitsbegriffe nach Antonovsky und der WHO.....	8
2.2 Die Erklärung des Modells der Salutogenese.....	10
2.3 Eine Gegenüberstellung der Salutogenese zur Pathogenese.....	13
2.4 Gesundheitsförderung am Beispiel der Ottawa-Charta.....	14
2.4.1 Erklärung des Mehrebenenmodells der Weltgesundheitsorganisation.....	15
2.4.2 Handlungsempfehlungen und die Umsetzung auf unterschiedlichen Ebenen.....	17
3. Die gesundheitliche Situation von Kindern in Deutschland	18
3.1 Das Ernährungsverhalten.....	20
3.2 Aktive körperliche Betätigung.....	22
4. Ansätze zur Förderung von Gesundheit	23
4.1 Der Kohärenzsinn (Sense of Coherence) als Ressource für Gesundheit.....	24
4.1.1 Verstehbarkeit.....	25
4.1.2 Handhabbarkeit.....	25
4.1.3 Sinnhaftigkeit.....	25
4.2 Ein Vergleich zum Fähigkeitenansatz (Capability Approach).....	27

5. Gesellschaftliche Determinanten von Gesundheit	29
5.1 Die demographische Entwicklung.....	30
5.2 Der medizintechnische Fortschritt.....	31
5.3 Die Bedeutung und Auswirkungen von Gesundheit.....	32
6. Sozioökonomie und Gesundheit	33
6.1 Der sozioökonomische Status als Determinante für Gesundheit.....	34
6.2 Morbidität und Mortalität.....	37
6.3 Ökonomische, kulturelle und soziale Kapitale.....	40
7. Umwelteinflüsse als Determinanten von Gesundheit	46
7.1 Schädigende Umwelteinflüsse in der frühen Kindheit.....	48
7.2 Nachhaltige Gesundheitsschädigungen im Erwachsenenalter.....	51
7.3 Die Auswirkungen schädigender Umwelteinflüsse auf Kohärenz und Ressourcen....	53
8. Sozialer Einfluss auf die Gesundheit	56
8.1 Einfluss und Bedeutung des sozialen Umfeldes von Kindern auf ihre Gesundheit...	57
8.2 Optimale Gesundheitsförderung: Sozialer Ungleichheit entgegenwirken.....	61
9. Zusammenfassung und Ausblick	65
10. Literaturverzeichnis	69
11. Internetquellenverzeichnis	72
12. Abbildungsverzeichnis	73
13. Abkürzungsverzeichnis	74

Anlage

Selbstständigkeitserklärung

1. Einleitung

Vor einigen Jahren wurde das Thema Gesundheit zunehmend interessanter für mich. Insbesondere in den letzten Jahren hat sich, nicht zuletzt begründet durch das Studium, dieses Interesse in verschiedene Richtungen erweitert.

Gesundheit ist ein überall und ständig präsent Thema, welches besonders in den praktischen Tätigkeitsfeldern von Bedeutung sein wird.

Gegenüber Kindern, Eltern, anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sowie auch mir selbst, fühle ich mich in der Verantwortung, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und –prävention zu leisten.

In den Bildungs- und Erziehungsplänen, welche die Rahmenbedingungen der praktischen Umsetzung darstellen, liegt der Fokus verstärkt auf der frühen Kindheit¹. Denn wie bereits zahlreiche Studien belegt haben, sind besonders die ersten Lebensjahre eines Kindes grundlegend wichtig für seine Entwicklung und Entwicklungschancen.

Das familiäre Umfeld und weitere soziale Kontakte können dabei besonderen Einfluss auf die frühkindliche Entwicklung nehmen².

In der vorliegenden Arbeit bildet dieser Einfluss des sozialen Umfeldes, im Bezug zur gesundheitlichen Entwicklung des Kindes, das Hauptkenntnisinteresse. Um einen wissenschaftlichen Zugang zu der Thematik zu ermöglichen, werden auch allgemeine Gesundheitsthemen aus den Bereichen der Sozialwissenschaften, der Frühpädagogik, den Gesundheitswissenschaften, der Gesundheitssoziologie, der Epidemiologie und der Demographie eingebunden.

Diese Ausarbeitung wird eingeleitet durch einen kurzen historischen Überblick zur Entstehung und Entwicklung von Gesundheitsförderung, welcher sodann den Übergang zum aktuellen Diskurs der gesundheitsförderlichen Determinanten bildet.

¹ Niedersächsisches Kultusministerium (2005): Orientierungsplan für Bildung und Erziehung; im Elementarbereich niedersächsischer Tageseinrichtungen für Kinder, S.14 und S.36 und Landesjugendamt Fachbereich II (2007): EntwicklungsTräume... für kleine Kinder; Qualitätsmerkmale in der Betreuung von Kleinstkindern, S.7ff.

² Deutscher Bundestag (2009): Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13.Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung, S.90ff.

Nach der Benennung der aufgestellten Hypothesen sowie der konkreten Fragestellung, werden die Definitionen der, in der vorliegenden Arbeit verwendeten, Gesundheitsbegriffe nach Antonovsky und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgestellt.

Anschließend wird das Modell der Salutogenese nach Antonovsky erklärt und der Pathogenese gegenübergestellt.

Wie Gesundheitsförderung in der Gesellschaft verwirklicht werden kann, wird anhand des Mehrebenenmodells (Ottawa-Charta) der Weltgesundheitsorganisation veranschaulicht und durch die formulierten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung auf unterschiedlichen Ebenen konkretisiert.

Die allgemeine gesundheitliche Situation von Kindern in Deutschland ermöglicht zunächst einen Überblick über die Gesundheitsthematik, wonach unter Punkt 3.1 und Punkt 3.2 das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern in Deutschland genauer untersucht wird. Im Anschluss werden unterschiedliche Ansätze zur Förderung von Gesundheit vorgestellt, wobei zuerst der Kohärenzsinn nach Antonovsky als Ressource für Gesundheit beschrieben und sodann mit dem Fähigkeitsansatz nach Nussbaum verglichen wird.

Ab Punkt 5 wird die Thematik dann vertieft, indem gesellschaftliche Bedingungen als Determinanten von Gesundheit, unter Einbezug des demographischen Wandels, des medizintechnischen Fortschrittes sowie der Bedeutung und den Auswirkungen von Gesundheit bearbeitet werden.

Nachfolgend wird der Zusammenhang zwischen Sozioökonomie und Gesundheit untersucht. An dieser Stelle wird speziell auf den sozioökonomischen Status, die Morbidität und Mortalität und das ökonomische, soziale und kulturelle Kapital eingegangen.

Weiterhin werden unter Punkt 7 schädigende Umwelteinflüsse als Determinante von Gesundheit genauer beleuchtet. Dabei werden sowohl die schädigenden Umwelteinflüsse in der frühen Kindheit als auch deren Folgen im Erwachsenenalter betrachtet und durch die Auswirkungen auf das Kohärenzgefühl und die Ressourcen ergänzt.

In Punkt 8 wird auf die Bedeutung des sozialen Umfeldes für die Gesundheit von Kindern eingegangen und abschließend Möglichkeiten für eine gelingende Gesundheitsförderung und einen Ausgleich der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit aufgezeigt.

Den Abschluss dieser Arbeit bilden dann eine Zusammenfassung der erlangten Erkenntnisse unter Einbezug der eingangs formulierten Hypothesen sowie ein Ausblick auf weitere Forschungsfragen und mögliche Handlungsfelder.

1.1 Historischer Hintergrund der Gesundheitsförderung

In der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) entwickelte sich, um 1950, ein System der staatlich getragenen Sozialhygiene, welches überwiegend die physische Gesundheit der Bevölkerung ansprach. Der Fokus lag dabei in erster Linie auf der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sowie dem öffentlichen Gesundheitsschutz.

Das Interesse der Gesundheitsforschung richtete sich damit vorrangig auf sozialepidemiologische Probleme und den Bedingungen für eine gelungene Prävention³.

In den frühen 1970er Jahren, gerieten die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsdienste zunehmend in die Kritik. Besonders die soziale Ungleichheit im Bezug zu Krankheiten, die Unfähigkeit des Staates und, einen für den weiteren Verlauf ausschlaggebenden Punkt, die zu geringe Bedeutung der Prävention wurde hervorgehoben⁴.

Nach der öffentlichen Kritik wurde 1970 eine neue ärztliche Approbationsordnung verabschiedet, die viele Veränderungen mit sich brachte. Erstmals wurde damit die medizinische Soziologie als Pflichtprüfungsfach für die Ausbildung von Ärzten eingeführt. Dies hatte zur Folge, dass Institute und Professuren eingerichtet wurden, die in den nachfolgenden Jahren in der medizin- und gesundheitssoziologischen Forschung tätig wurden und sich mehr auf die Entstehungsbedingungen von Krankheit konzentrierten. Obwohl die Arbeitsbedingungen und Lebensereignisse als mögliche Determinanten fortan genauer untersucht wurden, blieben die Forschungsergebnisse bis 1980 jedoch überwiegend unverändert⁵.

Erst Mitte der 1980er Jahre gelang dann, mit Begriffen wie Public Health, Salutogenese und Gesundheitsförderung, ein Perspektivenwechsel in der Gesundheitssoziologie.

Statt der individuellen Krankheitsbekämpfung durch medizinische Eingriffe, stand nun die Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Vordergrund.

Das politische Interesse wandelte sich und neuere Konzepte wie „New Public Health“ lenkten die Aufmerksamkeit auf die Umweltbedingungen, welche zunehmend als wichtige Determinanten zur Förderung von Gesundheit betrachtet wurden. Dies bedeutete auch, dass an die Ressourcen der Menschen angeknüpft und sie durch Selbstbemächtigung gestärkt werden sollten. Im Jahre 1986 formulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept zur Gesundheitsförderung, die Ottawa-Charta, an die noch heute im 21. Jahrhundert angeknüpft wird⁶.

³ Gerlinger, Thomas (2006): Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie, In: Wendt, Claus & Wolf, Christof: Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46, S.36

⁴ vgl. Gerlinger, Thomas (2006), S.38

⁵ ebd. S.40

⁶ ebd. S.43

1.2 Aktueller Diskurs zu gesundheitsförderlichen Determinanten

Die Gesundheitssoziologie ist im 21. Jahrhundert nun breit gefächert. Wenn auch das aktuelle Gesundheitsversorgungssystem noch eher pathogenetisch ausgerichtet ist, da die Beseitigung von Symptomen und Beschwerden vordergründig ist, gibt es seit einigen Jahren eine andere Betrachtungsweise, die salutogenetische⁷.

Die Forschungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass eine erfolgreiche Gesundheitsförderung von den gesellschaftlichen Bedingungen abhängig ist⁸. Gefühle wie sich betrogen, verärgert, verängstigt, nutzlos usw. fühlen, können den Menschen in einen Zustand versetzen, der ihn dauerhaft unter Stress setzt und seine Wahrnehmung dementsprechend verändert. Dieser Stress wirkt sich dann auf seine Gesundheit aus und erhöht das Krankheitsrisiko⁹.

Aktuell taucht immer wieder die Frage nach dem tatsächlichen Gesundheitszustand von Kindern in Deutschland auf. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGs) und der Ernährungsstudie als KiGGs Modul (EsKiMo) zeigen, dass vor allem die Ernährung bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere der hohe Verzehr von Süßigkeiten und gesüßten Getränken, problematisch ist¹⁰.

Durch an den Verbraucher angepasste und gezielt zur Kernzeit gesendete Werbung im Fernsehen, werden so zum Beispiel Kinder am Nachmittag zum Konsum von ungesunden Lebensmitteln verführt, welche dort als gesund angepriesen werden.

Das Hauptproblem ist nicht klar definierbar, da es auf verschiedene Ebenen verteilt ist, dennoch spitzt sich die Diskussion um die Balance zwischen Ernährung, Bewegung, Eigenverantwortung und Fremdbestimmung und dem Zusammenhang aller Bereiche zu¹¹.

Im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit sollen deshalb folgende aufgestellte Hypothesen belegt bzw. widerlegt werden:

- Frühe und intensive soziale Kontakte verbessern die Gesundheit von Kindern nachhaltig
- Subjekt- und Ressourcenorientierung fördert die Gesundheit von Kindern

⁷ Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine, Willmann, Hildegard (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Band 6, BZgA (Hrsg.), S.14

⁸ vgl. Gerlinger, Thomas (2006), S.52

⁹ Jungbauer-Gans, Monika: Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit, In: Wendt, Claus; Wolf, Christof (2006): Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46, S.100

¹⁰ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Robert-Koch-Institut (Hrsg.)(2008): Erkennen – Bewerten Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, S.105

¹¹ Richter, Matthias: Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: der WHO-Jugendgesundheitsurvey, In: Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas et al.: Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten (2008), S.9

- Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status haben keine Gesundheitschancen
- Der Besuch einer Kindertageseinrichtung ist für sozial benachteiligte Kinder gesundheitsfördernd

1.3 Konkrete Fragestellung

In dieser Arbeit wird der tatsächliche Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Gesundheit von Kindern und die Auswirkung einer positiven bzw. negativen Voraussetzung untersucht.

Dabei soll auf folgende Fragen eine Antwort gefunden werden:

- Was brauchen Kinder um gesund zu sein und zu bleiben?
- Wie muss das soziale Umfeld sein um Gesundheit fördern zu können?
- Wie kann Gesundheitsprävention und -förderung in der frühen Kindheit dazu beitragen, die Gesellschaft nachhaltig gesünder zu machen?
- Wie können Kinder selbst die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen lernen?
- Inwieweit kann niedrigschwellige Gesundheitsförderung umgesetzt werden?

Dazu werden zunächst die allgemeinen Definitionen der Gesundheitsbegriffe aufgeführt und die vorhandenen Gesundheitskonzepte, wie die salutogenetische Ansicht und die Ottawa-Charta, beschrieben.

2. Gesundheitsbegriffe und –modelle: Salutogenese und Ottawa-Charta

Das Modell der Salutogenese ist aufgrund der Veränderungen in der Gesundheitsversorgung der letzten Jahrzehnte entwickelt worden. Die Kritik am medizinischen Versorgungssystem führte zu einer allgemeinen Diskussion um die Begriffe von Gesundheit und Krankheit, deren Bedeutung vielseitig definierbar ist¹². Zwei Definitionen von Gesundheit, Gesundheitsprävention sowie Gesundheitsförderung sind im folgenden Abschnitt zu finden.

2.1 Definitionen der Gesundheitsbegriffe

Gesundheit lässt sich, laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit Wohlbefinden und Abwesenheit von Beschwerden beschreiben, während unter Krankheit Schmerzen und Einschränkungen verstanden werden. Die genaue Bedeutung ist jedoch individuell und durch die Gesellschaft geprägt¹³.

¹² vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.14

¹³ ebd.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit ein Zustand der Vollkommenheit, welcher wünschenswert bzw. wertvoll ist.

An dieser Erklärung wird jedoch kritisiert, dass ein solcher absoluter Zustand nicht der Realität entspricht und ebenso wenig erreichbar ist¹⁴.

In der Regel bezeichnen Definitionen von Gesundheit also die Abwesenheit von Krankheit.

Der Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky (*1923 – 1994) geht davon aus, dass Gesundheit nicht der reguläre Zustand ist, in dem sich ein Mensch befindet. Gesundheit sei stattdessen ein labiles und sich regulierendes Geschehen. Im Bezug dazu verwendet er den Begriff der Entropie¹⁵.

Dieser Aussage zufolge, wird Gesundheit dauerhaft aufrechterhalten, da ein gleichzeitiger Verlust von Gesundheit zu jedem Zeitpunkt stattfindet.

Eine konkrete Formulierung zur Erklärung des Gesundheitsbegriffes gibt es von Antonovsky jedoch nicht, da eine Definition immer eine Festlegung von Normen erfordert, was er ablehnt. Er möchte andere Menschen nicht nach Werten beurteilen, welche für diese möglicherweise nicht zutreffend sind¹⁶.

Antonovskys Modell der Salutogenese beschreibt die Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit also als einen Prozess, welcher nie vollständig abgeschlossen ist¹⁷.

Im 21. Jahrhundert liegt der Fokus noch immer hauptsächlich auf der Vermeidung von Symptomen und chronisch-degenerativen Erkrankungen¹⁸. Doch ist Gesundheitsförderung auch eine Frage der Prävention. Diese hat, laut der WHO, zum Ziel, Menschen zu befähigen, ihr eigenes Leben positiv zu gestalten, sie selbstverantwortlich daran zu beteiligen und gesundheitsförderliche Bedingungen im Kontext ihres Lebens herzustellen¹⁹.

Antonovsky drückt die Frage danach, welche Möglichkeit ein Mensch zur Herstellung und Aufrechterhaltung seiner Gesundheit hat, in einer Metapher aus:

„[...] meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage

¹⁴ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.15

¹⁵ Entropie meint die Tendenz von Elementarteilchen im menschlichen Organismus, welche sich auf einen Zustand der Unordnung hinbewegen und ihre Strukturen verlieren, diese jedoch auch wieder herstellen können. Vgl. Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine, Willmann, Hildegard (1998), S.25.

¹⁶ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.28

¹⁷ ebd. S.26

¹⁸ ebd. S.18

¹⁹ ebd. S.19

gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Bengel et al. 1998: 25)²⁰.

Diese Metapher beschreibt Antonovskys Sichtweise, welche sich im Bezug zu seinem Modell der Salutogenese bringen lässt, äußerst anschaulich. Für das Modell der Salutogenese folgt nun die Erklärung.

2.2 Die Erklärung des Modells der Salutogenese

Antonovskys Theorie von Gesundheit und Krankheit, lässt sich in die Kategorie der Stress- und Bewältigungstheorien einordnen. Der verwendete Begriff der Salutogenese setzt sich dabei aus dem lateinischen Wort „Salus“ (= Unverletztheit) sowie dem griechischen Wort „Genese“ (= Entstehung) zusammen²¹.

Der Medizinsoziologe spricht im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit von einem Kontinuum mit zwei Polen, bei welchem sich auf der einen Seite die Gesundheit bzw. das körperliche Wohlbefinden und auf der anderen Seite die Krankheit bzw. das körperliche Unwohlsein (health ease/dis-ease continuum) befindet. Vollkommene Gesundheit und vollkommene Krankheit sind nach Antonovsky Zustände, die absolut unerreichbar sind. Jeder Mensch hat ebenso viele gesunde, wie auch kranke Anteile und solange ein Mensch lebt, sind gesunde Anteile vorhanden.

Das salutogenetische Modell stellt nicht in Frage, ob ein Mensch gesund bzw. krank ist, sondern auf welcher Position er sich zwischen den Polen befindet²². Um diese Position festlegen zu können, müssen der subjektiv empfundene Schmerz des Individuums, die Beeinträchtigungen in der Funktion von Sinnen und Bewegungen sowie die Möglichkeitsräume des sozialen Handelns einbezogen werden.

Vorhandene Widerstandsressourcen beim Individuum sind weiterhin entscheidend dafür, ob äußere Belastungen das Wohlbefinden beeinflussen und somit den Gesundheitszustand beeinträchtigen oder nicht. Widerstandsressourcen, wie beispielsweise physische, materielle, emotionale und soziale Aspekte, können die Fähigkeit eines Menschen, mit Belastungsfaktoren umzugehen, positiv beeinflussen²³.

²⁰ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.25

²¹ Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie, eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, S.55

²² vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.32

²³ vgl. Hurrelmann, Klaus (2000), S.56

Die sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen, wie Antonovsky sie bezeichnet, sind wichtig, um Schutz und Widerstand gegenüber Stressoren aufzubauen. Der Erhalt und die Verbesserung von Gesundheit, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, sind auf die Widerstandsressourcen zurückzuführen²⁴.

Alle Widerstandsressourcen sind auf vier unterschiedliche Ebenen verteilt. Eine der Ebenen ist das Individuum selbst, welches durch Bildung, Intelligenz, Bewältigungsstrategien und der Ich-Stärke (nach Antonovsky die emotionale Sicherheit, das Selbstvertrauen und das positive Selbstgefühl) zu Widerstandsressourcen gelangt.

An zweiter Stelle steht das soziale Umfeld, in dem die sozialen Beziehungen eine wichtige Rolle für das Individuum spielen.

Die dritte Ebene ist die gesellschaftliche Ebene, in der Widerstandsressourcen durch die Anerkennung einer sinnvollen Tätigkeit entstehen.

An vierter Stelle ist dann die kulturelle Ebene zu nennen, wo politische, religiöse und ästhetische Wertorientierungen zur Erlangung kulturellen Kapitals, und somit zu Widerstandsressourcen führen²⁵.

Vorhandene Widerstandsressourcen können die Bewältigung einer Belastungssituation positiv beeinflussen. Nach Antonovsky ist diese Bewältigung von Stresssituationen die dauerhafte und zentrale Aufgabe des menschlichen Organismus.

Kann eine Belastung bewältigt werden, hat dies eine gesundheitsförderliche Wirkung. Kann die Belastung nicht bewältigt werden, entsteht eine Stresssituation, welche vom Individuum subjektiv oder objektiv als belastend erlebt werden kann, sich jedoch nicht zwangsläufig auf den Gesundheitszustand auswirkt²⁶.

Eine solche Auswirkung entsteht erst dann, wenn bereits Krankheitserreger oder Schadstoffe im Organismus vorhanden sind und damit eine Kombination aus physikalischen und psychosozialen Belastungen entsteht.

Psychosozialen Stressoren wird seit einigen Jahren zunehmend mehr Bedeutung zugesprochen.

Dazu beschreibt Antonovsky das Kohärenzgefühl, welches ausschlaggebend für die Bewertung und subjektive Empfindung von Belastungssituationen ist²⁷.

Die Abbildung 1 zeigt im Folgenden eine vereinfachte Darstellung des salutogenetischen Modells.

²⁴ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.57

²⁵ ebd. S.57

²⁶ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.33

²⁷ ebd. S.33

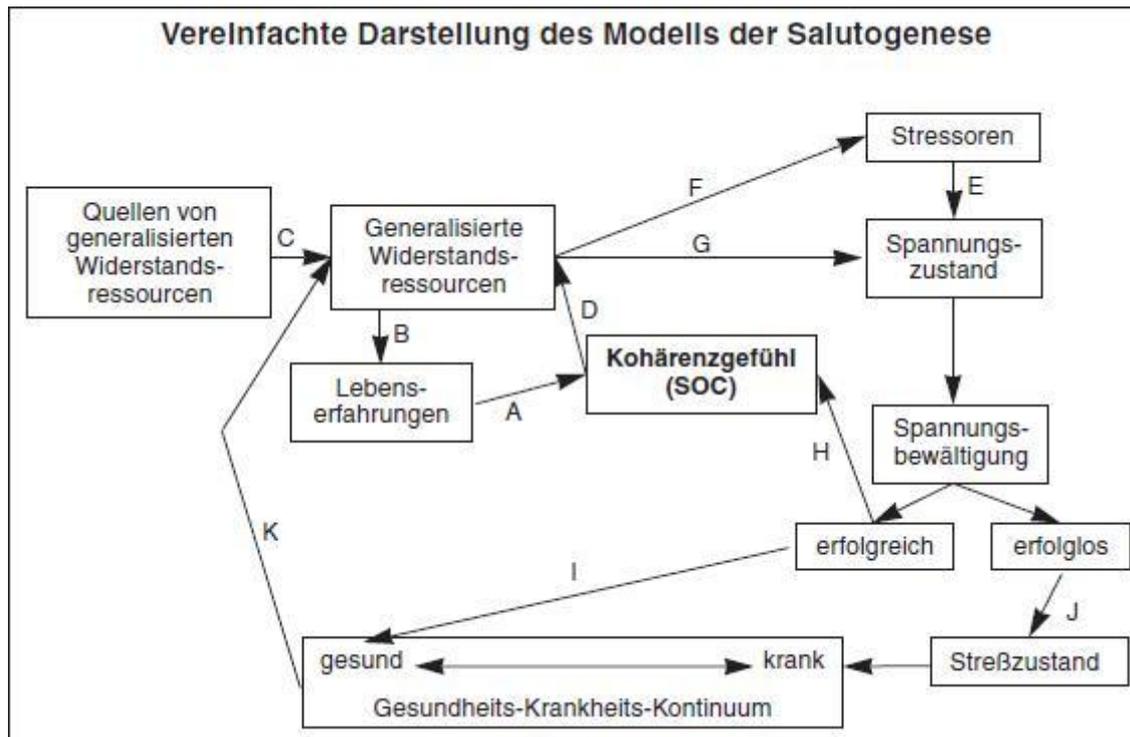


Abbildung 1: Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

Die Buchstaben A bis K stehen in dieser Abbildung für unterschiedliche Bedingungen und Determinanten. Das Kohärenzgefühl wird durch die Lebenserfahrungen eines Individuums gebildet und stellt den Mittelpunkt des Modells dar (A). Lebenserfahrungen werden wiederum durch Widerstandsressourcen, wie Intelligenz, soziale Unterstützung, kulturelles Kapital usw., ermöglicht (B). Ob Widerstandsressourcen verfügbar sind, ist vom soziokulturellen und historischen Kontext, den erfahrenen Erziehungsstilen und eigenen sozialen Rollenmustern abhängig (C). Je nach Ausprägung des Kohärenzgefühls, können vorhandene Widerstandsressourcen in Belastungssituationen eingesetzt werden (D). Durch Stressoren wird der Organismus mit Reizen konfrontiert, welche einen Spannungszustand auslösen (E). Eingesetzte Widerstandsressourcen beeinflussen den Umgang mit Stressoren und dem Spannungszustand (F und G). Gelingt die Bewältigung eines Spannungszustandes, hat dies eine positive Wirkung auf das Kohärenzgefühl (H) und die Position im näheren Bereich des Gesundheitspols bleibt bestehen (I). Diese Position erleichtert die Entwicklung neuer Widerstandsressourcen (K). Bleibt die Bewältigung ohne Erfolg, so bleibt der Stresszustand bestehen und wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand aus (J)²⁸.

²⁸ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.36

Dem Modell der Salutogenese steht jedoch weiterhin die Pathogenese gegenüber. Dabei wird sie inhaltlich nicht gegenteilig verwendet, sondern ergänzend. Um eine genauere Vorstellung des Zusammenhangs von Pathogenese und Salutogenese zu bekommen, wird nun die Pathogenese dem Modell der Salutogenese vergleichend gegenübergestellt.

2.3 Eine Gegenüberstellung der Salutogenese zur Pathogenese

Das pathogenetische Modell beschreibt die Aufrechterhaltung und Selbstregulierung des Organismus als internen Prozess, während das salutogenetische Modell die Überwindung der Ungleichheit und fehlenden Stabilität hervorhebt.

In der Pathogenese wird der Gesundheits- und Krankheitsbegriff als ein absoluter Zustand beschrieben, bei der Salutogenese hingegen, wird von einem Kontinuum gesprochen.

Die pathogenetische Betrachtungsweise fokussiert sich auf die Krankheit und die Beseitigung bzw. Verminderung dieser, die Salutogenese betrachtet den Betroffenen auf erweiterte Weise ganzheitlich.

Risikodeterminanten und negative Stressoren sind Gesundheits- und Krankheitsursachen in der Pathogenese, während in der salutogenetischen Betrachtungsweise von Ressourcen und dem Kohärenzsinn gesprochen wird.

Die Wirkung von Stressoren ist in der Pathogenese potentiell krankheitsfördernd, in der Salutogenese jedoch ebenso gesundheitsfördernd, aufgrund der Ressourcenmobilisierung des Individuums in der Belastungssituation.

Bei einer Intervention werden in der Pathogenese wirksame Heilmittel eingesetzt.

Der salutogenetische Ansatz fokussiert sich hingegen auf die Ressourcenentwicklung und die Verminderung der Risikofaktoren²⁹.

Die pathogenetische Forschung stellt einen Vergleich zwischen Betroffenen und Kontrollgruppen her, wobei letztere als gesund gelten, da sie nicht von einer bestimmten Krankheit betroffen sind. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass eventuell andere Erkrankungen bestehen, die in dem Zusammenhang unentdeckt bleiben.

In der salutogenetischen Ansatzweise werden weitaus mehr Informationen über eine Person herangezogen. Es geht dabei nicht um die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, sondern um die Bedingungen die dazu führen, dass ein Mensch mehr gesund und weniger krank ist³⁰.

²⁹ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.35

³⁰ ebd. S.27

Antonovsky beschreibt die pathogenetische Vorgehensweise weiterhin anhand der Flussmetapher:

„Die pathogenetische Herangehensweise möchte Menschen mit hohem Aufwand aus einem reißenden Fluß retten, ohne sich darüber Gedanken zu machen, wie sie da hineingeraten sind und warum sie nicht besser schwimmen können [...]“ (Bengel et al. 1998: 24)³¹.

Grundsätzlich möchte Antonovsky dabei nicht auf die pathogenetische Fragestellung und Herangehensweise verzichten, er sieht sein salutogenetisches Modell als eine unverzichtbare Ergänzung³².

Das Modell der Salutogenese und das Modell zur Gesundheitsförderung, die Ottawa-Charta, ergänzen ihre Grundvorstellung von Gesundheit und Gesundheitsförderung.

Wie Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta beschrieben ist, wird nun genauer erläutert.

2.4 Gesundheitsförderung am Beispiel der Ottawa-Charta

Die Ottawa-Charta wurde am 21. November 1986 in Ottawa, Kanada, durch die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet.

Ausgelöst durch eine öffentliche Gesundheitsbewegung, stiegen die Erwartungen an ein Konzept zur Gesundheitsförderung. Mit der Charta wurde das Ziel „Gesundheit für alle“, bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus, gesetzt. Die Charta soll alle Mitglieder der Gesellschaft dazu ermutigen, aktiv in diesem Sinne zu handeln³³.

Gesundheitsförderung, im Sinne der WHO, zielt auf eine erhöhte Eigenverantwortung und Selbstbestimmung ab, welche den Menschen befähigen sollen, seine eigene Gesundheit zu stärken. Die WHO formuliert jedoch auch gewisse Bedingungen, welche eine Voraussetzung für die Erhaltung von Gesundheit darstellen. Dazu zählen sowohl Umweltbedingungen wie Frieden, ein stabiles Öko-System und eine sorgfältige Verwendung von Naturressourcen, als auch soziale Faktoren wie Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Außerdem werden auch wirtschaftliche bzw. materielle Determinanten genannt, wie das Einkommen, angemessene Wohnbedingungen, Ernährung und kulturelle Ressourcen wie Bildung.

Die an dieser Stelle wichtige Kernaussage der WHO ist, dass jede Verbesserung des Gesundheitszustands eines Individuums zwangsläufig an diese Voraussetzungen gebunden

³¹ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.24

³² ebd. S.26

³³ Hildebrandt, Helmut; Kickbusch, Ilona (2006): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO-autorisierte Übersetzung, S.2

ist³⁴. Weiterhin wird das bestehende Mehrebenenmodell durch die europäische Charta zu Umwelt und Gesundheit von 1989 ergänzt, welche die Rechte eines jeden Menschen definiert (WHO 1989: 2):

- „Jeder Mensch hat einen Anspruch auf
- eine Umwelt , die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht
 - Information und Anhörung über die Lage der Umwelt sowie über Pläne, Entscheidungen und Maßnahmen, die voraussichtlich Auswirkungen auf Umwelt und Gesundheit haben
 - Teilnahme am Prozess der Entscheidungsfindung³⁵.

Die Ottawa-Charta umschließt also eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffes, welcher neben dem physischen auch das psychische und soziale Wohlbefinden aller Menschen gleichermaßen berücksichtigt³⁶.

Diese Rechte bzw. Ansprüche eines jeden Menschen werden in dem Mehrebenenmodell miteinander verknüpft und veranschaulicht. Eine Erklärung des Modells zur Gesundheitsförderung wird im nächsten Punkt aufgeführt.

2.4.1 Erklärung des Mehrebenenmodells der Weltgesundheitsorganisation

Das Mehrebenenmodell der Weltgesundheitsorganisation umfasst fünf Ebenen, auf denen Gesundheitsförderung umgesetzt werden soll. Mit diesen fünf Ebenen werden Individuen, Gruppen, Organisationen, das Gemeinwesen und die Gesellschaft angesprochen.

In diesem Modell hat die WHO Aspekte aufgegriffen, die sich an die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten, die Organisationsentwicklung und die Stärkung von Beteiligung in institutionellen und sozialen Rahmen richtet³⁷.

Somit stellt das Konzept eine settingbezogene Gesundheitsförderung dar.

Im Einzelnen umfasst die Darstellung des Mehrebenenmodells die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten, die Entwicklung von persönlichen Kompetenzen und die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen³⁸.

Alle fünf Ebenen müssen kooperieren, damit Gesundheitsförderung möglich wird.

Dabei setzt das Modell der WHO mehr voraus, als medizinische und soziale Versorgung.

³⁴ vgl. Hildebrandt, Helmut; Kickbusch, Ilona (2006), S.2

³⁵ Weltgesundheitsorganisation Europa (1989): Europäische Charta zu Umwelt und Gesundheit, S.2

³⁶ Kroll, Lars Eric (2010): Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit; Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006, S.216

³⁷ vgl. Hildebrandt, Helmut; Kickbusch, Ilona (2006), S.1

³⁸ ebd.

Vor allem soll es politisch verstanden werden und die Politiksektoren darauf aufmerksam machen, welche Relevanz Gesundheit hat.

Nach der WHO führt ein gemeinsames Handeln auf allen Ebenen dazu, dass ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste entwickelt und erholsamere Umgebungen geschaffen werden können³⁹.

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation im Original, wie sie auf der offiziellen Internetseite publiziert wird, ist im Folgenden zur Veranschaulichung abgebildet.

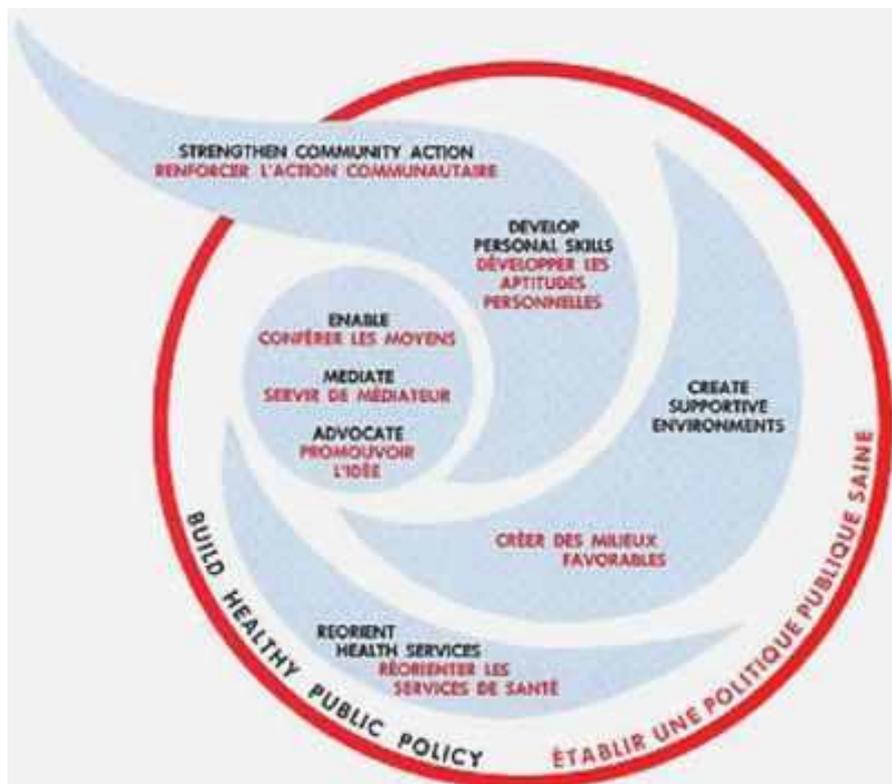


Abbildung 2: Das Mehrebenenmodell der WHO in Originalfassung von 1986

Auf Basis dieses Modells wurden in der Konferenz Handlungsempfehlungen entwickelt, wie die konkrete Umsetzung auf allen benannten Ebenen erfolgen kann und soll.

Diese werden im nächsten Punkt erklärt.

³⁹ vgl. Hildebrandt, Helmut; Kickbusch, Ilona (2006), S.4

2.4.2 Handlungsempfehlungen und die Umsetzung auf unterschiedlichen Ebenen

Politikern müssen vor allem die Konsequenzen ihrer Entscheidungen, in Bezug auf die Gesundheit, bewusst gemacht werden, sodass diese Verantwortung für ihre Entscheidungen und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft übernehmen.

Eine Politik zur Gesundheitsförderung soll in erster Linie die vorhandenen Barrieren wahrnehmen, die eine gesundheitsförderliche politische Entscheidung beeinflussen.

Außerdem muss es Möglichkeiten geben, diese Barrieren zu überwinden.

In der Ottawa-Charta sind sechs verschiedene Handlungsempfehlungen aufgeführt, welche die Möglichkeiten und Bereiche zur Handlung jedes Einzelnen benennen⁴⁰:

1. Partizipation an gesundheitsfördernder Gesamtpolitik und der Einsatz für politisches Engagement, im Sinne der Gesundheit auf allen Ebenen, ist wichtig
2. Der Herstellung von gesundheitsgefährdenden Produkten, der Erschöpfung von Ressourcen, ungesunden Umwelt- und Lebensbedingungen und ungesunder Ernährung soll entgegengewirkt werden
3. Gesundheitliche Unterschiede innerhalb der Gesellschaft und zwischen diesen beseitigen
4. Jeder Mensch soll als eigener Träger seiner Gesundheit anerkannt und dabei unterstützt werden, sich, seine Familie und Freunde gesund zu erhalten (auch finanziell)
5. Gesundheitsdienste müssen umorientiert werden und mehr mit anderen Bereichen, auch der Gesellschaft selbst, kooperieren
6. Gesundheit und ihre Erhaltung soll als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung angesehen und die Lebensweise unserer Gesellschaft im Hinblick auf Globalisierung und Ökologie hinterfragt werden

Diese Handlungsempfehlungen sollen zu globalem Handeln aufrufen und internationale Organisationen, wie die WHO, als öffentliche Fördermitglieder von Gesundheit gewinnen und anerkennen⁴¹.

Es existieren jedoch noch weitere Ansätze zur Gesundheitsförderung, welche die Komplexität von Gesundheit in Eigen- und Fremdverantwortung verringern.

Vorerst wird aber auf die tatsächliche gesundheitliche Lage von Kindern in Deutschland eingegangen, um einen Überblick über mögliche Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung zu bekommen.

⁴⁰ vgl. Hildebrandt, Helmut; Kickbusch, Ilona (2006), S.6

⁴¹ ebd.

3. Die gesundheitliche Situation von Kindern in Deutschland

Die aktuelle Situation zur Gesundheit der Gesellschaft lässt sich in verschiedene Unterthemen kategorisieren. Zunächst liegt der Fokus auf der Gesundheitssituation von Säuglingen und Kleinkindern, sowie deren Eltern in Deutschland.

Dabei werden verschiedene Indikatoren, wie die Säuglingssterblichkeit, die Häufigkeit von akuten, chronischen und psychischen Krankheiten sowie die Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung beleuchtet.

Bereits vor und auch während der Schwangerschaft wird der Gesundheitszustand des Kindes beeinflusst. Dies geschieht durch das gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsschädliche Verhalten der Mutter. Determinanten sind dabei das Ernährungsverhalten, Alkohol- und Nikotinkonsum der Mutter und ihrer sozialen Umgebung, den vorhandenen Impfungen bei der Mutter und das Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen.

Des Weiteren sind auch der Umfang der Gewichtszunahme der Mutter in der Schwangerschaft sowie ihre psychosoziale Gesundheit relevant⁴².

Das allgemeine Gesundheitsverhalten der Mutter steht in Zusammenhang mit einem möglichen Migrationshintergrund, dem sozioökonomischen Status und dem Alter.

So zeigen die Ergebnisse des KiGGS, dass Schwangere mit niedrigerem sozioökonomischen Status, junge Mütter bis neunzehn Jahre und Mütter aus Westdeutschland häufiger Nikotin konsumierten als Schwangere mit hohem sozioökonomischen Status, Mütter über neunzehn Jahren und Mütter in Ostdeutschland.

Jedoch ist bei Schwangeren mit höherem Sozialstatus im Gegensatz zu Schwangeren mit niedrigerem Sozialstatus ein erhöhter Alkoholkonsum festzustellen. 8% der Mütter mit niedrigem, 13,4% der Mütter mit mittlerem und 20% der Mütter mit hohem Sozialstatus, konsumieren gelegentlich bis regelmäßig Alkohol.

Es wird unterschieden in junge Mütter und restliche Mütter, wobei die Prozentzahl der jüngeren konsumierenden Mütter bei 4,9% liegt, während die restlichen Mütter 13,7% ausmachen⁴³.

Rauchen während der Schwangerschaft kann eine erhöhte Morbidität, Mortalität und ein geringeres Geburtsgewicht des Kindes zur Folge haben. Ergebnisse des KiGGS zeigen, dass 31,5% der Mütter mit niedrigem, 14,5% der Mütter mit mittlerem und 6% der Mütter mit hohem sozioökonomischem Status gelegentlich bis regelmäßig Tabak konsumieren.

Davon sind 31,4% junge Mütter und 16,8% restliche Mütter⁴⁴.

⁴² vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.85ff.

⁴³ ebd. S.85

⁴⁴ ebd. S.84f.

Psychische Belastungen während der Schwangerschaft gelten darüber hinaus als eine Determinante für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten in der frühen Kindheit. Dabei leiden 25% aller schwangeren Frauen unter Angsterkrankungen, Depressionen oder Stress⁴⁵.

Unterentwicklung und niedriges Geburtsgewicht des Kindes sind weitere potenzielle Determinanten für eine Säuglingssterblichkeit.

Bis zum ersten Lebensjahr gilt der plötzliche Kindstod als die häufigste Todesursache bei Kindern. Davon sind zumeist Kinder aus benachteiligten Familien, Kinder von Müttern unter zwanzig Jahren, Kinder alleinerziehender Elternteile, Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, Mehrlingsgeburten und Säuglinge mit mehreren älteren Geschwistern betroffen.

Nach dem ersten Lebensjahr sind Unfälle die häufigste Todesursache von Kindern in Deutschland. Demnach muss bei Kleinkindern in dieser Zeit der Fokus auf der Prävention von Unfällen liegen.

Allgemein schätzen 55% der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes (unter 2 Jahre) als „sehr gut“ und 42,1% als „gut“ ein⁴⁶.

Insgesamt sind bei Kindern Erkrankungen wie beispielsweise Asthma am häufigsten.

Die KiGGS-Ergebnisse zeigen, dass ca. 17% der Kinder und Jugendlichen im Jahr 2008 von Asthma, Neurodermitis oder Heuschnupfen betroffen waren. Tabakrauch gilt dabei als mögliche Determinante für die Entstehung von Asthma, was ebenfalls durch die Ergebnisse der KiGGS-Daten belegt wird. So konsumiert in mehr als 51,1% der Familien mit einem an Asthma erkrankten Kind mindestens ein Elternteil Nikotin.

17,2% aller von Asthma betroffenen Kinder sind dabei täglich oder mehrmals pro Woche durch Passivrauchen belastet.

In Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status wird in 56,6% der Fälle in Gegenwart des asthmakranken Kindes geraucht, während es in Familien mit mittlerem Sozialstatus 31% und mit hohem Sozialstatus 11% sind.

Bereits hier wird sichtbar, dass mit

zunehmendem Alter der Kinder die Häufigkeit der atopischen⁴⁷ Erkrankungen (Heuschnupfen und Asthma) zunimmt⁴⁸.

Auch das Statistische Bundesamt belegt, dass mit zunehmendem Alter vermehrt gesundheitliche Beschwerden zu beobachten sind.

⁴⁵ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.85

⁴⁶ ebd. S.88f.

⁴⁷ Der Begriff Atopie bezeichnet allergische Erkrankungen, welche mit einer Überproduktion von gegen die Allergene gerichteten Antikörpern (IgE-Antikörpern) einhergehen. Vgl. BZgA, RKI (2008), S.15.

⁴⁸ ebd. S.16f.

Im Jahr 2009 bezeichnete sich jeder Vierte im Alter von über fünfundsechzig Jahren als krank oder unfallverletzt. Frauen waren dabei mit einem Anteil von 15% häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen als Männer (14%).

Welche Erkrankungen dabei angesprochen werden, wurde nicht erfragt.

Die Mehrheit der Kranken bzw. Unfallverletzten (86%) nahm eine ärztliche Versorgung in Anspruch um die gesundheitlichen Beschwerden zu verringern oder zu beseitigen⁴⁹.

Auf Basis der Ergebnisse wäre ein Kostenanstieg im höheren Alter aufgrund des Gesundheitszustandes anzunehmen. Ob sich jedoch auch alle dieser späteren Krankheiten auf gesundheitsschädigende Einflüsse in der frühen Kindheit zurückführen lassen, wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit untersucht.

Zunächst wird jedoch noch das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern beleuchtet.

3.1 Das Ernährungsverhalten

Eine weitere Determinante stellt das Essverhalten des Kindes dar, welches sich häufig in unkontrolliertem Essen und unausgewogener Zusammenstellung der Nahrungsmittel äußert. Allerdings ist, wie bereits erwähnt, das Ernährungsverhalten der Mutter ausschlaggebend für die Gesundheit des Kindes. Hochwertige Nahrung ist in der Zeit der Schwangerschaft von großer Bedeutung. Durch das schnelle Wachstum des Kindes ist eine reiche Nährstoffzufuhr erforderlich. Während der Schwangerschaft und auch in den ersten Lebensjahren eines Kindes ist die Qualität der Ernährung ausschlaggebend für den späteren Gesundheitszustand. Nach der Geburt des Kindes wird, aufgrund der positiven Wirkung auf Mutter und Kind, das Stillen empfohlen. Infektionskrankheiten, Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündungen und weitere Krankheiten können dadurch verringert werden. Außerdem wird die Wahrscheinlichkeit von Übergewicht und Adipositas in der Kindheit maßgeblich verringert⁵⁰. 90,5% der Mütter mit hohem und 67,3% der Mütter mit niedrigem sozioökonomischem Status, haben ihr Kind gestillt. Bei den Müttern mit Migrationshintergrund sind es 79,1%, bei Müttern ohne Migrationshintergrund 76,5%⁵¹.

Jedoch kann eine längere Stillzeit, die über den sechsten Monat des Kindes hinaus andauert, zu einer hohen Schadstoffübertragung über die Milch führen.

⁴⁹ Statistisches Bundesamt (2011): Datenreport; Kapitel 9, Gesundheit und soziale Sicherung, S.216

⁵⁰ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.85

⁵¹ ebd. S.86

Deshalb rät das Umweltbundesamt von einer Überschreitung der empfohlenen Stillzeit ab⁵². Im Kleinkindalter sollte auch weiterhin auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung geachtet werden, da die Ernährung im Hinblick auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern einen hohen Stellenwert einnimmt. Angesichts der Tatsache, dass sich ein gestörtes Essverhalten mit zunehmendem Alter (besonders bei Kindern mit niedrigerem Sozialstatus) herausbilden kann, sollten die Grundlagen einer gesunden Ernährung bereits frühzeitig für Kinder attraktiv gemacht werden⁵³.

Ein Fünftel der Kinder zwischen elf und siebzehn Jahren weist unterdessen bereits ein gestörtes Essverhalten auf. Dabei sind Mädchen mit 28,9% häufiger betroffen als Jungen mit 15,2%, vor allem aufgrund der Pubertät.

Kinder bzw. Jugendliche mit einem auffälligen Essverhalten nehmen sich selbst trotz normalem Körpergewicht subjektiv als zu dick wahr. Diese Einschätzung geht einher mit einem erhöhten Risiko für psychische und emotionale Probleme (24,7% bei den Jungen und 14,4% bei den Mädchen). Diese Probleme bedeuten wiederum eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Ängsten und Depressionen.

Determinanten für ein gestörtes Essverhalten sind ein niedriger sozioökonomischer Status, familiäre Differenzen, mangelnde soziale Unterstützung und ein möglicher Migrationshintergrund⁵⁴.

Bei 21,9% der Kinder und Jugendlichen im Alter von elf bis siebzehn Jahren sind Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten zu verzeichnen. Zu diesem Ergebnis kam die KiGGS-Studie anhand einer Fragebogenerhebung. Mit zunehmendem Alter nimmt, basierend auf dem Fragenbogen der KiGGS-Studie, das angenommene gestörte Essverhalten bei Jungen ab, während es bei den Mädchen zunimmt und bis auf 30,1% ansteigt.

Ein niedriger Sozialstatus und ein Migrationshintergrund sind mit einem verstärkten Auftreten von Essstörungssymptomen in Zusammenhang zu bringen, da beide möglichen Einflüsse in der Auswertung der Ergebnisse einen jeweils doppelt so hohen Wert im Vergleich zu Kindern aus einem höheren sozialen Status und ohne Migrationshintergrund aufzeigen⁵⁵.

Folgen wie Adipositas, Bulimie und ähnliche Erkrankungen die im weiteren Lebensverlauf auftreten können, sind hier zu nennen.

Eine einseitige Betrachtung der Problematik ist jedoch auch an dieser Stelle nicht möglich. Weiterhin spielt der Medienkonsum eine bedeutsame Rolle für die Gesundheit von Kindern. Die Wahrscheinlichkeit an Adipositas zu erkranken ist bei Kindern mit starkem Medienkonsum doppelt so hoch (ca. 60% höher), wie bei Kindern mit geringem Medienkonsum.

⁵² vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.85

⁵³ ebd. S.98

⁵⁴ vgl. BZgA, RKI (2008), S.51

⁵⁵ ebd. S.52f.

Der Einfluss der Medien auf die Gesundheit von Kindern kann mit der angenommenen körperlichen Inaktivität, während der Zeit vor dem Fernseher oder dem Computer, in Verbindung gebracht werden. Wie bereits eingangs erwähnt, sind Kinder beim Fernsehen durch gezielt eingesetzte Werbung den Verlockungen der Lebensmittelindustrie ausgesetzt, welche kalorienreiche Lebensmittel, wie Süßigkeiten, anpreist⁵⁶.

Nach einer Messung des Body-Mass-Index (BMI) sind insgesamt 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis siebzehn Jahren übergewichtig, wobei 6,3% von ihnen als adipös eingestuft werden⁵⁷.

Demnach muss der aktiven körperlichen Betätigung von Kindern mehr Bedeutung zugemessen werden. Im nachfolgenden Punkt wird deshalb nun eine Verbindung zur körperlichen Aktivität bei Kindern hergestellt.

3.2 Aktive körperliche Betätigung

Ab dem dritten Lebensjahr werden zusätzliche Determinanten, wie z.B. die aktive körperliche Betätigung im Sport, bzw. die Bewegung, relevant. 68,2% der Jungen zwischen drei und sechs Jahren sind einmal in der Woche bis täglich sportlich aktiv, während es bei den Mädchen sogar 70,7% sind.

Selten bzw. gar nicht aktiv sind dagegen 31,7% der Jungen und 29,2% der Mädchen. Ein gezieltes und angemessenes Bewegungsverhalten bildet eine Grundlage für die Entwicklung motorischer Fähigkeiten, welche wiederum für eine gesunde Entwicklung von Bedeutung sind. Ein Bewegungsdefizit erhöht die Wahrscheinlichkeit für mangelnde motorische Entwicklung, Übergewicht, Haltungsschäden, psychosoziale Störungen und auch Verhaltensauffälligkeiten⁵⁸.

Der prozentuale Anteil von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zwischen drei bis sechs Jahren liegt bei 15,8% (Jungen) und 10,6% (Mädchen).

Als allgemein psychisch unauffällig gelten 86,7%, als grenzwertig auffällig 8% und auffällig 5,3%. Emotionale Probleme haben dabei insgesamt 13% der Kinder, aggressives Verhalten weisen 35% auf und Hyperaktivität wird mit 14,6% insgesamt belegt⁵⁹.

Die Ergebnisse des KiGGS zeigen auch hier bei Kindern mit Migrationshintergrund sowie Kindern mit niedrigem Sozialstatus eine verminderte Leistungsfähigkeit in der Motorik. Angeleiteten Bewegungsinhalten, speziell in Vereinen, wird aufgrund der Regelmäßigkeit und

⁵⁶ vgl. BZgA, RKI (2008), S.47

⁵⁷ ebd. S.42

⁵⁸ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.95

⁵⁹ ebd. S.97

intensiven Aktivität eine besondere Bedeutung zugesprochen.

In Kindertagesstätten finden angeleitete Bewegungszeiten zu selten statt.

Aufgrund der geringen Zugangschancen zu öffentlichen Vereinen, vermindert dies für sozial benachteiligte Kinder die Möglichkeit zur aktiven Bewegung⁶⁰.

Die wissenschaftliche Forschung in der Soziologie, Psychologie und den Gesundheitswissenschaften verwendet verschiedene Theorien und Ansätze zur Förderung von Gesundheit. Fünf Theorien, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen, sind die Lern- und Persönlichkeitstheorien, die Stress- und Bewältigungstheorien, die Sozialisationstheorien, die Interaktions- und Sozialstrukturtheorien und die Public Health Theorien⁶¹.

Nachfolgend werden zwei Ansätze erklärt von denen angenommen wird, dass sie zur Förderung von Gesundheit beitragen können.

Zu Beginn wird der Kohärenzsinn nach Antonovsky beschrieben, welcher im Anschluss mit dem Fähigkeitenansatz nach Martha Craven Nussbaum (*1947), einer Philosophin und Professorin für Rechtswissenschaften und Ethik an der Universität Chicago, verglichen wird.

4. Ansätze zur Förderung von Gesundheit

Antonovsky und Nussbaum haben unterschiedliche Ansätze entwickelt, welche als Determinanten für Gesundheit benannt werden können. Der Ansatz des Kohärenzsinn nach Antonovsky, richtet sich dabei ausschließlich auf das Individuum selbst, während der Fähigkeitenansatz nach Nussbaum, das soziale Umfeld und dessen Bedingungen mit einschließt. Beide Ansätze sind durchaus verschieden und lassen sich dennoch gut miteinander verknüpfen.

Der Kohärenzsinn, welcher das Kernstück des salutogenetischen Ansatzes darstellt, wird nun in seiner Bedeutung für die Sicht auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum genauer beschrieben und bildet sodann die Grundlage für einen Vergleich zum Fähigkeitenansatz von Nussbaum.

⁶⁰ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.95

⁶¹ vgl. Hurrelmann, Klaus (2000), S.44

4.1 Der Kohärenzsinn (Sense of Coherence) als Ressource für Gesundheit

Antonovsky beschreibt, dass auch bei identischen äußeren Bedingungen eine gesundheitliche Ungleichheit besteht. Dann ist es von der Ausprägung der allgemeinen Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben abhängig, ob es vorhandene Ressourcen zur Erhaltung seiner Gesundheit nutzen kann. Diese Grundhaltung bezeichnet er als Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, = SOC)⁶².

Das Kohärenzgefühl ist, so Antonovsky (Bengel et al. 1998: 30), „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“

Je höher das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto näher befindet sie sich dem Pol der Gesundheit auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.

Das Wort „dynamisch“ im Zitat bezeichnet den fortlaufenden und sich bedingenden Prozess von Lebenserfahrung und Grundeinstellung. Die Lebenserfahrungen werden durch die Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst, wodurch die Grundhaltung eines Individuums bestätigt wird und damit an Stabilität gewinnt. Mit dieser Erklärung des Prozesses stützt sich Antonovsky auf die Prinzipien des Schweizer Entwicklungspsychologen und Erkenntnistheoretikers Jean Piaget (*1896 – 1980): Der Assimilation und Akkommodation. Äußere Veränderungen formen die persönliche Einstellung gegenüber dem Leben, während gleichzeitig vertraute Erfahrungswelten gesucht werden, die auf der bereits bestehenden Weltanschauung beruhen und somit die vorhandenen Überzeugungen bestätigen⁶³.

Das Kohärenzgefühl könnte also auch als eine Art Handlungsbefähigung bezeichnet werden, da es auf dem Erkennen der persönlichen Situation und eines eventuellen Handlungsbedarfes, dem Erkennen und Einschätzen vorhandener Handlungsoptionen und Ressourcen, der Überzeugung selbst Probleme bewältigen zu können und der Fähigkeit angemessen zu handeln, basiert⁶⁴. An dieser Stelle ist ein Zusammenhang zum Fähigkeitsansatz von Nussbaum zu erkennen.

⁶² vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.28

⁶³ ebd. S.31

⁶⁴ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.59

Wie stark die Ausprägung des Kohärenzgefühls ist, hängt vor allem davon ab, ob generalisierte Widerstandsressourcen verfügbar sind oder nicht. Der Mensch wird demnach nicht als ein den äußeren Kräften ausgesetztes Wesen betrachtet, sondern vielmehr als Subjekt, das in der Lage ist, auf sein eigenes Leben Einfluss zu nehmen⁶⁵.

Antonovsky unterteilt das Gefühl, die Welt als sinnvoll zu erleben und im Zusammenhang zu sehen, in drei Komponenten: Die Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), die Handhabbarkeit (sense of manageability) und die Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)⁶⁶. Alle drei Komponenten werden nachfolgend genauer beschrieben.

4.1.1 Verstehbarkeit

Die Verstehbarkeit beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit eines Individuums, äußere Reize strukturiert verarbeiten zu können und diese nicht als unerklärlich und chaotisch zu verstehen⁶⁷.

4.1.2 Handhabbarkeit

Die Handhabbarkeit ist die Überzeugung eines Individuums, Probleme lösen zu können und wird von Antonovsky als das Ausmaß der Wahrnehmung von eigenen Ressourcen zur Lösung des Problems beschrieben. Dabei betont er vor allem den Glauben daran, dass eine höhere Macht oder andere Menschen das Individuum bei der Bewältigung von Problemen unterstützen und vergleicht dies mit einem Pechvogel, welcher sich angesichts der äußeren Anforderungen ohnmächtig fühlt. Diesen Menschen fehlt der benannte Glaube⁶⁸.

4.1.3 Sinnhaftigkeit

Mit der Sinnhaftigkeit beschreibt Antonovsky das als emotional sinnvoll empfundene Leben und damit die wichtigste Komponente von allen. Probleme und Anforderungen werden als Herausforderung gesehen, in die man gerne Zeit und Energie investiert und sie nicht als Belastung ansieht. Ohne diese Sinnhaftigkeit kann keine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls stattfinden, auch wenn die beiden anderen Komponenten stark ausgeprägt sind. Das Leben wird als eine ständige Belastung erlebt und jede Aufgabe als zusätzliche Last, wenn dem Mensch die Sinnhaftigkeit im Leben fehlt⁶⁹.

⁶⁵ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.60

⁶⁶ ebd. S.29

⁶⁷ ebd.

⁶⁸ ebd.

⁶⁹ ebd.

Wenn das Konzept auch viel Aufmerksamkeit durch theoretische und praktische Auseinandersetzungen bekommt, gibt es dennoch auch Kritik am salutogenetischen Modell. Einer der Kritikpunkte dabei ist, dass es lediglich eine Verknüpfung bereits bestehender Ansätze, z.B. aus der Stresstheorie, darstellen würde.

Auch der Kohärenzsinn sei kein neuer Gedanke, im Vergleich zur Selbstwirksamkeit und ähnlichen Ansätzen aus psychologischen Konzepten.

Das Modell der Salutogenese ist jedoch auch in diesem Sinne zu verstehen, es soll bereits vorhandene theoretische Überlegungen einbinden und unterschiedliche Ansätze miteinander verknüpfen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Schwierigkeit der empirischen Überprüfung.

Zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit soll des Weiteren ein negativer Zusammenhang bestehen. So sollen Ängstlichkeit und Depressivität eine in anderen Studien belegte Auswirkung darstellen⁷⁰.

Dennoch hat das Konzept der Salutogenese bisher in drei Bereichen an Bedeutung gewonnen: in der Gesundheitsförderung und –prävention, der Psychosomatik und –therapie sowie der Rehabilitation. Zu diesen drei Bereichen lassen sich inhaltliche Querverbindungen herstellen, da in allen Ansätzen von Ressourcenorientierung, Ganzheitlichkeit und dem sozialen Umfeld gesprochen wird.

Besonders wichtig zu erwähnen ist an dieser Stelle auch der Nutzen für die praktische Arbeit, da Antonovskys Ansatz ethische Fragestellungen betont.

Das salutogenetische Modell birgt außerdem die Gefahr, dass Institutionen in einer Machtposition Einfluss nehmen⁷¹.

Dazu sagt Antonovsky:

„Ich bin mir völlig darüber im klaren, dass eine Implikation des salutogenetischen Ansatzes für die institutionelle Organisation des Gesundheitssystems einer Gesellschaft die endlose Expansion sozialer Kontrolle in den Händen derjenigen ist, die dieses System beherrschen. [...] Die Richtung der Antwort, insofern es überhaupt eine gibt, liegt exakt in der Frage, wer das System dominiert“ (Bengel et al. 1998: 100).

Darüber hinaus sieht er nicht alles, was positiv für die Gesundheit ist, als moralisch gerechtfertigt und nicht alles was ethisch oder moralisch ist, als gleichermaßen gesundheitsförderlich an⁷².

Um die Fähigkeit und Einflussmöglichkeit eines Individuums auf seine eigene Gesundheit weiter zu vertiefen, wird nun ein Vergleich zum Fähigkeitenansatz hergestellt.

⁷⁰ vgl. Hurrelmann, Klaus (2000), S.58

⁷¹ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.100

⁷² ebd.

4.2 Ein Vergleich zum Fähigkeitenansatz (Capability Approach)

Martha C. Nussbaum entwickelte mit Amartya Sen (*1933), einem indischen Wirtschaftswissenschaftler und Philosoph, den Fähigkeitenansatz (Capability Approach). In erster Linie stellt sich Nussbaum die Frage nach einem guten Leben und spricht von einem Katalog von Fähigkeiten, die ein Mensch besitzt. Ein menschliches Leben normaler Dauer bis zum Ende leben zu können und zu dürfen und bei guter Gesundheit zu sein, sind zwei der von ihr veröffentlichten Fähigkeiten. Besonders hebt sie die Fähigkeit hervor, mit anderen Menschen und für andere Menschen zu leben, was die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes eines Individuums betont.

Grundlegend ist Nussbaum der Ansicht, dass der Mensch Fähigkeiten besitzt, die es zu entwickeln gilt, damit das Leben nicht verkümmert⁷³.

Wenn sie den Fähigkeitenansatz auch beispielhaft anhand von beeinträchtigten Menschen beschreibt, welche aufgrund der gegebenen Strukturen und Normen unserer Gesellschaft eingeschränkt und somit nicht befähigt sind, so lassen sich die einzelnen Aspekte dennoch auf alle Menschen übertragen.

Beschreibt der Kohärenzsinn nach Antonovsky also eine Art vorhandene Ressource bzw. Möglichkeit des Menschen, Einfluss auf sein eigenes Leben zu nehmen, ist der Fähigkeitenansatz bedingt durch die äußeren Kontexte, welche zwar den Zugriff auf diese Ressource ermöglichen, die Umsetzung jedoch verhindern können.

Der Schwerpunkt des Capability Approach liegt darauf, eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit jedes Individuums zu ermöglichen. Dazu müssen gesellschaftliche Ressourcen, Institutionen und Handlungsfelder ihre Strukturen lockern und sich den Menschen anpassen.

Nussbaum geht mit ihrem Ansatz davon aus, dass eine ausschließliche Heterogenität der Menschen, auch im Bezug auf materielle Ressourcen, nicht ausreicht um Gerechtigkeit herzustellen. Durchaus ist diese Art der Gleichheit nach Nussbaum anzustreben, allerdings liegt der Fokus eher auf der Handlungsfreiheit der Menschen. Dies bedeutet, dass von allen Institutionen erwartet wird, Handlungsfreiheiten für jedes Individuum einzuräumen, ohne zu wissen, ob diese von ihrer Möglichkeit tatsächlich Gebrauch machen⁷⁴.

⁷³ Kemmerer, Alexandra (2010): Gelingen kann das Leben nur gemeinsam, Frankfurter Allgemeine Feuilleton, S.1

⁷⁴ Info_Dienst für Gesundheitsförderung; Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg, 10. Jahrgang, 3. Ausgabe 2010, S.21

Zumindest theoretisch wäre dies eine mögliche Lösung für die gesundheitliche Ungleichheit. Für die Gesundheitswissenschaften ist der Capability Approach ein hilfreicher Ansatz, welcher der in der Public Health dominierenden Bevormundung der Menschen entgegenwirken könnte. Jeder Mensch hätte ausreichend Freiheiten und Möglichkeiten sich seiner Fähigkeit entsprechend gesundheitsförderlich zu verhalten oder nicht, vorausgesetzt die gesellschaftlichen Strukturen lockern sich.

Der Capability Approach beschreibt also menschliche Fähigkeiten, das was die Menschen in der Lage sind zu tun und zu sein. Der Ansatz basiert auf einer intuitiven Vorstellung vom Leben, immer ausgehend von der Würde des Menschen.

Die zentralen Fähigkeiten eines Menschen werden dabei in Kontext mit politischem Liberalismus gesetzt, sodass sie objektiv und frei von Vorurteilen und Interpretationen betrachtet werden können. Ihnen werden demnach bestimmte Fähigkeiten und auch Freiheiten zugesprochen und anerkannt⁷⁵.

Nussbaum beschreibt einen Schwellenwert für jede Fähigkeit eines Menschen, an welchem gemessen wird, wie fähig oder unfähig dieser ist und geht davon aus, dass es als Bürger in dem bestehenden System unmöglich ist, diese menschlichen Fähigkeiten zu verwirklichen. Dabei sind sie für jeden einzelnen Bürger weltweit und dessen Gesundheit von enormer Wichtigkeit⁷⁶.

Dennoch gibt es auch an diesem Ansatz und der damit verbundenen Denkweise Kritik. Der Capabilities Ansatz überträgt die Bedingungen für die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit vom Individuum und seinem Verhalten auf die Gesellschaft und ihre Strukturen. Dieser Aspekt rückt den aktuellen Diskurs von der Verantwortlichkeit für Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt und drängt zu gesellschaftspolitischer Aufmerksamkeit. In der Gesellschaft wird das Individuum selbst für seine Gesundheit, Leistungsfähigkeit, den Bildungserfolg usw. verantwortlich gemacht.

Und hier setzt die Kritik an: wird doch bei aller Verlagerung der Verantwortung auf den Einzelnen außer Acht gelassen, dass gesellschaftliche Strukturen vorherrschen, welche weder gesundheitsförderlich sind, noch Veränderungs- und Handlungsmöglichkeiten für den Einzelnen anbieten, ihn also dazu befähigen würden, gesundheitsförderlich zu handeln⁷⁷.

⁷⁵ Nussbaum, Martha C. (2000): Woman and Human Development. The Capabilities Approach, S.5

⁷⁶ ebd. S.6

⁷⁷ vgl. Info_Dienst für Gesundheitsförderung (2010), S.20

Wie bereits beschrieben, ist auch die Ottawa-Charta darauf ausgerichtet Gesundheitsförderung zu gewährleisten, indem allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung im Bezug zu sich und ihrer Umwelt ermöglicht werden soll. Es besteht also ein untrennbarer Zusammenhang zwischen individueller Handlung und den Strukturen, die dieses Handeln ermöglichen.

Diese Handlungsfreiheit ist beschränkt durch soziale, politische und wirtschaftliche Möglichkeiten. Eine gewisse Handlungsfreiheit zu haben wird von Sen auch als Verwirklichungschance bezeichnet.

Da sich dieser Ansatz gut mit bereits bestehenden Konzepten der Gesundheitsförderung, wie der Ottawa-Charta, verbinden lässt, ist er für die soziale Arbeit von Bedeutung.

Der Fähigkeitenansatz fügt sich damit in die Reihe der Konzepte zur Gesundheitsförderung, wie z.B. der Ottawa-Charta, der Salutogenese, dem Empowerment-Ansatz, dem Ansatz des Locus of Control, der Partizipation und weiteren ein⁷⁸.

Allerdings müssen, wenn von diesen Konzepten ausgegangen wird, alle Bereiche ganzheitlich betrachtet werden, damit Gesundheitsförderung gelingen kann. Somit auch die Gesundheit der Gesellschaft. Immer mehr gewinnen dabei soziale Aspekte an Wichtigkeit.

Besonders die Salutogenese tritt dabei, im Vergleich zur Pathogenese, für diese gesellschaftlichen Determinanten von Gesundheit ein.

Welche Determinanten existieren und welche Bedeutung diese für die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung haben, dazu nun im nächsten Punkt.

5. Gesellschaftliche Determinanten von Gesundheit

Verschiedene Strukturen und Bedingungen eines Lebensraumes sind für die Gesundheit eines Individuums von großer Bedeutung. Einige Determinanten welche sich auf die Gesundheit der Menschen auswirken, lassen sich in die Kategorie der gesellschaftlichen Determinanten einordnen. Dazu zählt sowohl der demographische Wandel, als auch der medizintechnische Fortschritt, welche sich jeweils wieder in Bezug setzen lassen.

Was die Gesundheit der Gesellschaft für Auswirkungen auf eben diese haben kann und welche Bedeutung das für die Zukunft hat, wird im Anschluss an die vorher genannten Themen beschrieben.

⁷⁸ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.73

5.1 Die demographische Entwicklung

Die demographische Entwicklung beschreibt den Prozess der relativen Alterung der Gesellschaft in allen modernen Industrieländern.

In den letzten zweiundvierzig Jahren konnte eine Veränderung bzw. Verschiebung der prozentualen Anteile von jungen und alten Bevölkerungsgruppen festgestellt werden. So waren im Jahre 1970 noch 29,7% der Bevölkerung unter zwanzig Jahren, während dieser Anteil im Jahr 2010 bei 18,7% lag. Für das Jahr 2030 wird ein Anteil von 16,7% prognostiziert.

Während der Anteil der unter zwanzigjährigen voraussichtlich weiterhin sinkt, steigt zeitgleich der, der über fünfundsechzigjährigen.

Im Jahre 1970 waren 13,3% der Menschen über fünfundsechzig Jahren, im Jahre 2010 waren es 20,6% und für 2030 werden 28,8% prognostiziert⁷⁹.

Dabei wird von einer Gesamtbevölkerungsanzahl von siebenundsiebzig Millionen in Deutschland ausgegangen. Seit 2008 ist damit ein Rückgang von 5,7% zu verzeichnen. Dieser Rückgang ist bedingt durch die strukturelle Zusammensetzung der Bevölkerung. Auch die Abwanderung spielt dabei eine nicht ganz unwichtige Rolle⁸⁰.

Für diese Veränderung bzw. Verschiebung lassen sich jedoch noch zwei weitere Gründe nennen: zum einen die zunehmende Lebenserwartung der Menschen, zum anderen eine rückläufige Geburtenrate⁸¹.

Anhand der Geburtenentwicklung in Deutschland kann der zukünftige Bedarf an Betreuungsplätzen sichtbar gemacht und eine Prognose zur Anzahl der Menschen im arbeitsfähigen Alter erstellt werden. Die Entwicklung der Geburtenrate ist demnach ausschlaggebend für die gesamte Bevölkerungsentwicklung.

Denn gibt es ebenso viele Geburten wie Sterbefälle, kann von einer gewissen Stabilität in der Gesellschaft ausgegangen werden. Ist die Geburtenrate jedoch niedriger als die Sterberate, sinkt der Bevölkerungsanteil. Auswanderungen oder auch Binnenwanderungen nehmen dabei zusätzlichen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung, wobei letztere nur für die Unterschiede der Bundesländer ausschlaggebend sind.

⁷⁹ Schneekloth, Ulrich; Albert, Mathias (2010): Entwicklungen bei den „großen Themen“: Generationengerechtigkeit, Globalisierung, Klimawandel. In: 16. Shell Jugendstudie. Jugend 2010. Shell Deutschland Holding (Hrsg.), S.165

⁸⁰ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und den Ländern, Heft 1, S.8

⁸¹ vgl. Schneekloth, Ulrich; Albert, Mathias (2010), S.165

Seit der deutschen Vereinigung ist die Geburtenrate um 18% gesunken. Bis 2030 wird mit einer weiteren Abnahme von 15% gerechnet.

Bereits seit über vier Jahrzehnten liegt die Kinderzahl, optimal sind 2,1 Kinder pro Frau, weit unterhalb der benötigten Grenze. An dieser Stelle wird der Rückgang der zukünftigen Geburtenrate sichtbar. Sind die Töchter der heutigen Mütter erwachsen und bekommen ebenfalls weniger als 2,1 Kinder, wirkt sich dies fortlaufend negativ auf die Geburtenrate aus⁸².

Dem gegenüber stehen die Sterbefälle, welche ebenfalls seit der deutschen Vereinigung zurückgegangen sind und mit der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und den medizintechnischen Möglichkeiten zusammenhängen.

Auf eine unzureichende medizinische Versorgung oder epidemiologische Determinanten, ist die erhöhte Sterblichkeitsrate demnach nicht zurückzuführen. Vielmehr wird diese in der veränderten Altersstruktur begründet⁸³.

Zur Ergänzung der Thematik wird nun der medizintechnische Fortschritt einbezogen.

5.2 Der medizintechnische Fortschritt

Die bereits gestiegene und weiterhin steigende Lebenserwartung ist mitunter zurückzuführen auf den Fortschritt der Medizin in den letzten Jahren.

Im Allgemeinen stellt der medizintechnische Fortschritt den zweiten wesentlichen Grund für die Entwicklung der Staatsausgaben, neben der demographischen Entwicklung, dar.

Die Alterung der Bevölkerung wird durch das medizinische Versorgungsniveau begünstigt, was die Kosten zur Gesundheitsförderung erhöht und im Umkehrschluss den medizintechnischen Fortschritt weiter unterstützt⁸⁴.

Eine medizintechnische Entwicklung ist dann positiv einzustufen, wenn der erhöhten Ausgabe auch entsprechend an Nutzen gewonnen werden kann. Es ist also eine Kosten-Nutzen-Analyse notwendig. Besagte Kosten werden dabei unterschieden in indirekte (z.B. verlängerter Rentenbezug) sowie direkte (z.B. Kosten für verschiedene Behandlungen) Kosten, während sich der Nutzen aus Determinanten wie höhere Lebenserwartung, verbessertem Humankapital, zunehmender Erwerbsfähigkeit usw. zusammensetzt⁸⁵.

⁸² vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011), S.11

⁸³ ebd. S.12

⁸⁴ Henke, Klaus Dirk, Reimers, Lutz (2006): Zum Einfluss von Demographie und medizintechnischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG)(Hrsg.), S.12

⁸⁵ ebd. S.15

In jedem Fall werden sich also die Ausgaben für Gesundheit erhöhen, sowohl seitens der demographischen, als auch der medizintechnischen Entwicklung.

Mögliche und prognostizierte Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung und Gesundheit der Menschen nun in Punkt 5.3.

5.3 Die Bedeutung und Auswirkungen von Gesundheit

Steigt die Anzahl der älteren Menschen weiterhin, hat dies zur Folge, dass der Staat erhöhte Kosten, für die medizinische Versorgung sowie die Sterbefälle der Älteren, tragen muss, während gleichzeitig die Rente der momentan jüngeren Bevölkerung nicht den Standard der jetzigen Älteren erreichen wird. Dies erhöht ebenso die Notwendigkeit zur eigenen Altersvorsorge und vermehrtem Einkommenserwerb zur Sicherung des Einkommens im Rentenalter.

Betont wird vor allem die eigene Verantwortung, wenn dabei auch vorerst außer Acht gelassen wird, dass die Chancen jedes Einzelnen von der sozialen Herkunft abhängig sind und sich stark unterscheiden⁸⁶.

Bis zum Jahr 2030 wird prognostiziert, dass nicht einmal zwei Menschen im Alter von zwanzig bis fünfundsechzig Jahren, also im Erwerbsalter, einem Rentenbezieher gegenüberstehen werden.

Dies hat zur Folge, dass zukünftig ein Rückgang der zu beziehenden Rente für die jetzige und auch für die nachfolgenden Generationen zu verzeichnen sein wird⁸⁷.

Weiterhin ergeben sich durch die zunehmend ältere Bevölkerung bei gleichzeitig angemessener medizinischer Behandlung erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten, welche unter Punkt 6.2 intensiver erläutert werden. Diese Raten können ebenfalls dazu beitragen, dass die Ausgaben des Staates steigen, wie die Medikalisierungsthese beschreibt und mit der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes begründet.

Dem gegenüber steht die Kompressionsthese, welche davon ausgeht, dass die Ausgaben erst kurz vor dem Tod ansteigen. Die steigende Lebenserwartung wäre demnach nicht mit den erhöhten Ausgaben in Verbindung zu bringen.

Bestätigt wird diese Annahme durch eine andere Statistik, welche zeigt, dass die Ausgaben für Gesundheit in jüngerem Alter höher sind, als im Rentenalter, was bedeuten würde, dass die Gesundheitsausgaben mit zunehmender Alterung der Gesellschaft sinken⁸⁸.

Doch nun zur Relevanz der Gesundheit einer Gesellschaft.

⁸⁶ vgl. Schneekloth, Ulrich; Albert, Mathias (2010), S.166

⁸⁷ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011), S.26

⁸⁸ vgl. Henke, Klaus Dirk, Reimers, Lutz (2006), S.8

Weshalb die Messung der Gesundheit einer Bevölkerung wichtig ist, lässt sich mit vier einfachen Punkten begründen:

1. Zur Setzung von Prioritäten. Für die Erfassung der Bedürfnisse einer Gesellschaft ist die Sammlung und Bewertung von Informationen über den Gesundheitszustand und die –probleme wichtig.
2. Zur Unterstützung der Programmplanung und Evaluierung. Um einen Standard zu haben, an dem Erfolg gemessen werden kann, sind Daten als Grundlage wichtig. Nur so können Prioritäten gesetzt und angemessene Maßnahmen geplant werden.
3. Zur Rechtfertigung der Mittel. Die Gesundheitsförderung muss sich gegenüber anderen Tätigkeitsfeldern behaupten, um ihren Anspruch auf Mittel zu begründen. Außerdem sind zur Bestätigung der Wirksamkeit von geplanten Maßnahmen Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung wichtig.
4. Zur Unterstützung der Weiterentwicklung des Berufsbildes. Für die Weiterentwicklung des Berufsbildes der Gesundheitsfördernden sind Nachweise für einen Gesundheitsgewinn erforderlich. Nur dadurch ist es möglich Ressourcen, Glaubwürdigkeit und finanzielle Mittel zu bekommen⁸⁹.

Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass es nicht um den Gesundheitszustand einer Bevölkerung geht, sondern vielmehr um den Krankheitszustand.

Gesundheitsförderer und Gesundheitsförderinnen nutzen epidemiologische Erhebungen zur Feststellung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, zur Festlegung von Risikogruppen sowie zur Auswertung ihrer durchgeführten Maßnahmen.

Die Epidemiologie setzt sich dabei vorrangig mit der Verteilung und dem Bestehen von Krankheiten innerhalb der Bevölkerung auseinander⁹⁰.

Nach dem gesellschaftlichen Aspekt von Gesundheit wird nun die sozioökonomische Determinante für Gesundheit zur ganzheitlichen Betrachtung hinzugezogen.

6. Sozioökonomie und Gesundheit

Dass der sozioökonomische Status eine Determinante für Gesundheitsverhalten im Allgemeinen darstellt und somit die Zugangsmöglichkeiten von Angehörigen der niedrigeren

⁸⁹ Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung; Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland, erweiterte Neuauflage, BZgA (Hrsg.), S.52

⁹⁰ ebd. S.54

sozialen Schicht zu verschiedenen Bereichen der Gesundheit verringert, wurde bereits zuvor angenommen und belegt.

Nun wird der sozioökonomische Status als Ressource bzw. Stressor für die Gesundheit eines Individuums untersucht.

Anschließend knüpft der Punkt 6.2 Morbidität und Mortalität an die Beschreibung der Auswirkungen des demographischen Wandels und medizintechnischen Fortschritts an.

6.1 Der sozioökonomische Status als Determinante für Gesundheit

Der sozioökonomische Status (engl. socioeconomic status, = SES) beschreibt die soziale Lage und Stellung einzelner Bevölkerungsgruppen in der Statushierarchie der Gesellschaft und umfasst das Bildungs-, Beschäftigungs- und Einkommensniveau⁹¹.

Jeder Mensch lässt sich durch diese sozioökonomischen Merkmale einer Position innerhalb der Gesellschaft zuordnen, welche unmittelbar mit der Gesundheit eines Menschen zusammenhängt (z.B. Lebenserwartung, Morbidität, Mortalität, Säuglingssterblichkeit usw.)⁹².

Der SES wird anhand von angegebenen Daten zu Schulbildung, beruflicher Qualifikation, beruflicher Stellung und dem Haushaltsnettoeinkommen gemessen. Daraus ergibt sich ein Index, welcher eine Einteilung in niedrigeren, mittleren und hohen Sozialstatus ermöglicht⁹³.

Im Jahr 2010 ordneten sich 6% der Menschen in Ostdeutschland subjektiv der oberen Schicht bzw. oberen Mittelschicht zu, während es in Westdeutschland 13% waren.

Der Mittelschicht ordneten sich 51% der Menschen in Ostdeutschland und 62% der Menschen in Westdeutschland zu.

Zur Unterschicht zählten sich in Ostdeutschland nur 4% und in Westdeutschland 3%⁹⁴.

In den Industrieländern wird der sozioökonomische Status als Indikator für Gesundheit betrachtet, je höher er ist, desto gesünder wird der Zustand des Landes eingeschätzt.

Zur Beurteilung des Einflusses der sozialen Umwelt auf die Gesundheit, werden Reichtum und Wohlstand als Messwert genutzt.

Weiterhin wird das Bruttosozialprodukt als Messwert für das ökonomische Wohlbefinden eines Landes verwendet.

Jedoch sind Determinanten wie ein gut funktionierendes Gesundheitssystem, soziale

⁹¹ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.65

⁹² Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, S.16

⁹³ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.85

⁹⁴ Statistisches Bundesamt (2011): Datenreport; Kapitel 7, Sozialstruktur und soziale Lagen, S.178

Gerechtigkeit, eine gleichmäßige Einkommensverteilung, ein hoher Bildungsstand und geringe ethnische Konflikte eher mit dem Gesundheitszustand verbunden⁹⁵.

Die berufliche Stellung ist für die Einteilung in einen sozioökonomischen Status am wichtigsten, wobei auch das Geschlecht, das Alter und die eventuelle Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit berücksichtigt werden⁹⁶.

Dabei tragen Menschen, welche der unteren sozialen Schicht zugehörig sind, seit Jahrzehnten ein doppelt so hohes Risiko schwer zu erkranken oder eher zu sterben, wie die Menschen, die der oberen sozialen Schicht angehören.

Dies hängt vor allem auch von der gesundheitlichen Chancenungleichheit der verschiedenen Schichtzugehörigkeiten ab.

Zusätzlich wird gesundheitsschädigendes Verhalten als Determinante genannt.

Gesundheits- und Lebenserwartung der einzelnen Individuen sind jedoch nicht ausschließlich abhängig von der Schichtzugehörigkeit an sich, sondern ebenso von dem Ausmaß der gesellschaftlichen Ungleichheit im Bezug zum Einkommen⁹⁷.

Johannes Siegrist (*1943), Schweizer Medizinsoziologe und Michael Marmot (*1945), Professor für Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften am University College London sprechen (2008) in diesem Zusammenhang von einem sozialen Gradienten, welcher innerhalb der gesamten Gesellschaft sichtbar wird.

Demnach verbessert sich der Gesundheitszustand zunehmend, je höher die gesellschaftliche Position eines Individuums ist. Dies bedeutet, dass es Menschen in der zweithöchsten Position in der Gesellschaft bereits gesundheitlich schlechter geht, als denen in der höchsten Position⁹⁸.

Es besteht also ein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Gesellschaftliche Determinanten wie Bildung, Einkommen und Macht, welche an sich bereits ungleich verteilt sind, führen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Anforderungen, da die Belastungen sich unterschiedlich auf jeden einzelnen auswirken und Ressourcen ebenso differenziert vorhanden sind. Außerdem kommt es aufgrund dessen zu einer Ungleichheit im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Das Resultat: Gesundheitliche Ungleichheit⁹⁹.

⁹⁵ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.65

⁹⁶ ebd. S.66

⁹⁷ Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne: Die Public Health Perspektive; Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern, In: Wendt, Claus und Wolf, Christof (2006): Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46, S.249

⁹⁸ vgl. Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (2008), S.16

⁹⁹ vgl. Kroll, Lars Eric (2010), S.162f. und S.253

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass Belastungen und Ressourcen im Hinblick auf Gesundheit anhängig sind von den sozialen Verfügbarkeiten und Strukturen, von vorhandenem Kohärenzsinn, Bewältigungsstrategien und Widerstandsressourcen, wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erklärt wurde.

Ressourcen können demnach zu jedem Zeitpunkt aufgrund bestimmter Einflüsse zu Belastungen werden (wie z.B. auch soziale Unterstützung).

Diese gesellschaftlichen Ressourcen beeinflussen weiterhin das gesundheitliche Verhalten, die Bewältigungsstrategien bei Krankheit und Problemen und das Wahrnehmen von ärztlichen Versorgungsangeboten¹⁰⁰.

Bei stetig fortwährender Arbeitslosigkeit, geringeren Sozialleistungen und ungleicher Vermögensverteilung, ist eine Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit zu erwarten, welche sich insbesondere auf Alleinerziehende, Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und Familien mit vielen Kindern auswirken wird¹⁰¹.

Insgesamt ist in Deutschland ein Anstieg des Armutsrisikos festzustellen.

Ein Armutsrisiko besteht, nach einer EU-Vereinbarung, dann, wenn das durchschnittliche Nettoeinkommen weniger als 60% des gesellschaftlichen Mittelwertes (1564€) beträgt.

Kinder und Jugendliche sind, im Gegenteil zu der älteren Bevölkerung, besonders vom Armutsrisiko betroffen. Als Grund dafür lässt sich die häufige Sozialhilfeabhängigkeit von Familien mit mehreren Kindern und Alleinerziehenden nennen¹⁰².

Dazu kommt, dass chronische Krankheiten häufiger in unteren sozialen Schichtzugehörigkeiten zu verzeichnen sind. Dazu zählen Schlaganfälle, Rückenschmerzen, chronische Bronchitis und Schwindel.

Frauen leiden zusätzlich häufiger an Herzinfarkten und Diabetes.

Auch von psychischen Krankheiten, wie z.B. Depression, sind Menschen mit niedrigerem Sozialstatus im Schnitt zwei Mal häufiger betroffen.

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung hat bei einer Haushaltsbefragung ein erhöhtes Risiko für vorzeitige Todesfälle bei Menschen aus niedrigerer sozialer Schicht festgestellt¹⁰³.

Eine soziale Ungleichheit wirkt sich also auf die Gesundheit im Allgemeinen aus und resultiert dann in einer gesundheitlichen Ungleichheit.

¹⁰⁰ vgl. Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2006), S.250f.

¹⁰¹ ebd. S.251

¹⁰² Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland, Soziale Lage und Gesundheit, S.83

¹⁰³ vgl. Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut (2006), S.85

Im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel ergeben sich daraus erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten, welche nachfolgend beschrieben werden.

6.2 Morbidität und Mortalität

Die soziale Position eines Menschen kann also dazu führen, dass dieser mehr oder minder von einem erhöhten Risiko betroffen ist, zu erkranken. Einige der Erkrankungen, welche aufgrund von Armut entstehen können, basieren auf Infektionskrankheiten, die wiederum durch unhygienische Lebensbedingungen o.ä. entstehen.

Gesundheitsschädigendes Verhalten wie Tabak- oder Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und wenig Bewegung tragen zusätzlich zu dieser Annahme bei¹⁰⁴.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt nimmt die Anzahl älterer Menschen mit Erkrankungen zu.

Doch ist nicht nur von Einzelerkrankungen sondern längst schon von Mehrfacherkrankungen die Rede. Ca. zwei Drittel der über 65-Jährigen sind von mindestens zwei chronischen Krankheiten betroffen.

Durch die Belastung einer Einzelerkrankung treten zusätzliche Symptome wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Schmerzen und viele weitere Determinanten hinzu.

Diese Multimorbidität wirkt sich negativ auf die Lebensqualität, die körperliche Funktionsfähigkeit sowie den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand aus.

Daraus resultiert ein erhöhtes Risiko für weitere chronische Krankheiten¹⁰⁵.

Die Morbiditäts- und Mortalitätsraten einer Bevölkerung werden regelmäßig gemessen und veröffentlicht. Sie stellen die unter anderem am häufigsten verwendeten Mittel zur Einschätzung und Erhebung von Daten zur Gesundheit einer Bevölkerung dar.

Jedoch wird in diesem Modell ein Defizit sichtbar, dass Gesundheit als das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von Erkrankungen definiert wird.

Somit spiegeln Mortalitätsraten nicht das Ausmaß von Krankheit oder die Qualität der Gesundheit vor dem Tod in einer Gesellschaft wider.

Vorteilhaft ist jedoch, dass diese Raten in vielen Ländern in den Jahresberichten der Gesundheitsämter beschrieben werden und sich somit auch für einen internationalen Vergleich eignen.

¹⁰⁴ vgl. Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (2008), S.132

¹⁰⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, S.79

Dennoch sind die Statistiken keine objektiven Fakten, sondern basieren auf einer Erfassung von Daten in einem bestimmten sozialen Kontext. Deshalb können durchaus falsche Annahmen und Fehler bei der Messung unterlaufen¹⁰⁶.

Seit der Einführung des erweiterten Gesundheitsbegriffes durch die WHO wird das Ziel der Gesundheitspolitik von dem ursprünglichen „Add life to years“ ergänzt durch „not only years to life“ (Kroll 2010: 217). Doch die Erreichung dieses Ziels ist nicht einfach.

Durch den medizintechnischen Fortschritt, welcher eine immer frühzeitigere Erkennung von Krankheiten und deren angemessene Behandlung ermöglicht, wird die erweiterte Lebenserwartung fortan von Krankheit und Leiden bestimmt sein.

Es gibt jedoch auch Vertreter der Ansicht, dass durch Primärprävention die Entstehung der meisten chronisch-degenerativen Krankheiten verzögert bzw. verhindert werden kann. Dadurch würde sich die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen verbrachte Lebenszeit zukünftig verkürzen, was der amerikanische Arzt James F. Fries, welcher einer dieser Vertreter ist, die „Compression of Morbidity“ nennt¹⁰⁷.

Die Morbiditätsstatistik in Deutschland umfasst keine konkreten Daten von Erkrankungen und bestehenden Krankheiten in einer Gesellschaft, sondern lediglich die Gesundheitsindikatoren. Messungen sind schwierig, da keine klare Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit zu ziehen ist.

Die Morbiditätsdatenquelle bezieht sich auf eine jährliche Befragung der Haushalte über die Lebensweise und Erkrankungen. Weiterhin werden Berichte über Beratungs- und Behandlungsfälle der Gesundheitsdienste, Fehlzeiten aus betrieblichen Institutionen, Meldungen von übertragbaren Infektionskrankheiten, angeborenen Missbildungen und Schwangerschaftsunterbrechungen hinzugezogen¹⁰⁸.

Durch das Auftreten unterschiedlicher Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten wird der Gesundheitszustand der Menschen im erwerbsfähigen Alter erheblich eingeschränkt. Insbesondere Muskel- und Skeletterkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind hier zu erwähnen. Durch diese Krankheiten wird die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigt und kann unter Umständen auch zum

¹⁰⁶ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.54f.

¹⁰⁷ vgl. Kroll, Lars Eric (2010), S.217

¹⁰⁸ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.59

frühzeitigen Tod führen. Diese Situation führt in jedem Fall zu einer erhöhten Ausgabe des Staates für Behandlungs- und Folgekosten¹⁰⁹.

Zusätzlich zur Morbidität existieren auch Messungen zur Mortalität innerhalb einer Bevölkerung. Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erwähnt wurde, kann die Mortalitätsstatistik in unterschiedliche Sterblichkeitsraten aufgeschlüsselt werden.

Die Zahl der tatsächlichen Todesfälle im Jahr beispielsweise wird pro tausend Personen der Bevölkerung gerechnet. Das Ergebnis wird durch die Altersstruktur und zeitlichen sowie regionalen Veränderungen beeinflusst.

So ist im Vergleich zwischen frühzeitigen Todesfällen in einer Großstadt und einer bestimmten Region, in der viele ältere Menschen leben, in letzterer eine dauerhaft höhere Sterberate zu verzeichnen.

Des Weiteren wird anhand der Säuglingssterblichkeitsrate (IMR = Infant Mortality Rate) die Zahl der Todesfälle im ersten Lebensjahr pro tausend Lebendgeburten gemessen. Diese IMR spiegelt das Gesundheitsverhalten der Mütter im Bezug zu Ernährung und der Verfügbarkeit von Vorsorgeeinrichtungen für Mutter und Kind wider.

In Deutschland liegt die Mortalitätsrate von Erwachsenen im Alter von 15-60 Jahren bei 110 pro Tausend (Männer) und 57 pro Tausend (Frauen).

Die Säuglingssterblichkeit per tausend Lebendgeburten liegt bei vier.

Im Vergleich mit anderen Altersgruppen sind Morbiditäts- und Mortalitätsraten im Kindesalter also verhältnismäßig gering.

Mortalitätsdaten sind ebenso spezifisch verfügbar, wie im Bezug zum Geschlecht, dem sozioökonomischen Status und den Todesursachen.

Die Sterberaten sind eng mit der Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit verknüpft.

So weisen Personen aus einer niedrigeren sozialen Schicht höhere Sterberaten auf.

Dieser Zusammenhang wurde bereits von Andreas Mielck (*1951), Professor für Sozial-Epidemiologie an der Ludwig-Maximilian-Universität München (2005) und Klaus Hurrelmann (*1944), Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler (2006) belegt¹¹⁰.

Wer die Hälfte des Durchschnittseinkommens in Deutschland bezieht, hat damit bereits ein um 35% erhöhtes Mortalitätsrisiko.

Dieser Effekt hängt zusammen mit der geringeren Zugangsmöglichkeit zu öffentlichen Versorgungssystemen und der Qualität dieser.

¹⁰⁹ vgl. Kroll, Lars Eric (2010), S.217

¹¹⁰ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.56f.

Zusätzlich werden gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (wie beispielsweise Ernährungs- und Rauchverhalten sowie Bewegung) mit der Schichtzugehörigkeit und den Einkommensunterschieden in Hinblick auf Mortalität in Verbindung gebracht.

Weiterhin bestehen gesündere Arbeitsbedingungen in der mittleren und oberen Einkommenschicht.

Eine empirische Studie zum Einkommenseffekt auf die Mortalität zeigt, dass das Einkommen bei gesunden Menschen erheblicheren Einfluss auf ihre Sterbewahrscheinlichkeit hat, als bei kranken Menschen¹¹¹.

Weiterhin werden bei der Mortalitätsrate Statistiken zu Todesfällen ab der 28.

Schwangerschaftswoche und in den ersten sieben Tagen nach der Geburt sowie Todesfälle in der Neugeborenenperiode (innerhalb von 28 Tagen nach der Geburt) hinzugezogen¹¹².

Als Ergänzung zur Erhebung von Daten wurde 2001 von der WHO die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verabschiedet.

Diese gilt als länder- und fachübergreifende Beschreibung des funktionalen

Gesundheitszustandes eines gesundheitlich beeinträchtigten Menschen. Die ICF betrachtet den Menschen ganzheitlich und geht von einer Wechselwirkung der Körperfunktionen und –strukturen, individuellen Aktivitäten und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus¹¹³.

Im nächsten Punkt werden nun, angelehnt an die vorherigen Punkte, die ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitale als mögliche Determinanten für Gesundheit fokussiert.

6.3 Ökonomische, kulturelle und soziale Kapitale

Anknüpfend an die salutogenetische Fragestellung, weshalb manche Kinder und Jugendlichen besser mit kritischen Lebensphasen und Handlungsaufgaben zurechtkommen als andere, existieren Erklärungsansätze, die das Vorhandensein eines Kapitals annehmen¹¹⁴.

Der Begriff Kapital stammt aus der Ökonomie und meint die individuelle und auch kollektive Aneignung und Erweiterung von Kapital, hier: von materiellen Dingen (ökonomisches Kapital).

Dieser Definition steht Pierre Bourdieu (*1930 – 2002), französischer Soziologe (1992) kritisch gegenüber, denn diese reduziert die Ganzheitlichkeit des gesellschaftlichen

¹¹¹ Klein, Thomas; Unger, Rainer: Einkommen und Mortalität im Lebensverlauf, In: Wendt, Claus und Wolf, Christof (2006): Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46, S.144-S.145

¹¹² vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.59

¹¹³ ebd. S.61

¹¹⁴ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.62

Austauschverhältnisses auf den Warenaustausch allein.

Neben der Wirtschaft betont Bourdieu die Macht von Gütern in sozialen Beziehungen, welche nicht objektiv zu bewerten sind. Er betrachtet den Kapitalbegriff deshalb nicht nur im Bezug zur Ökonomie, sondern erweitert diesen durch das kulturelle Kapital, welches für eine Analyse sozialer Ungleichheit und schulischer Chancenungleichheit von großer Bedeutung sei¹¹⁵.

Bourdieu (1987) beschreibt sodann das kulturelle Kapital, welches vererbbar ist und materielles Erbe mit einschließt. Der Begriff bezeichnet die moralisch geistige Reproduktion, also die Weitergabe von Werten und Kompetenzen, welche die Zugehörigkeit zur eigenen Familie begründen. Mit dem Erwerb von kulturellem Kapital geht das Gefühl einer vollkommenen und harmonischen Daseinsberechtigung einher. Es würde ein Geschmack und eine Weltanschauung erworben werden, basierend auf vertrauten Dingen. Der gesamte Lebensstil einer sozialen Schicht lässt sich, nach Bourdieu (1987: 137), aus dem Mobiliar und der Kleidung ablesen,

„[...] weil die gesellschaftlichen Verhältnisse, die in diesen vertrauten Dingen gegenständliche Gestalt gewinnen - in deren Luxus wie Ärmlichkeit, [...] Schönheit wie Hässlichkeit - sich vermittelt zutiefst unbewusster Empfindungen und Erfahrungen aufzwingen“.

Bourdieu (1987) erklärt, dass die in Dingen und Personen objektivierten gesellschaftlichen Verhältnisse von jedem Individuum unbewusst inkorporiert, also einverleibt, werden. Dies hat wiederum Auswirkungen auf den Habitus, also das Verhalten eines Menschen im gesamten Lebenskontext¹¹⁶.

Das kulturelle Kapital bezeichnet nach Bourdieu (1992) die Gesamtheit der individuell erweiterten, angeeigneten kulturellen Inhalte (z.B. Bildung innerhalb der Schule).

Weiterhin unterteilt er das kulturelle Kapital in drei Zustandsformen:

1. den inkorporierten Zustand
2. den objektivierten Zustand und
3. den institutionalisierten Zustand¹¹⁷

Der inkorporierte Zustand, also das körpergebundene kulturelle Kapital, wird durch die investierte Zeit in Bildung erweitert und ist an die investierende Person gebunden. Inkorporiertes Kapital ist somit ein persönlicher Besitz, welcher zu einem wesentlichen

¹¹⁵ Bourdieu, Pierre (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA-Verlag, S.50

¹¹⁶ Bourdieu, Pierre (1987): Die feinen Unterschiede; Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Deutsche Übersetzung, S.143

¹¹⁷ vgl. Bourdieu, Pierre (1992), S.53

Bestandteil der Person geworden ist (dem Habitus). Diese Verinnerlichung vereint Objekt und Subjekt und wandelt das Haben zum Sein um.

Bourdieu unternimmt einen Erklärungsversuch für die Entstehung von Ungleichheit und spricht in diesem Zusammenhang von der Dauer, der Intensität und dem Grad des Bildungserwerbs als Determinante.

Das inkorporierte kulturelle Kapital funktioniert selektiv, aufgrund der bereits bestehenden Unterschiede innerhalb der Familien, in der die Kinder aufwachsen.

Der Erfolg in der Schule ist nach Bourdieu also bereits vom allgemeinen Bildungsniveau der Eltern bestimmt. Die Art der Weitergabe dieses Kapitals ist hierbei ausschlaggebend.

Je nach Ausprägung des familiären kulturellen Kapitals in einer sozialen Schicht, erweitern die Kinder ihr kulturelles Kapital durch vorschulische Bildung unterschiedlich. Damit begründet Bourdieu die mögliche Ursache für Chancenungleichheit in der Gesellschaft¹¹⁸.

Des Weiteren verbindet die Zeitinvestition das ökonomische mit dem kulturellen Kapital, denn die Zeit zum erweiterten Erwerb von kulturellem Kapital, ist aufgrund unterschiedlicher wirtschaftlicher Bedingungen nicht immer möglich.

Die familiäre Reproduktion von Chancenungleichheit ist geprägt durch sozioökonomische Erwartungen und Zielvorstellungen und wird bereits im vorschulischen Bereich von den Kindern inkorporiert. Dies erschwert den Austritt aus dem Kreislauf der strukturierten Ungleichheit¹¹⁹.

Das objektivierte kulturelle Kapital entwickelt sich ausschließlich aufgrund des Vorhandenseins von inkorporiertem kulturellem Kapital und umschreibt die Existenz einer Funktionslogik für Gegenstände (z.B. Bücher oder ein Computer) beim Individuum.

Besitzt ein Mensch beispielsweise einen Computer (ökonomisches Kapital), kann ihn aber aufgrund fehlendem Wissen nicht angemessen bedienen, so ist objektivierendes Kulturkapital nicht vorhanden. Diese Kapitalform lässt das Subjekt das Objekt ganzheitlich verstehen. Die Übertragung eines Gegenstandes auf eine andere Person, beispielsweise durch den käuflichen Erwerb (materielle bzw. ökonomische Übermittlung), funktioniert problemlos.

Jedoch betont der Soziologe auch an dieser Stelle wieder die Ungleichheit, indem er den Unterschied zwischen materiellem Besitz und angeeignetem kulturellem Kapital verdeutlicht. Der Besitzer eines ökonomischen Kapitals (der Computer) ist nicht automatisch im Besitz des inkorporierten kulturellen Kapitals zum Verständnis des Gegenstandes. Ebenso sind

¹¹⁸ vgl. Bourdieu, Pierre (1992), S.55ff.

¹¹⁹ ebd. 58f.

diejenigen, die über dieses inkorporierte Kulturkapital verfügen, nicht zwangsläufig die Besitzer des Gegenstandes¹²⁰.

Der institutionalisierte Zustand ist im Gegensatz zum inkorporierten Zustand übertragbar. Beispielsweise wird bei der Vergabe eines schulischen bzw. akademischen Titels das von einer Person angeeignete kulturelle Kapital institutionell anerkannt.

Dabei ist das konkrete Ausmaß des zu dem Zeitpunkt tatsächlich vorhandenen Kulturkapitals einer Person nicht zu bestimmen. Das kulturelle Kapital wird also standardisiert.

Außerdem ist das institutionelle Kapital in ökonomisches Kapital umwandelbar (ein akademischer Titel ist einem bestimmten Einkommenswert zuzuordnen)¹²¹.

Das dritte von Bourdieu beschriebene Kapital ist das soziale Kapital.

Diese Form des Kapitals ist zwar individuell erweiterbar, jedoch lediglich im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld. Der Grad des Sozialkapitals ist dabei nicht allein von der Größe des eigenen sozialen Netzwerks abhängig, sondern auch von der Größe des Sozialkapitals der Freunde und Bekannten.

Aus einer sozialen Beziehung können sowohl materielle als auch symbolische Gewinne gezogen werden. Symbolische Profite können besonders dann zu einem erhöhten Sozialkapital führen, wenn eine Bekanntschaft zu bzw. eine Mitgliedschaft in einer angesehenen sozialen Gruppe besteht. Eine soziale Gruppe außerhalb von familiären Kontexten institutionalisiert sich bewusst, um sich dann über austauschende Beziehungen zu reproduzieren. Gleichmaßen wird dabei auf die Einhaltung von Grenzen geachtet.

Auch an dieser Stelle zieht Bourdieu eine Verbindung zur Ungleichheit.

So haben Kinder aus Familien mit einem geringeren Bildungsstand nicht dieselben Zugangsmöglichkeiten zu symbolischem sozialem Kapital.

Dies begründet er damit, dass nicht allein das Ausmaß eines sozialen Netzwerkes von Bedeutung für den Erwerb von Sozialkapital ist, sondern vor allem die Position einer Gruppe innerhalb der Gesellschaft.

Hier wird ein Zusammenhang der Kapitale deutlich: institutionalisiertes kulturelles Kapital, wie z.B. in Form von hohen schulischen oder akademischen Titeln oder Abschlüssen, führt zu einer höheren Stellung in der Gesellschaft, was den Zugang und den Erwerb zu Sozialkapital

¹²⁰ vgl. Bourdieu, Pierre (1992), S.60f.

¹²¹ ebd. S.62

erleichtert. Je besser also die Voraussetzungen in Form von Kapitalien sind, desto mehr besteht die Möglichkeit, weitere Kapitalien zu erwerben¹²².

Nach Ichiro Kawachi, Professor für Gesundheits- und Sozialwesen an der Harvard School of Public Health und Lisa F. Berkman, Professorin für Gesundheits- und Sozialwesen und Epidemiologie an der Harvard School of Public Health (2000) ist soziales Kapital die Summe der tatsächlichen oder virtuellen Möglichkeiten eines Individuums bzw. einer Gruppe, an gegenseitigem Kennenlernen und Anerkennung zu wachsen. Die Besonderheit des sozialen Kapitals ist, dass es durch äußere Bedingungen bestimmt ist. Es ist also sozioökonomisch bedingt¹²³.

James E. Côte, Professor für Soziologie an der University of Western Ontario und Charles G. Levin, ebenfalls Professor für Soziologie an der University of Western Ontario sprechen (2002) etwas allgemeiner von einem Identitätskapital, welches im Laufe der Zeit durch die Nutzung von Ressourcen und dessen Anwendung anhand von verschiedenen bewussten sowie unbewussten Strategien und den dadurch gemachten Gewinn (neue Ressource) erworben wird. Somit ist das Identitätskapital als Ergebnis aller Erfahrungen zu bezeichnen, welche durch Interaktionen mit anderen Menschen erworben wurden. Damit sind soziale Ressourcen wie Mitgliedschaften, Bildungszertifikate, Kontrollüberzeugung, Selbstwertschätzung, die Fähigkeit zur Selbstverwirklichung, kritisches Denken und die Ich-Stärke gemeint¹²⁴.

Identitätskapital wird benötigt, um Stressoren zu bewältigen und dadurch die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. wiederzuerlangen. Gesundheitsförderung in diesem Sinne bezieht sich also auf ein möglichst selbstbestimmtes, handlungsfähiges Subjekt, welches Ressourcen (das Identitätskapital, das soziale und kulturelle Kapital sowie den Kohärenzsinn) einsetzen kann¹²⁵.

Auch Antonovsky geht davon aus, dass diese Persönlichkeitseigenschaften die Lern- und Anpassungsprozesse im Leben eines Individuums beeinflussen. Das Identitätskapital ist demnach das Ergebnis von vorherigen Lernprozessen, die gesellschaftlich akzeptiert sein müssen. Damit ist bei dem Identitätskapital von Ursache und Wirkung zu sprechen.

¹²² vgl. Bourdieu, Pierre (1992), S.65ff.

¹²³ Kawachi, Ichiro; Berkman, Lisa F. (2000): Social Cohesion, Social Capital, and Health, In: Social Epidemiology, S.176

¹²⁴ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.62 und Côte, James E.; Levine, Charles G. (2002): Identity Formation, Agency and Culture. A Socialpsychological Synthesis, Mahwah, NJ: Erlbaum, Lawrence Associates, Inc., S.16f.

¹²⁵ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.73

Jedoch wird von einer Wechselwirkung zwischen Identitätskapitalien als Repräsentation des psychologischen Pols, den Humankapitalien als ökonomischen und den sozialen Kapitalien als Repräsentation des politischen Pols ausgegangen.

Gesundheit ist in diesem Kontext als Produkt von individuellen Fähigkeiten, sozialen Beziehungen, der Weltanschauung und der Selbsteinschätzung zu verstehen.

Dieses Verständnis knüpft an das Modell von Antonovsky an, welches ebenfalls von einer Wechselwirkung zwischen Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl ausgeht¹²⁶.

Kawachi und Berkman (2000) sprechen des Weiteren von einer Wechselwirkung zwischen sozialem Zusammenhalt, Sozialkapital und Gesundheit.

Dabei bezieht sich die Begrifflichkeit des sozialen Zusammenhaltes auf das Ausmaß der Verbundenheit und Solidarität innerhalb einer gesellschaftlichen Gruppe. Dieser soziale Zusammenhalt ist dabei wiederum von Sozialkapital bestimmt. Soziales Kapital bezeichnet hier die Merkmale der sozialen Strukturen (wie z.B. Vertrauen und gegenseitige Hilfe), die für ein Individuum als Ressourcen nutzbar sind und kollektives Handeln ermöglichen.

Soziales Kapital ist damit ein Teilbegriff des sozialen Zusammenhalts, dessen Bedeutung sich nach Kawachi und Berkman auf zwei weitere Merkmale der Gesellschaft bezieht:

1. Fehlende oder beeinträchtigte soziale Ressourcen wie z.B. das Einkommen, Vermögensungleichheiten, ethnische Spannungen, Unterschiede im politischen Mitbestimmungsrecht
2. Das Vorhandensein von starken sozialen Bindungen – gemessen am Niveau des Vertrauens, der Ausprägung von Gegenseitigkeit und der zwischenmenschlichen Verbindungen innerhalb sozialer Ungleichheit¹²⁷.

Zusammenfassend betrachtet kann gesagt werden, dass die Kapitale der Eltern aufgrund der Vererbung bereits ausschlaggebend für spätere Verhaltensweisen, Weltanschauungen, Geschmäcker und Interessen an Bildung und Kultur der Kinder sind. Zusätzlich können und sollen dennoch eigene Kapitale erworben werden (wie z.B. ein Schulabschluss, soziale Netzwerke usw.). Dieser Erwerb findet in Interaktion mit dem sozialen Umfeld des Kindes statt. Somit ist auch an dieser Stelle ein Einfluss des sozialen Umfeldes sichtbar gemacht worden.

¹²⁶ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.63

¹²⁷ vgl. Kawachi, Ichiro; Berkman, Lisa F. (2000), S.175

Ein gesundes Aufwachsen von Kindern wird, wie bisher beschrieben, durch verschiedene Determinanten bestimmt. Im nächsten Punkt werden nun die Umwelteinflüsse als Determinanten für die Gesundheit von Kindern beschrieben.

7. Umwelteinflüsse als Determinanten von Gesundheit

Gesellschaftliche und sozioökonomische Determinanten sind bereits konkretisiert worden. Doch muss auch den Umwelteinflüssen eine Bedeutung zukommen.

Kinder wachsen vermehrt in einer schadstoffbelasteten Umwelt auf, welche in der Luft, im Wasser und in der Nahrung zu finden sind. Außerdem ist eine erhöhte Lärmbelastung festzustellen.

Einige dieser Schadstoffe sammeln sich im Körper und können nur schwer oder gar nicht abgebaut werden. Kinder sind dabei aufgrund ihres niedrigeren Körpergewichts stärker gefährdet als Erwachsene.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass alle Kinder von diesen Umweltbelastungen betroffen sind, nicht allein sozial benachteiligte Kinder¹²⁸.

Die Umwelteinflüsse stehen dabei sowohl indirekt als auch direkt im Zusammenhang zu den sozioökonomischen Determinanten, da sie unter anderem das Resultat des SES darstellen.

So z.B. die Belastung durch Passivrauchen. Die Hälfte aller Kinder ist ca. fünfzehn Stunden am Tag in der elterlichen Wohnung dem krebserregenden Wirkstoff Benzol ausgesetzt.

Folgen des Passivrauchens können Infektionen wie Mittelohrentzündungen sein.

Dabei zeigt sich der Zusammenhang zum sozioökonomischen Status: Kinder mit Migrationshintergrund sowie niedrigerem Sozialstatus sind höheren Belastungen ausgesetzt.

Die Ursache dafür, dass Kinder mit niedrigerem Sozialstatus zusätzlich stärker durch Blei und Kinder mit einem höheren sozioökonomischen Status eher durch z.B.

Organochlorverbindungen und Pflanzenschutzmittel belastet sind, ist nicht bekannt.

Jedoch kann nachgewiesen werden, dass Kinder die gestillt wurden erhöhte Werte an Organochlorverbindungen im Blut aufweisen. Weiterhin ist die Ernährung relevant, da Organochlorverbindungen ebenso durch tierische Lebensmittel in den Organismus gelangen.

Damit ist erneut der Zusammenhang zu sozioökonomischen Determinanten wie das Einkommen, die Wohnverhältnisse, das Bildungsniveau usw. hergestellt¹²⁹.

Die Grundbedürfnisse des Menschen nach Nahrung, Wasser, Obdach und Geborgenheit sind ebenso abhängig vom SES wie auch von den Umweltbedingungen. Je nach Vorhandensein

¹²⁸ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.99

¹²⁹ ebd.

bzw. Nichtvorhandensein dieser grundlegenden Bedingungen wird die Gesundheit eines Menschen beeinflusst¹³⁰.

Alle Determinanten der Umwelt, wie der Wohnstandard, die physische und soziale Umwelt, das regionale Umfeld, der Zugang zu Gesundheitsversorgungssystemen sowie zu Freizeiteinrichtungen, basieren auf den sozioökonomischen Determinanten und resultieren wiederum in spezifisches Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Alkohol- und Tabakkonsum, sowie Stress.

Ein Fehlverhalten wirkt sich auf den Organismus aus und kann in Bluthochdruck, Übergewicht und erhöhten Cholesterinwerten münden. Aus diesem physischen Zustand können dann unter anderem koronare Herzerkrankungen entstehen¹³¹.

Probleme mit der geringen Verfügbarkeit von Wohnungen oder Feuchtigkeit in den Räumen sowie fehlende oder unangemessene Isolierung und Beheizung der Räume, gelten als weitere Determinanten für Gesundheit in diesem Bereich¹³². Dabei bildet sich ein erhöhtes Gesundheitsrisiko heraus: 6% aller Kinder sind bereits auf Schimmelpilze innerhalb von Wohnungen sensibilisiert¹³³.

Weiterhin kann Armut, gemessen am Einkommen, die Gesundheit von Menschen unmittelbar beeinflussen, z.B. durch unzureichende Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln für Kinder sowie die Aufnahme von chemisch belasteten Lebensmitteln. Arbeitslose (40%), Alleinerziehende (35%), Migranten und Migrantinnen (24%) und Menschen unter vierundzwanzig Jahren (15-20%) gehören dabei zu der Gruppe, die stark von Armut betroffen sind.

Weiterhin sind bei der genannten Gruppe schwere körperliche Belastungen bei der Arbeit, Lärm, mangelnde Hygieneverhältnisse und fehlende Partizipation Risikodeterminanten. Infektionskrankheiten, welche aufgrund von geringen Zugangsmöglichkeiten zu Nahrung, Wasser und gesundheitlichen Versorgungssystemen entstehen können, führen sodann zu weiterer Verarmung, da medizinische Kosten getragen werden müssen und der Tätigkeit vorerst nicht weiter nachgegangen werden kann¹³⁴.

Auch die WHO hat in der Ottawa-Charta die Voraussetzungen für Gesundheit in Hinblick aller bisher genannten Bereiche beschrieben. Grundlegende Voraussetzungen sind demnach nicht

¹³⁰ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.19

¹³¹ ebd. S.25

¹³² ebd. S.31

¹³³ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.99

¹³⁴ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.31

lediglich die Wohnbedingungen, das Einkommen, die Bildung, Ernährung und ein stabiles Öko-System sondern ebenso Frieden, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit¹³⁵.

7.1 Schädigende Umwelteinflüsse in der frühen Kindheit

Neben den bereits genannten Aspekten, müssen in der frühen Kindheit jedoch auch entwicklungspezifische Anforderungen beachtet werden, welche ebenso durch Umweltbedingungen beeinflusst werden können.

Dazu zählen vor allem das Wohlbefinden negativ beeinflussende Determinanten, wie gesundheitsrelevante Entwicklungsaufgaben (die Schulanforderungen bewältigen, soziale Kontakte knüpfen), kritische Phasen im Leben (wie die Scheidung der Eltern oder ein Todesfall) sowie alltägliche Belastungen (Krankheit).

Durchaus wird an dieser Stelle und auch nachfolgend immer wieder deutlich, dass der Bereich der Umwelteinflüsse untrennbar im Zusammenhang mit dem Einfluss des sozialen Umfeldes, welcher später unter Punkt 8 beschrieben wird und dem SES steht.

Zunächst werden jedoch Themen vorgestellt, die nach dem Deutschen Bundestag (2009) in den fünf nachfolgend aufgeführten Altersgruppen von Bedeutung sind.

Die ersten beiden Altersgruppen werden nachfolgend intensiver beschrieben:

- Kinder unter drei Jahren: Bindung und Autonomie
- Kinder von drei bis sechs Jahren: Sprache, Bewegung und Achtsamkeit
- Kinder von sechs bis zwölf Jahren: Aneignen, Gestalten, Beziehungen eingehen
- Zwölf- bis Achtzehnjährige: Körperwahrnehmung, Grenzen testen, Identität
- Achtzehn- bis Siebenundzwanzigjährige: Entscheidungsfindung, Intimität, Verantwortung

Bei den der Altersgruppen zugeordneten Themen ist zu beachten, dass hier lediglich gesundheitlich relevante Entwicklungsthemen benannt sind, die ebenso altersübergreifend stattfinden können¹³⁶.

Kinder unter drei Jahren und deren Eltern müssen in dieser Zeit gemeinsam Entwicklungsthemen bewältigen. Dazu zählt der Aufbau einer sicheren Bindung, die Entwicklung von Selbstständigkeit sowie Problembewältigungsstrategien und die Fähigkeit das eigene Verhalten und die Emotionalität zu regulieren.

¹³⁵ vgl. Hildebrandt, Helmut; Kickbusch, Ilona (2006), S.1

¹³⁶ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.80

Durch eine wechselseitige, positive und unterstützende Beziehung mit Bezugspersonen, können diese Kompetenzen herausgebildet werden. Die Bezugspersonen können dabei Eltern(teile), Erziehende, Pflegeeltern und weitere mögliche Personen sein.

Das Vorhandensein von Nähe zwischen Mutter und Kind ist für die erste emotionale Beziehung des Kindes grundlegend wichtig, da das Bedürfnis nach Nähe und Kontakt eine Schutzfunktion und Bindungsstrategie, vor allem in unsicheren Situationen, ist.

In dieser Lebensphase wird von einer kritischen Wachstumsperiode gesprochen, da die wesentlichen Entwicklungsprozesse, wie die sozial-emotionale Entwicklung, durch die Erfahrungen in dieser Zeit geprägt sind¹³⁷.

Das zweite entwicklungsspezifische Thema ist das Bedürfnis nach Autonomie und Exploration. Dieses Bedürfnis setzt das Vorhandensein einer Bindung voraus.

Die Bindung stellt dabei die sichere Basis für die Erkundung der Umwelt dar.

Es muss ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Autonomiebestreben vorherrschen, so dass von einer Bindungssicherheit gesprochen werden kann.

Bei vernachlässigten bzw. misshandelten Kindern ist eine Abweichung von diesem Gleichgewicht festzustellen. Als häufiger Grund für Vernachlässigungen oder Misshandlungen ist eine Überforderung der Eltern bzw. Erziehenden zu nennen, welche in jedem Fall die Gesundheit des Kindes maßgeblich und nachhaltig beeinträchtigen und zu einer Traumatisierung des Kindes führen kann.

Um jedoch die altersspezifischen Entwicklungsprozesse durchlaufen zu können, muss das Kind in einem guten allgemeinen Gesundheitszustand sein¹³⁸.

In den ersten fünf Lebensjahren ist die Gefahr von Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung am größten. Besonders innerhalb des ersten Lebensjahres erliegen betroffene Kinder häufig den Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung.

Bei wiederholtem Auftreten von traumatischen Erfahrungen besteht außerdem das Risiko für eine unangemessene Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien und einer eingeschränkten Erinnerungsfähigkeit. Betroffene Kinder leiden oftmals unter Angstzuständen, welche sich auch auf spätere Beziehungen übertragen können¹³⁹.

Tatsächlich konnte anhand von verschiedenen Untersuchungen festgestellt werden, dass (schwer) vernachlässigte und misshandelte Kinder häufig eine unsichere Bindung aufwiesen

¹³⁷ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.82f.

¹³⁸ ebd. S.83

¹³⁹ ebd. S.84

und vermehrt Bindungsstörungen diagnostiziert bekamen.

Die Relevanz des angemessenen Verhaltens der Eltern für die gesundheitliche und seelische Entwicklung eines Kindes, wird an dieser Stelle besonders deutlich¹⁴⁰.

Zum Vergleich wird nun die Altersgruppe der Kinder zwischen drei und sechs Jahren hinzugezogen.

Die in dieser Altersspanne gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen Bewegung, Sprache und Achtsamkeit sind mit sozialen Kompetenzen gleichzusetzen.

Bereits im vorherigen Altersabschnitt sind diese Inhalte von Bedeutung, jedoch werden sie in dieser Lebensphase erheblich erweitert.

Die Interaktion mit dem sozialen Umfeld, welches sich zumeist vom familiären Umfeld auf die Kindertagesstätte erweitert hat, ermöglicht einen Prozess der Selbstbildung und die Erkundung und Bewältigung von neuen sozialen Kontexten.

In dieser Zeit sind die Eltern als Vorbild von besonderer Bedeutung. Sie befinden sich in der Position das Kind davon zu überzeugen, dass die Sicherheit des familiären Umfeldes ebenso innerhalb einer Kindertagesstätte bestehen kann. Diese Sicherheit ist wichtig für das Kind, damit es sich wohlfühlen und an diesem vorerst unbekanntem Ort lernen kann.

Die Bewegungs- und Sprachentwicklung sowie die soziale Entwicklung sind eng miteinander verbunden und bestimmen das spätere subjektiv empfundene Wohlbefinden und die Möglichkeit zur Teilnahme an der Gesellschaft¹⁴¹.

Achtsamkeit meint in dieser Lebensphase die Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen, empathisch zu sein und aufgrund des eigenen Verhaltens von ihnen akzeptiert zu werden. Der Begriff Achtsamkeit beinhaltet ebenso die Wahrnehmung des eigenen Hunger- und Sättigungsgefühls sowie Müdigkeit usw., was die Voraussetzung für die Wahrnehmung dieser Gefühle und Zustände bei anderen Menschen darstellt.

Das eigene Empfinden und die Bereitschaft zu Kooperationen sind in dieser Lebensphase ebenfalls wichtig, besonders da die Beziehung zwischen Erwachsenen und Kind von großer Bedeutung ist.

Die Selbstständigkeit des Kindes unterliegt dann guten Entwicklungsvoraussetzungen, wenn eine Verbundenheit, Vertrautheit und Verlässlichkeit seitens der Erwachsenen besteht und das Kind dennoch die Möglichkeit zu Widerstand hat.

¹⁴⁰ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.84

¹⁴¹ ebd. S.92

Die soziale Kompetenz des Kindes wird durch einen partnerschaftlichen Erziehungsstil der Eltern gefördert, welcher auch zu besseren schulischen Leistungen führen kann¹⁴².

Um zusätzlich zu den bereits genannten Themen auch die Bewegung und Sprache des Kindes zu erweitern, muss eine Umgebung geschaffen werden, die ein Experimentieren ermöglicht. Dabei orientieren sich die Kinder an ihren Eltern bzw. den Erziehenden sowie den Gleichaltrigen in der Kindertagesstätte.

Zu kleine oder hellhörige Wohnungen bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien bieten ihnen oftmals nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Bewegung.

Fehlende oder unzureichende Kommunikation innerhalb der Familie kann dann zusätzlich auch die sprachliche Kompetenz der Kinder beeinträchtigen.

Kinder die in Armut leben, haben zudem häufig keine angemessenen Spielmöglichkeiten in ihrem Wohnumfeld, was ihr natürliches Explorationsverhalten, den Zugang zu sozialen Kontakten und Interaktionen einschränkt¹⁴³.

Nach den nun beschriebenen besonderen Entwicklungsanforderungen der beiden Altersgruppen, werden in Punkt 7.2 die nachhaltigen Gesundheitsschädigungen von frühkindlichen Erlebnissen erläutert.

7.2 Nachhaltige Gesundheitsschädigungen im Erwachsenenalter

Die Belastung durch Krankheiten und Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter ist zwar im Allgemeinen als gering zu bezeichnen, dennoch ist dieser Zeit eine besondere Bedeutung für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf zuzusprechen. Belastungen, welche in der Kindheit bzw. Jugendphase auftreten, können auch erst Jahrzehnte später zu einer Erkrankung werden. Den Determinanten für Gesundheit oder Krankheit in dieser Zeit ist somit besondere Aufmerksamkeit zu widmen¹⁴⁴.

Wird das natürliche Bewegungs- und Kommunikationsbedürfnis von Kindern aufgrund der unzureichenden Möglichkeiten zur Ausübung eingeschränkt, wird das lebendige Kind von Erwachsenen zunehmend als störend empfunden, was wiederum zu einer voreiligen

¹⁴² vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.94

¹⁴³ ebd. S.94

¹⁴⁴ Erhart, Michael; Wille, Nora; Ravens-Sieberer (2008): In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik, In: Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H.; Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities; Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, S.331

Einstufung der Hyperaktivität führen kann¹⁴⁵.

Der Konsum von fettreichen Lebensmitteln und süßen Getränken kann in Verbindung mit mangelnder Bewegung zu Übergewicht oder Adipositas führen.

Auch soziale Probleme können ein gestörtes Essverhalten auslösen.

Durch die Passivrauchbelastung innerhalb der elterlichen Wohnung sind bereits Kleinkinder mit krebserregenden Stoffen und anderen Schadstoffen belastet, welche Jahrzehnte später durch eine Erkrankung zum Ausdruck kommen können.

Familiäre Probleme und kritische Phasen, wie z.B. eine Scheidung der Eltern, können für das Kind belastend sein. Unter diesen Bedingungen entsteht Stress, welcher bei wiederholtem Auftreten und fehlender sozialer Unterstützung chronische Symptome hervorrufen kann.

Diese lassen sich in körperliche (Kopf- und Bauchschmerzen oder Müdigkeit), emotionale (Motivationslosigkeit oder Ängste) und verhaltenbezogene (Konzentrationschwierigkeiten oder Unruhe) Symptome unterteilen. Dauerhafte Symptome können wiederum zu koronaren Herzerkrankungen führen¹⁴⁶.

Die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungssystemen ist besonders bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund mangelhaft, was die Möglichkeit zur Früherkennung von Krankheiten minimiert¹⁴⁷.

Eine Vernachlässigung oder Misshandlung kann des Weiteren eine Traumatisierung des Kindes bewirken, was bei wiederholtem Auftreten dazu führen kann, dass das Kind keine angemessenen Strategien entwickelt um Stress zu bewältigen, was sich im späteren Leben nachteilig auswirkt. Außerdem entstehen häufig Ängste, welche mit Bindung im Allgemeinen in Verbindung gebracht werden und spätere Beziehungen erschweren.

Die Entwicklung von Sprache und sozialer Kompetenz ist ausschlaggebend für das subjektive Wohlbefinden des Kindes, also auch das Kohärenzgefühl, und für das Ausmaß der Teilhabe an der Gesellschaft im späteren Leben.

Allgemein ist zu sagen, dass Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus später häufiger die Verhaltensweisen ihrer Eltern übernehmen (nach der KIGGS Gesundheitsstudie)¹⁴⁸.

Dass die Chancenungleichheit von Anfang an sowie frühkindliche Belastungen und Beeinträchtigungen der Entwicklung ursächlich für Beeinträchtigungen und Folgen der Gesundheit sein können, ist damit belegt.

¹⁴⁵ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.80ff.

¹⁴⁶ ebd. S.108f.

¹⁴⁷ vgl. BZgA, RKI (2008), S.109ff.

¹⁴⁸ ebd. S.156

Nun soll herausgefunden werden, welche Auswirkungen die schädigenden Umwelteinflüsse in der Kindheit auf das Kohärenzgefühl und die Ressourcen eines Kindes haben. Dazu nachfolgend Punkt 7.3.

7.3 Die Auswirkungen schädigender Umwelteinflüsse auf Kohärenz und Ressourcen

Antonovsky stellt die Hypothese auf, dass ein Zusammenhang zwischen SOC und Gesundheit im Hinblick auf physiologische Konsequenzen bestehen würde.

Einem möglichen Zusammenhang von SOC und psychischer Gesundheit, wie Wohlbefinden und Lebensqualität, stand er hingegen zurückhaltend gegenüber.

Unterschiedliche Studien konnten jedoch nur äußerst geringe bis gar keine direkten Zusammenhänge zwischen SOC und körperlicher Gesundheit feststellen.

Zu einer Erkenntnis kam eine schwedische Studie dennoch: Menschen mit niedrigem SOC klagten deutlich häufiger über ihr Leid und Schmerzen als Menschen, mit höherem SOC¹⁴⁹. Der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl, Gesundheit und Krankheit wurde nachfolgend weiterhin mehrfach untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Höhe des Kohärenzgefühls eher mit dem Wohlbefinden, der Lebensqualität und der –zufriedenheit in Verbindung steht, was der psychischen Gesundheit zuzuordnen wäre.

Das Kohärenzgefühl ist dabei unabhängig vom Alter, dem Geschlecht, der Religionszugehörigkeit und der Nationalität eines Menschen stark mit der psychischen Gesundheit verbunden.

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit beschrieben, wird Stress als weniger belastend wahrgenommen, wenn ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl vorhanden ist. Dass Kohärenz eine gesundheitsfördernde Ressource darstellt, ist also bekannt.

Entgegen Antonovskys Hypothese ist damit allerdings ein höherer Zusammenhang zwischen dem SOC und psychischer Gesundheit belegt¹⁵⁰.

Die Stressforschung unterscheidet zwischen drei unterschiedlichen Stressreizen: dem chronischen Stress, alltäglichen Widrigkeiten und kritischen Lebensereignissen.

Antonovsky geht davon aus, dass chronische Stressoren ausschlaggebend sind für die Höhe des SOC beim Individuum und sich somit negativ auf das Kohärenzgefühl auswirken.

¹⁴⁹ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.43ff.

¹⁵⁰ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.69

Weiterhin lässt sich erneut der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von subjektiv wahrgenommenem Stress und Kohärenzgefühl belegen¹⁵¹.

Zum Zusammenhang des Kohärenzgefühls und Bewältigungsstrategien sagt Antonovsky:

„Wenn wir das SOC-Niveau einer Person kennen, können wir nicht vorhersagen, ob sie in einer gegebenen streßhaften Situation kämpfen, erstarren oder fliehen wird, ob sie sich ruhig verhalten oder ihre Meinung äußern, dominieren oder sich in den Hintergrund verziehen wird oder welche andere Kategorien beobachtbaren Verhaltens wird auch immer konstruieren möchten“ (Bengel et al. 1998: 47).

Er nimmt jedoch an, dass Menschen mit höherem SOC Probleme eher als verstehbar, handhabbar und als Herausforderung wahrnehmen. Demnach erleichtert ein hohes Kohärenzgefühl die Anpassung an schwierige Situationen im Leben (z.B. durch Situationskontrollversuche und aktive Bewältigungsstrategien), während sich ein niedriger SOC in gleichen Situationen durch eine Überforderung (z.B. depressives Bewältigungsverhalten, Abwehr, Resignation) ausdrückt¹⁵².

Nach Antonovsky können ungünstige Umstände, also äußere Einflüsse, die optimale Entwicklung des SOC behindern. Demnach haben Menschen die sich in ungünstigen Lebensumständen befinden und keine soziale Unterstützung erfahren, nicht die gleiche Chance zur Entwicklung von Kohärenz wie Menschen, die in einem unterstützenden sozialen Umfeld aufwachsen.

Die soziale Unterstützung wird von ihm jedoch lediglich als eine von vielen Widerstandsressourcen bezeichnet und nicht als bedeutsamer eingeschätzt¹⁵³.

Wenn also aufgrund äußerer Einflüsse der Kohärenzsinn beeinträchtigt ist (beispielsweise durch schwere Schicksalsschläge), können vorhandene Widerstandsressourcen nicht in vollem Maße mobilisiert werden, so dass Handlungsmöglichkeiten angemessen geplant und umgesetzt werden können. Die Widerstandsressourcen ermöglichen dem Individuum eine gesundheitsfördernde Lebensweise, wobei gesellschaftliche Bedingungen ein solches Verhalten ermöglichen bzw. ebenso einschränken können¹⁵⁴.

Um eine Beeinträchtigung des Kohärenzgefühls zu überbrücken bzw. das geringe Vorhandensein der Kohärenz auszugleichen, existieren verschiedene intrinsische und extrinsische Konzepte, die eine Wiederherstellung begünstigen könnten.

¹⁵¹ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.46f.

¹⁵² ebd. S.47f.

¹⁵³ ebd. S.48

¹⁵⁴ ebd. S.69ff.

Dazu zählt z.B. Resilienz, der Empowerment Ansatz, die Selbstwirksamkeitserwartung, die Widerstandsfähigkeit und der dispositionelle Optimismus.

Einige dieser Konzepte sind zum Verständnis nachfolgend kurz erklärt.

Das Konzept der Resilienz, nach der amerikanischen Entwicklungspsychologin Emmy Werner (*1929), gilt als Schutzmechanismus. Dabei besteht eine enge Verbindung zum Konzept der Widerstandsressourcen von Antonovsky. Denn ähnlich wie bei den Widerstandsressourcen, wird von Resilienz gesprochen, wenn das Individuum trotz negativer Ereignisse im Leben und Belastungen Kräfte mobilisieren kann, welche es gesund erhalten. Resilienz beschreibt also die Fähigkeit bzw. den Prozess, Belastungen, durch die Mobilisierung von individuellen und sozial übertragenden Ressourcen, zu überwinden und als Möglichkeit für die Weiterentwicklung zu nutzen¹⁵⁵.

Der Empowerment-Ansatz nach dem amerikanischen Sozialwissenschaftler Julian Rappaport, soll das Individuum durch Außenstehende dazu befähigen können, seine Handlungsmacht und Kontrolle über die Lebensbedingungen wiederzuerlangen. Ein Erfolg bei der Mobilisierung von Ressourcen und Kontrolle bei einem Individuum wird allerdings lediglich professionellen Fachkräften zugesprochen¹⁵⁶.

Das Empowerment-Konzept ist ähnlich zu dem der Kontrollüberzeugung (Health Locus of Control) nach Julian B. Rotter (*1916) (1966 & 1975), amerikanischer Psychologe, welches auf einer nicht gesundheitspezifischen Überzeugung von Kontrolle beruht.

Diese Überzeugungen beschreiben die Erwartung eines Individuums an die Beeinflussbarkeit von Gesundheit und Krankheit und sind als situationsabhängig zu bezeichnen.

Antonovsky beschreibt diese jedoch eher als personenbezogen und stabil¹⁵⁷.

Auch zum Ansatz des Control of Destiny nach Leonard Syme (*1932),

Epidemiologieprofessor an der University of California at Berkeley, kann an dieser Stelle eine Verbindung hergestellt werden.

Ein weiteres Konzept ist die Selbstwirksamkeitserwartung nach dem kanadischen Psychologen Albert Bandura (*1925) (1977 & 1982).

Dabei nimmt Bandura an, dass das Verhalten eines Individuums abhängig ist von der Ergebniserwartung und der Erwartung an den Nutzen und Aufwand. Selbstwirksamkeit bildet

¹⁵⁵ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.68

¹⁵⁶ ebd. S.70f.

¹⁵⁷ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.53f.

sich durch erfolgreich bewältigte Situationen aus, aus denen angemessene Bewältigungsstrategien entwickelt werden können¹⁵⁸.

Alle genannten Konzepte ähneln sich in ihrer Grundannahme und können deshalb an dieser Stelle gleichermaßen erwähnt werden.

Der Einfluss des SOC auf ein Gesundheitsverhalten bzw. die Vermeidung von gesundheitlichen Risiken ist nach Antonovsky nur eingeschränkt bedeutsam. Er sieht ein Gesundheitsverhalten eher im Zusammenhang mit soziostrukturellen und kulturellen Bedingungen, betont aber dennoch, dass Menschen mit einem hohen SOC in Stresssituationen weniger zu Suchtmitteln greifen, da ihnen ein angemessenes Bewältigungsverhalten möglich ist¹⁵⁹.

Somit ist durchaus ein Zusammenhang zwischen dem SOC und einem Gesundheitsverhalten herzustellen und auch die eben genannten Konzepte zur Anpassung an äußere Bedingungen sind durch die Annahme in ihrer Wirksamkeit für die Wiederherstellung von Gesundheit verstärkt.

Da sich das Kohärenzgefühl basierend auf eigenen Erfahrungen und den familiären Voraussetzungen, in Interaktionen mit der Umwelt und im Verlauf des Lebens entwickelt und ausbildet, können verschiedene äußere Bedingungen Auswirkungen auf die Kohärenz eines Menschen haben und ihn somit stärker belasten.

Besonders der Partizipation an Entscheidungsprozessen, welche durch soziale Wertschätzung gekennzeichnet sind, spricht Antonovsky eine hohe Bedeutung zu. Diese seien entscheidend für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Kohärenz.

Damit wären allerdings weitere Determinanten, wie das Geschlecht, der Bildungsstand usw. zu beachten¹⁶⁰.

Kinder mit einem niedrigeren SES haben durch verschiedene Einschränkungen in ihrem Lebenskontext, bereits von Beginn an, geringere gesundheitliche Entwicklungschancen. Die Relevanz und der Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Gesundheit von Kindern sind damit wiederholt hervorgehoben worden.

8. Sozialer Einfluss auf die Gesundheit

Verglichen mit den bisher beschriebenen grundlegenden Determinanten von Gesundheit ist der Einfluss der Medizin eher gering zu bewerten. Die gesundheitliche Versorgung ist dabei

¹⁵⁸ vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.54

¹⁵⁹ ebd. S.49

¹⁶⁰ ebd. S.50

im 20. Jahrhundert nur mit 17% an der Erhöhung der Lebenserwartung beteiligt gewesen. Vielmehr sind soziale und ökonomische Determinanten ausschlaggebend¹⁶¹.

Entgegen Antonovskys Annahme, stellt das Geschlecht einer Person eine Determinante für Gesundheit und soziale sowie gesundheitliche Ungleichheit dar.

Aufgrund der Sozialisation des weiblichen Geschlechts, welche häufig noch von finanzieller Abhängigkeit geprägt ist, wird eine Einschränkung für die Entwicklung eines hohen Kohärenzgefühls vermutet. Damit wäre ein durch weitere Studien mehrfach belegter niedriger SOC bei Frauen zu begründen.

Auch Unterschiede im Bezug zum Alter wurden untersucht.

Dabei geht Antonovsky von einer Stabilität des SOC im Erwachsenenalter aus, wohingegen Studien zeigen, dass mit zunehmendem Alter auch das Kohärenzgefühl des Individuums zunimmt¹⁶².

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem SOC und dem Bildungsstand sowie dem SOC und dem Einkommen wurde eine wechselseitige Beziehung der Beschäftigungsart, des Einkommens und des SOC festgestellt.

Selbstständige sowie Angestellte mit höherem Einkommen weisen einen höheren SOC auf als Personen mit niedrigerem Einkommen.

Eine Studie kommt dabei jedoch zu dem Ergebnis, dass der sozioökonomische Status während der Kindheit keinen Einfluss auf die Ausprägung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter nimmt¹⁶³.

Welchen Einfluss und welche Bedeutung das soziale Umfeld von Kindern also tatsächlich auf ihre Gesundheit hat, wird im nachfolgenden Punkt erläutert.

8.1 Einfluss und Bedeutung des sozialen Umfeldes von Kindern auf ihre Gesundheit

Dass eine benachteiligte ökonomische Lage die Gesundheit eines Menschen beeinträchtigt, ist bereits bekannt. In den letzten Jahrzehnten hat sich in Deutschland die soziale und ökonomische Ungleichheit vergrößert.

Ein Zusammenhang zwischen Armut und gesundheitlicher Benachteiligung ist mehrfach belegt.

¹⁶¹ vgl. Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2010), S.11

¹⁶² vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (1998), S.51

¹⁶³ ebd. S.51f.

Bei Kindern und Jugendlichen sind aufgrund der sozialen Schichtzugehörigkeit Diskriminierungen zu verzeichnen, auf welche die Kinder mit vermindertem Selbstvertrauen reagieren. Dies hat häufig psychosomatische Symptome, wie eine Fehlernährung, ein früherer Konsum von Suchtmitteln und eine niedrigere subjektive Gesundheitseinschätzung zur Folge. Die daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Gesundheit können bis in das Erwachsenenalter und darüber hinaus bestehen bleiben.

Weiterhin konnten Zusammenhänge zwischen dem SES und Bluthochdruck sowie Übergewicht festgestellt werden, welche als Risikodeterminanten für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu bezeichnen sind¹⁶⁴.

Die Bedingungen für eine gesunde Entwicklung lassen sich an dieser Stelle also aus den vorherigen Punkten herleiten. Ganz konkret haben verschiedene entwicklungspezifische Anforderungen also ebenso Einfluss auf die Gesundheit eines Kindes, wie gesellschaftliche, sozioökonomische, umweltbedingte und soziale Determinanten. Alle Bereiche sind dabei eng miteinander verbunden.

Die für Kinder unter drei Jahren relevanten gesundheitlichen Entwicklungsthemen, Bindung und Autonomie, bilden die Grundlage für die weitere gesundheitliche Entwicklung.

Diese Entwicklung findet zwischen biologischen und erfahrungsbedingten Einflüssen statt, welche durch das nähere soziale Umfeld, wie die Familie und Kindertageseinrichtungen, vermittelt werden.

Die von Eltern und Kind gemeinsam zu bewältigenden Themen sind also Entwicklung und Erhalt einer sicheren Bindung, Ermöglichung von Selbstständigkeit, flexible Bewältigungsstrategien von Problemen entwickeln und Verhaltensregulation¹⁶⁵.

Diese Fähigkeiten können nur entwickelt werden, wenn eine wechselseitige positive und unterstützende Beziehung zu einer sicheren Bezugsperson besteht, welche in erster Linie die Eltern sind. Jedoch können und müssen auch zunehmend andere Menschen, wie pädagogisches Personal in einer Institution, die Bindungsposition übernehmen bzw. ergänzen¹⁶⁶.

Anhand der geringen Nachfrage für einen Platz in einer Kindertageseinrichtung kann allerdings angenommen werden, dass alleinerziehende Elternteile sich von vorne herein keine Chance erhoffen, einen Platz in einer solchen Einrichtung zu bekommen und ihr Kind

¹⁶⁴ vgl. Hurrelmann, Klaus (2000), S.29f.

¹⁶⁵ vgl. Landesjugendamt Fachbereich II (2007), S.8

¹⁶⁶ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.82

deshalb nicht anmelden oder aber eine Krippenerziehung für sie eher als Notlösung gesehen wird.

Besonders von Eltern mit erheblichen Erziehungsschwierigkeiten wird vermutet, dass sie eine zu frühe institutionelle Förderung ihres Kindes als unverantwortlich erleben.

Gehen beide Elternteile bzw. der alleinerziehende Elternteil jedoch einer Erwerbstätigkeit nach, zeigt sich der erhöhte Bedarf von einem Betreuungsplatz. Die Betreuung des Kindes in einer Institution im Hinblick auf Erziehung, Bildung, Förderung und Betreuung, wird für immer mehr Eltern als hilfreich und ergänzend angesehen¹⁶⁷.

Begründet durch die Kleinstkindforschung der Neurobiologie und der Psychologie, kann im 21. Jahrhundert verstärkt von bereits vorhandenen Kompetenzen und Lernmöglichkeiten im Säuglingsalter ausgegangen werden. Aus dieser Erkenntnis leiten sich Handlungsempfehlungen und –möglichkeiten ab, wie das soziale Umfeld den Bedürfnissen des Kindes gerecht werden kann.

Ganzheitliche Förderung in den ersten drei Lebensjahren, Persönlichkeitsentwicklung, Kompetenzentwicklung usw., wird für Eltern aufgrund von Überforderung, Zeitmangel und anderen Gründen jedoch immer unmöglicher¹⁶⁸.

Gerade für benachteiligte Familien und Kinder stellt die Krippenerziehung dann eine Chance dar, die Potentiale des Kindes bzw. der Kinder im Kontext mit anderen Kindern entwickeln zu können. Auch alleinerziehende Elternteile, die halbtags arbeiten möchten, sind zunehmend auf die Betreuung ihres Kindes in einer Krippe angewiesen.

Für eine positive Persönlichkeitsentwicklung des Kindes müssen drei notwendige Voraussetzungen erfüllt werden: Die Versorgung, die Sozialisation und die Erziehung.

Diese drei Funktionen können aufgrund einer Erwerbstätigkeit der Eltern bzw. des Elternteils oftmals nicht in vollem Umfang erfüllt werden¹⁶⁹.

Sozialen Netzwerken kommt demnach eine hohe Bedeutung für die Gesundheit eines Kindes zu. Intakte soziale Netzwerke, die ein Individuum in kritischen Lebensphasen unterstützt, sind ausschlaggebend für die Stressbewältigungsmechanismen des Betroffenen.

Es wird von einem sozialen Immunsystem gesprochen, welches in der Lage ist, Krankheiten entgegenzutreten.

¹⁶⁷ vgl. Landesjugendamt Fachbereich II (2007), S.8f.

¹⁶⁸ ebd. S.9

¹⁶⁹ ebd. S.9f.

Primärgruppen stellen dabei eine besonders effektive Krankheitsabwehr für das Individuum dar. Als Primärgruppen werden Gruppen bezeichnet, dessen Mitglieder intime, emotional bestimmte und direkte Beziehungen hegen (z.B. Familie, Freunde).

Die Beziehungen haben den frühesten und grundlegendsten Einfluss auf ein Individuum und seine Entwicklung. Der Unterschied zwischen diesen und anderen Beziehungsgefügen ist der, dass das Individuum innerhalb von Primärgruppen der Gemeinschaft und nicht der Gesellschaft angehört. Gesellschaftliche Beziehungen und die Mitgliedschaft in ihr sind freiwillig und der Beitrag des Individuums funktional.

In gemeinschaftlichen Beziehungen ist die Beziehung unfreiwillig und naturgegeben.

Die Gemeinschaft betrachtet die Person im Gesamten und nicht in ihrer Rolle innerhalb der Gesellschaft.

Es wird angenommen, dass primäre Beziehungsformen eine größere Wirkung bei der Unterstützung des Individuums in kritischen Lebensphasen erzielen und verstärkt zur Findung von Bewältigungsmechanismen beitragen¹⁷⁰.

Die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes im Bezug zur Gesundheit des Kindes wird sodann in der Systemperspektive deutlich:

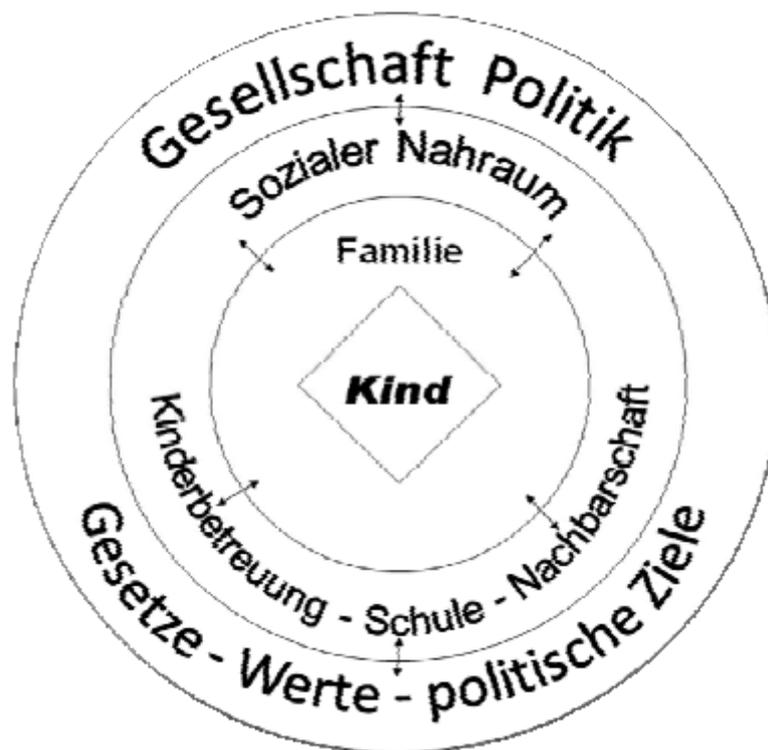


Abbildung 3: Systemische Darstellung der Determinanten für Gesundheit

¹⁷⁰ Bauch, Jost (2004): Das Konzept der „sozialen Netzwerke“ als Grundlage einer soziologischen Gesundheits- und Krankheitstheorie, In: Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion; Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003, S.21

Alle einflussreichen Determinanten im Bezug zur Gesundheit des Kindes sind in dieser Darstellung, mit ihrer Nähe und Distanz zum Kind, aufgeführt. Den wechselseitigen Einflussmöglichkeiten auf das soziale Umfeld und die Bedeutung dieser für das Kind, wird eine erhebliche Relevanz für die gesundheitliche Entwicklung zugesprochen.

So können auch die äußeren Lebenskontexte des Kindes, wie die Gesellschaft und die Politik, durch angemessene Kinder- und Jugendhilfe die Rahmenbedingungen in den innen liegenden Kontexten verbessern und dadurch die gesundheitliche Entwicklung positiv beeinflussen.

Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst dabei unter anderem auch die Kindertagesstätten und Schulen, innerhalb deren Systeme auch Kinder aus Familien mit niedrigerem SES die Chance haben, ihre Potentiale zu entwickeln¹⁷¹.

Wie optimale Gesundheitsförderung im Sinne der Ausgleichung von sozialen Ungleichheiten umgesetzt werden und funktionieren kann, wird nun in Punkt 8.2 erläutert.

8.2 Optimale Gesundheitsförderung: sozialer Ungleichheit entgegenwirken

Die Ansätze, welche präventiv auf die Gesundheit der Menschen Einfluss nehmen wollen, sind während der 80er und 90er Jahre zunehmend komplexer geworden.

Basierend auf der Erweiterung des Gesundheitsbegriffes durch die WHO, welche nicht mehr nur die körperlichen Befindlichkeiten, sondern nun auch psychosoziale Aspekte beachtet, wird in verschiedenen Kontexten von einer 'Risikogesellschaft' im Bezug zu Gesundheit gesprochen.

Durch diese Begriffserweiterung haben sich auch die Anwendungsbereiche der Prävention ausgedehnt und die gesundheitlichen Probleme der Menschen in Settings verlagert.

Die WHO spricht in der Ottawa-Charta, zu Beginn dieser Arbeit kurz erwähnt, unter veränderten Bedingungen weiterhin vom Setting-Ansatz, welcher von der WHO wie folgt definiert wird:

„Setting is the place or social context in which people engage in daily activities, in which environmental, organisational and personal factors interact to effect health and well being“ (Bauch, Jost 2004: 104).

¹⁷¹ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.64

Ein Setting ist ein Ort, welcher die Handlung aller in sich befindenden Individuen bestimmt. Gesundheitserziehung findet dabei im lebensnahen Umfeld, also in der Freizeit, der Schule, bei der Arbeit usw., statt. In diesem Kontext müssen angemessene gesundheitsförderliche Bedingungen geschaffen werden.

Setting zielt dabei nicht auf die Reduktion von Risikobedingungen ab, sondern führt Gesundheit als ein Konzept in die eigene Organisation ein¹⁷².

Gesundheitserziehung in verschiedenen Settings hatte, aufgrund von der unzureichenden Beachtung sozialer und ganzheitlicher Aspekte, bisher nur mäßigen Erfolg.

Die Funktion von Erziehung im eigentlichen Sinn ist es, eine Veränderung der psychischen Umwelt der Gesellschaft zu bewirken und durch Kommunikation Einfluss auf das Bewusstsein von Individuen zu nehmen. Dabei bestimmt das Individuum selbst, ob es die äußeren Kommunikationsangebote annimmt und wie es darauf reagiert.

Erziehung hat sich zur Subjektorientierung hin entwickelt und zielt darauf ab, das selbstständige und intrinsisch motivierte Individuum durch Bildung zu fördern.

Erziehung geschieht vor allem in institutionellen Systemen, welche dazu angehalten werden, angemessene Kontexte zu schaffen, in denen das Individuum eigenständig lernen kann.

Jedoch wird durch die externe Bewertung des Lernens eines Individuums dem eigentlichen Sinn von Erziehung und Pädagogik nicht nachgekommen¹⁷³.

Dennoch wird durch unterschiedliche Ansätze versucht, einer gesundheitlichen und damit auch sozialen Ungleichheit entgegenzuwirken.

Zunächst ist dafür die Prävention zu nennen, welche sich mit der Vermeidung von bekannten Risiken und der damit verbundenen Krankheitsentstehung beschäftigt. Eine bekannte Methode zur Feststellung der aktuellen Position zwischen Krankheit und Gesundheit ist die Aufteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Dabei richtet sich die primäre Prävention an die Vorbeugung von Symptomen oder Krankheiten bei einem Menschen und beschäftigt sich mit der Verbesserung der Lebensbedingungen¹⁷⁴.

Sekundäre Prävention bezieht sich auf bereits vorhandene Symptome oder bestehende Bedrohungen für die Gesundheit eines Menschen. Bei dieser Prävention muss es möglich

¹⁷² vgl. Bauch, Jost (2004), S.105

¹⁷³ ebd. S.126f.

¹⁷⁴ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.50f.

sein, bestehende Beschwerden zu beseitigen und gleichzeitig die gesundheitlichen Belastungen zu minimieren.

Tertiäre Prävention setzt sodann nach einer Erkrankung an und hat zum Ziel, ein erneutes Auftreten zu verhindern sowie die Folgen dieser Krankheit zu verringern¹⁷⁵.

Die Sachverständigenkommission hat fünf Gesundheitsziele formuliert, die sich an alle Verantwortlichen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen richten:

1. Frühe Entwicklungsförderung ermöglichen durch den Ausbau einer umfassenden Infrastruktur und Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung reduzieren
2. Ernährung und Bewegung niedrigschwellig und kindgerecht etablieren durch Bewegungsangebote, gesunde kostenlose Verpflegung in Kindertagesstätten und Schulen. Die Anzahl der momentan Übergewichtigen soll dabei mindestens beibehalten bzw. verringert werden.
3. Sprache und Kommunikation besonders bei Kindern aus Familien mit niedrigem SES und mit Migrationshintergrund durch frühkindliche Sprachförderung verbessern.
4. Schulbezogene Gesundheitsförderung durch Ausbau der Präventionsangebote und Netzwerke. Kinder- und Jugendhilfe in 25% aller Schulen etablieren
5. Psychosoziale Entwicklung im Jugendalter gewährleisten. Mehr Unterstützung für Jugendliche zur Minderung von psychosozialen Auffälligkeiten um 10%¹⁷⁶.

Die Gesundheitsförderung betrachtet Gesundheit als wichtigen Bestandteil des alltäglichen Lebens und alles was diese erhält oder unterstützt als gesundheitsförderlich (z.B. die Förderung von Selbstbestimmung, Kompetenzen, dem Wohlbefinden und materiellen, sozialen und ökologischen Ressourcen).

Gleichzeitig zielt die Gesundheitsförderung auf eine Reduktion von gesellschaftlicher Ungleichheit, aufgrund unterschiedlich verteilter Gesundheitsrisiken, Stressoren und Belastungen, ab¹⁷⁷.

Prävention und Gesundheitsförderung sind also zwei unterschiedliche Aspekte, die jedoch ebenso zusammenhängend sind. Dies ist mit der Annahme zu begründen, dass Gesundheitsförderung ebenso präventiv wirken kann.

¹⁷⁵ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.50f.

¹⁷⁶ ebd. S.41

¹⁷⁷ ebd. S.53

Die folgende Abbildung zeigt Strategien und Methoden zur Gesundheitsförderung und Prävention:



Abbildung 4: Gesundheitsförderung und Prävention

Da, wie bereits zuvor in einigen Punkten erwähnt, die Ungleichheit bereits mit der Geburt in eine bestimmte soziale Schicht beginnt, gewinnen die Institutionen zunehmend an Bedeutung für die Schaffung einer Chancengleichheit. Eine gleichberechtigte Entwicklung aller Kinder kann also innerhalb von institutionellen Systemen verwirklicht werden¹⁷⁸.

Abschließend werden nun die Inhalte und Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit diskutiert und zusammengefasst und ein Ausblick auf weitere Hypothesen und Forschungsfragen gegeben.

¹⁷⁸ vgl. Deutscher Bundestag (2009), S.53f.

9. Zusammenfassung und Ausblick

Vorerst möchte ich mich im Allgemeinen der Definition des Gesundheitsbegriffes von Antonovsky anschließen. Ebenso wie Antonovsky, spreche ich im Zusammenhang mit Gesundheit von einem beeinflussbaren und labilen Zustand, welcher dauerhaft aufrechterhalten werden muss.

Die Pathogenese wird dabei meiner Meinung nach nie vollkommen ersetzbar sein, dennoch sollte der Fokus verstärkt auf der Prävention von Krankheiten liegen und nicht auf der Beseitigung dieser.

Eine Gesundheitsförderung wie sie von der WHO konzipiert ist, kann jedoch unter den aktuell gegebenen gesellschaftlichen Strukturen nicht funktionieren. Das Modell der Ottawa-Charta ist theoretisch wirksam, jedoch in der Praxis relativ realitätsfern.

Leider hat die Politik als äußere Instanz ihre Verantwortung für die Thematik noch nicht in vollem Umfang erkannt, als dass diese die Konsequenzen ihrer Entscheidung einschätzen könnte. Hier wäre meiner Meinung nach ein zentraler Ansatzpunkt: Eine Neuorientierung der politischen Ebene und institutionellen Systeme in Deutschland.

Wenn auch die allgemeine gesundheitliche Situation von Kindern in Deutschland im Durchschnitt gut ist, so muss auch an die Folgen eines eventuellen Fehlverhaltens im Bezug zu Gesundheit gedacht werden.

Dabei wirken die Ottawa-Charta der WHO sowie die konkreten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung auf mich wie eine Art Verlagerung der Verantwortung. Jeder Mensch wird für seine eigene Gesundheit verantwortlich gemacht, dabei ist die Gesundheit der Bevölkerung meiner Meinung nach zunehmend ein gesellschaftspolitisches Problem.

Die Ansätze zur Gesundheitsförderung nach Antonovsky und Nussbaum veranschaulichen dabei die individuellen und gesellschaftsspezifischen Möglichkeiten zur Erhaltung von Gesundheit.

Das Kohärenzgefühl kann also Ressource für die Bewältigung von gesundheitsschädlichen oder –belastenden Situationen bezeichnet werden.

Jedoch ist der Prozess dieser Ressourcenmobilisierung in Belastungssituationen für Individuen nicht greifbar.

Ich habe dein Eindruck, dass durch Medien, wie Fernsehen, vermehrt suggeriert wird, dass Gesundheit sichtbar und käuflich ist (z.B. durch bestimmte Ernährungshinweise auf Lebensmitteln oder Arzneimittelwerbung) und die Menschen in dem Glauben lässt, durch den Erwerb eines Produkts zum Erhalt ihrer Gesundheit beizutragen.

Daraus resultiert wiederum, meiner Ansicht nach, eine durch das Individuum subjektiv abgewertete Relevanz von gesellschaftlichen, (sozio)ökonomischen, umweltbedingten und sozialen Determinanten für Gesundheit.

Doch gerade diesen Einflüssen muss eine besonders hohe Bedeutung für die Gesundheit eines Menschen zugesprochen werden, wie bereits mehrfach belegt wurde.

An dieser Stelle rückt somit das Setting in den Vordergrund, welches sich auf alle sozialen Tätigkeitsfelder reduzieren lässt. Eines dieser Settings wird in der Zukunft auch meine Arbeitsstelle sein, da das lebensnahe soziale Umfeld des Kindes nach der Familie in eine Kindertageseinrichtung verlagert ist.

Unter dem Aspekt der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit sehe ich mich daher zunehmend in der Verantwortung einen Beitrag im Hinblick auf Kindergesundheit zu leisten und präventiv sowie gesundheitsfördernd zu arbeiten.

Im Anschluss an die bearbeiteten Inhalte wird nun der Bezug zu den eingangs formulierten Hypothesen und Fragestellungen hergestellt.

Die vorliegende Ausarbeitung hat diesbezüglich gezeigt, dass frühe und intensive soziale Kontakte großen Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung eines Kindes nehmen können. Sofern diese frühkindlichen Beziehungen positiv sind, wird auch die Gesundheit positiv beeinflusst, wohingegen negative Erfahrungen in dieser Zeit negative gesundheitliche Auswirkungen haben können (Stress, Bindungsängste, psychosomatische Beschwerden).

Weiterhin wurde belegt, dass eine Subjekt- und Ressourcenorientierung (z.B. die partnerschaftliche Erziehung und die Möglichkeit zur Partizipation an lebensnahen Themen) die Gesundheit von Kindern fördert.

Dass Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status keine oder nur geringe Gesundheitschancen haben, ist hingegen nur teilweise bestätigt worden.

Durchaus wurde Kindern mit niedrigem SES eine geringere Chance im Bezug zur gesundheitlichen Entwicklung zugesprochen, jedoch lediglich im Zusammenhang mit den einschränkenden Bedingungen innerhalb ihrer Umwelt.

So wurde eine weitere Hypothese begründet, welche besagt, dass der Besuch einer Kindertageseinrichtung für sozial benachteiligte Kinder gesundheitsförderlich wirkt.

Innerhalb eines institutionellen Settings ist es somit auch Kindern mit niedrigem SES möglich, ihre Potentiale in der Interaktion mit anderen Kindern und Erwachsenen zu entwickeln.

Die konkreten Fragestellungen zur Thematik konnten dabei ebenfalls beantwortet werden.

Was brauchen Kinder um gesund zu sein und zu bleiben?

In erster Linie brauchen Kinder bereits vor der Geburt gesundheitsförderliche Umweltbedingungen (Gesundheitsverhalten der Mutter, welches abhängig ist vom SES usw.), nach der Geburt eine sichere Bindung zur Mutter, ein unterstützendes soziales Umfeld, weiterhin gesundheitsförderliche Lebens- und Umweltbedingungen sowie gesellschaftliche Strukturen die ein eigenständiges Gesundheitsverhalten und Partizipation ermöglichen. Bei gesundheitsschädigendem Verhalten der Mutter und/oder dem sozialen Umfeld benötigen die Kinder z.B. ein hohes Kohärenzgefühl, Widerstandsressourcen und/oder Resilienz, um ihre Gesundheit aufrecht erhalten zu können.

Diese Ressourcen sind jedoch aufgrund der sozialen Bedingungen und den damit einhergehenden unterschiedlichen Ausprägungen nicht immer in vollem Umfang verfügbar.

Wie muss das soziale Umfeld sein, um Gesundheit fördern zu können?

Das soziale Umfeld sollte das Kind in seiner Entwicklung (und den spezifischen Entwicklungsaufgaben) unterstützen und ihm dabei auch Freiräume lassen.

Das Kind sollte als Subjekt angesehen werden und an seinem Lebenskontext naheliegenden Entscheidungen partizipieren dürfen. Die Familie und frühe soziale Kontakte (wie z.B. Freunde und Freundinnen in der Krippe oder Kindertagesstätte), bilden dabei die Primärgruppe des Kindes.

Wie kann Gesundheitsprävention und -förderung in der frühen Kindheit dazu beitragen, die Gesellschaft nachhaltig gesünder zu machen?

Wenn von Anfang an, also bereits innerhalb der Familie und auch nachfolgend in den Institutionen die das Kind besucht, die Möglichkeit für die Entwicklung und Umsetzung eines angemessenen Gesundheitsverhalten besteht, kann die Gesundheit des Kindes nachhaltig positiv beeinflusst werden. Diese gesundheitsförderlichen Erfahrungen werden von den Kindern inkorporiert und eventuell an ihre eigenen Kinder weitervererbt.

Kinder mit geringen Zugangschancen haben dabei innerhalb des Settings Kindertagesstätte oder Schule die Möglichkeit, gesundheitsförderliches Verhalten zu lernen und im Austausch mit anderen ihr individuelles Gesundheitsverhalten zu entwickeln.

Wie können Kinder selbst die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen lernen?

Durch einen gesundheitsförderlichen Rahmen, welcher sich auf den gesamten Lebenskontext des Kindes bezieht oder beziehen sollte, wird dem Kind die Chance zur Entwicklung von Potentialen ermöglicht. Anhand von elterlichem Vorbildverhalten können die Kinder ein

angemessenes Ernährungs-, Bewegungs- und Konsumverhalten lernen. Ebenso kann jedoch auch ein unangemessenes Gesundheitsverhalten der Eltern zu einer Übernahme dieser Verhaltensweisen beim Kind führen.

Inwieweit kann niedrigschwellige Gesundheitsförderung umgesetzt werden?

Gesundheitsförderung beginnt zumeist im Setting Krippe bzw. Kindertagesstätte, was auch die hohe Verantwortung dieser Institution deutlich macht. Sind die familiären Voraussetzungen für eine gesundheitliche Entwicklung nicht gegeben, muss an anderer Stelle darauf Einfluss genommen werden.

Dabei ist es wichtig den Kindern zu zeigen, dass es auch andere Wege gibt als jene, die sie bisher (durch die Familie) kennengelernt haben.

Aus dem Verlauf der Bearbeitung dieser Arbeit sind neue Forschungsfragen entstanden, welche weiterführend untersucht werden können:

Wie können jene Kinder und ihre Familien erreicht werden, welche nicht oder erst spät (Schule) in öffentlichen Settings zu finden sind?

Wie realisierbar und praxisnah ist der Ansatz des gesundheitsfördernden Settings?

Und Gesundheit als politisches Problem: In welcher Hinsicht müssen sich die Strukturen der Gesellschaft und der in ihnen bestehenden Systeme ändern, um das Individuum zu einem Gesundheitsverhalten zu befähigen?

Dazu könnten weitere Themenbereiche wie z.B. internationale Bildungsprozesse und die Globalisierung bzw. Europäisierung hinzugezogen werden.

10. Literaturverzeichnis

Bauch, Jost (2004): *Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003*. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag. Herausgegeben von Baier, Horst, Wiehn, Erhard R.

Bauch, Jost (2004): *Das Konzept der „sozialen Netzwerke“ als Grundlage einer soziologischen Gesundheits- und Krankheitstheorie*. In: Baier, Horst & Wiehn, Erhard R. (Hrsg.): *Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003*, Konstanz: Hartung-Gorre Verlag, 19-23.

Bauer, Ullrich, Bittlingmayer, Uwe H., Richter, Matthias (Hrsg.) (2008): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine, Willmann, Hildegard (1998): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Kawachi, Ichiro, Berkman, Lisa F. (2000): *Social Cohesion, Social Capital, and Health*. In: *Social Epidemiology*, Berlin: Oxford University Press, 176.

Bourdieu, Pierre (1987): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Deutsche Übersetzung von Schwibs, Bernd & Russer, Achim (1. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp. Im französischen Original erschienen 1979: *La distinction. Critique sociale du jugement*.

Bourdieu, Pierre (1992): *Die verborgenen Mechanismen der Macht. Schriften zu Politik & Kultur 1*. Hamburg: VSA-Verlag. Herausgegeben von Steinrück, Margarete.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert-Koch-Institut (2008): *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin und Köln.

Côte, James E.; Levine, Charles G. (2002): *Identity Formation, Agency and Culture. A Socialpsychological Synthesis*. Mahwah, NJ. Herausgegeben von Erlbaum, Lawrence Associates, Inc.

Deutscher Bundestag (2009): *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung*. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/12860. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Gerlinger, Thomas (2006): *Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie*. In: Wendt, Claus, Wolf, Christof (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 34-52.

Hildebrandt, Helmut, Kickbusch, Ilona (2006): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. WHO-autorisierte Übersetzung auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Bandura sowie Milz.

Hurrelmann, Klaus (2000): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 4. völlig überarbeitete Auflage von „Sozialisation und Gesundheit“*. Weinheim und München: Juventa.

Info_Dienst für Gesundheitsförderung (2010); Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg, 10. Jahrgang, 3. Ausgabe 2010.

Jungbauer-Gans, Monika: *Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen*. In: Wendt, Claus, Wolf, Christof (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 86-104.

Klein, Thomas; Unger, Rainer: *Einkommen und Mortalität im Lebensverlauf*, In: Wendt, Claus, Wolf, Christof (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 144-156.

Kroll, Lars Eric (2010): *Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten und Deutschland zwischen 1984 und 2006*. Wiesbaden: VS Verlag. Herausgegeben von Bauer, Ullrich, Richter, Matthias, Bittlingmayer, Uwe H.

Landesjugendamt Fachbereich II (2003): *EntwicklungsTräume... für kleine Kinder. Qualitätsmerkmale in der Betreuung von Kleinstkindern* (4. Auflage). Hannover.

Niedersächsisches Kultusministerium (2005): *Orientierungsplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich niedersächsischer Tageseinrichtungen für Kinder*. Hannover.

Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage*. Köln. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Nussbaum, Martha C. (2000): *Woman and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Richter, Matthias (2008): *Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: der WHO-Jugendgesundheitsurvey*. In: Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas et al.: *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, Weinheim und München: Juventa, 9-11.

Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): *Gesundheit in Deutschland*. Berlin.

Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2006): *Die Public Health Perspektive; Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern*, In: Wendt, Claus, Wolf, Christof (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 243-264.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, Sondergutachten 2009.

Schneekloth, Ulrich, Albert, Mathias (2010): *Entwicklungen bei den „großen Themen“: Generationengerechtigkeit, Globalisierung, Klimawandel*. In: Albert, Matthias, Hurrelmann, Klaus, Quenzel, Gudrun: *16. Shell Jugendstudie, Jugend 2010*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. Herausgegeben von Shell Deutschland Holding, 165-167.

Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (Hrsg.) (2008): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

11. Internetquellenverzeichnis

Kemmerer, Alexandra (2010): *Martha Nussbaum: Die Grenzen der Gerechtigkeit. Gelingen kann das Leben nur gemeinsam*. In: D'inka, Werner, Kohler, Berthold, Nonnenmacher, Günther et al. (Hrsg.): Frankfurter Allgemeine, Feuilleton. Verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/buecher/rezensionen/sachbuch/martha-nussbaum-die-grenzen-der-gerechtigkeit-gelingen-kann-das-leben-nur-gemeinsam-11057414.html> [17.07.2012]

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): *Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und den Ländern*, Heft 1. Verfügbar unter: <http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/publ.asp#Themenb%E4nde> [17.07.2012].

Statistisches Bundesamt (2011): Datenreport; Kapitel 7, *Sozialstruktur und soziale Lagen*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011Kap7.pdf?__blob=publicationFile [17.07.2012].

Statistisches Bundesamt (2011): Datenreport; Kapitel 9, *Gesundheit und soziale Sicherung*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011Kap9.pdf?__blob=publicationFile [17.07.2012].

Weltgesundheitsorganisation Europa (1989): *Europäische Charta zu Umwelt und Gesundheit*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/114087/ICP_RUD_113_ger.pdf [17.07.2012].

Henke, Klaus Dirk, Reimers, Lutz (2006): *Zum Einfluss von Demographie und medizintechnischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben*. Berlin: ZiGprint. Herausgegeben von Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG). Verfügbar unter: http://www.ige.tu-berlin.de/uploads/media/2006-01_08.pdf [17.07.2012].

12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky.

Quelle: Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine, Willmann, Hildegard (1998): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 36.

Abbildung 2: Das Mehrebenenmodell der WHO in Originalfassung von 1986.

Verfügbar unter: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html> [17.07.2012]

Abbildung 3: Systemische Darstellung der Determinanten für Gesundheit.

Quelle: Deutscher Bundestag (2009): *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung*. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/12860, 64.

Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [17.07.2012].

Abbildung 4: Gesundheitsförderung und Prävention.

Quelle: Deutscher Bundestag (2009): *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung*. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/12860, 53.

Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [17.07.2012].

13. Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DDR	Deutsche Demokratische Republik (1949-1990)
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
EsKiMo	Ernährungsstudie als KiGGS-Modul
Hrsg.	Herausgeber
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IMR	Infant Mortality Rate (Säuglingssterblichkeitsrate)
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
o. ä.	oder ähnliches
RKI	Robert-Koch-Institut
SES	Socioeconomic Status (sozioökonomischer Status)
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzgefühl; Kohärenzsinn)
USA	United States of America (Vereinigte Staaten von Amerika)
usw.	Und so weiter
vgl.	Vergleiche
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel
ZiG	Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Deborah Depner

Stendal, den 24. Juli 2012