

Sebastian Ehlen

Soziale Ungleichheit der Gesundheit im Kindesalter

Möglichkeiten und Grenzen
kommunaler Gesundheitsförderung
und Prävention

Kumulative Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.) an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-7810-7 Print
ISBN 978-3-7799-7811-4 E-Book (PDF)
ISBN 978-3-7799-8528-0 E-Book (ePub)

1. Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel
Satz: xerif, le-tex
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985–2104-100)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Danksagung	9
Tabellenverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis	11
Zusammenfassung	13
Auflistung der einbezogenen Originalarbeiten	18
1. Einleitung	19
2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand	20
2.1 Entwicklung der Kindergesundheit in Deutschland	20
2.2 Soziale Ungleichheit der Gesundheit im Kindesalter	22
2.2.1 Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung	23
2.3 Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit	24
2.4 Einkommensarmut und Kindergesundheit in Deutschland	33
2.5 Soziale Segregation und Kindergesundheit	35
2.6 Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit	39
2.7 Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter	44
2.8 Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention	51
2.8.1 Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder	54
2.9 Das Präventionsgesetz (PrävG)	57
3. Methodisches Vorgehen	60
3.1 Projektbezogener Entstehungshintergrund	60
3.2 Forschungsfragen	61
3.3 Forschungsmethoden	63
3.4 Erkenntnisinteresse und Ziel	68

4. Empirischer Teil	69
4.1 Originalarbeit 1: Soziale Determinanten der Kenntnis und Inanspruchnahme kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder	69
Ausgangslage	69
Fragestellungen	72
Studiendesign und Untersuchungsmethoden	72
Ergebnisse	75
Diskussion	81
Resümee	85
Limitationen	87
4.1.1 Diskussion und Überleitung	93
4.2 Originalarbeit 2: Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen – Ansätze zur Erhöhung der Reichweite	96
Einleitung	96
Methoden	97
Screening, Datenextraktion und -analyse	98
Ergebnisse	98
Identifizierte Ansätze	102
Diskussion	106
Schlussfolgerungen	107
Limitationen	108
Fazit für die Praxis	108
4.2.1 Diskussion und Überleitung	112
4.3 Originalarbeit 3: Integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder: Untersuchungsdesign und interdisziplinäre Methodenintegration des Forschungsverbunds ‚Gesund Aufwachsen‘	117
Einleitung	117
Ausgangslage	117
Aktueller Erkenntnis- und Forschungsstand	118
Forschungszugang ‚Gesund Aufwachsen‘	119
Diskussion	124
Fazit für die Praxis	124
4.3.1 Diskussion und Überleitung	128
4.4 Originalarbeit 4: Analyse integrierter Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder – Gesundheitschancen in benachteiligten Stadtquartieren im Ruhrgebiet	132
Einleitung	132
Fragestellungen	134

Methodik	134
Ergebnisse	136
Diskussion	143
4.4.1 Diskussion und Überleitung	150
4.5 Originalarbeit 5: Stressbelastungen und Burnout-Risiko bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten. Ergebnisse einer Fragebogenstudie	155
Einleitung	155
Fragestellungen und Methodik	157
Ergebnisse	158
Diskussion	162
4.5.1 Diskussion und Überleitung	167
4.6 Originalarbeit 6: Kindergesundheit in sozioökonomisch benachteiligten Stadtquartieren – Eine Strukturgleichungsmodellierung	172
Hintergrund	172
Studiendesign und Untersuchungsmethoden	176
Ergebnisse	181
Diskussion	184
Stärken und Limitationen	188
Fazit für die Praxis	189
4.6.1 Diskussion	197
5. Zusammenfassende Reflexion und Schlussfolgerungen	199
5.1 Präventionsdilemma und Kooperationsblockaden	199
5.2 Erkenntnisse zu Lösungsansätzen	205
6. Ausblick	210
Die Autor:innen	212
Literaturverzeichnis	214

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Leitlinien und Gesundheitsziele für die Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, eigene Darstellung (BMFSFJ, 2009)	49
Tab. 2:	Exemplarische kommunale Präventionsangebote für Kinder und Familien in Moers und Oberhausen nach Handlungsfeldern	74
Tab. 3:	Durchschnittliche Kenntnis und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten nach Schulabschluss, Migrationshintergrund und Armutsgefährdungsschwelle (MW = Mittelwert; p = Irrtumswahrscheinlichkeit auf Grundlage von T-Tests für unabhängige Stichproben)	77
Tab. 4:	Durchschnittliche Kenntnis und Inanspruchnahme von Elternbildungsprogrammen und Angeboten der Bewegungs-/Spielförderung nach Schulabschluss, Migrationshintergrund und Armutsgefährdungsschwelle (MW = Mittelwert; p = Irrtumswahrscheinlichkeit auf Grundlage von T-Tests für unabhängige Stichproben)	78
Tab. 5:	Entwicklungsanforderungen kommunaler Infrastruktur in Moers und Oberhausen aus Elternperspektive	79
Tab. 6:	Merkmale eingeschlossener Studien	102
Tab. 7:	Sozialstrukturelle Charakterisierung der Wohnquartiere in Moers und Oberhausen; sozial benachteiligte Quartiere grau, sozialstrukturell gemischte Quartiere grauweiß; Stand 12/2016 [38–42]	136
Tab. 8:	Belastungsfaktoren im Kita-Alltag (qualitative Inhaltsanalyse)	161
Tab. 9:	Altersgruppen in der Oberhausener Kinderstichprobe	170
Tab. 10:	Häufigkeit von Übergewicht (inkl. Adipositas) und Adipositas bei Vor- und Grundschüler:innen der Oberhausener Untersuchungsquartiere nach zwei Referenzsystemen	171
Tab. 11:	Überblick über die drei Gesundheitsperspektiven und erfasste Variablen bzw. Konstrukte	179
Tab. 12:	Übersicht der im Elternfragebogen erhobenen unabhängigen Variablen	180
Tab. 13:	Korrelationen der Gesundheitsparameter	183

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Soziale Determinanten der Kindergesundheit, eigene Darstellung nach Pearce et al., 2019. Adaptiert nach Bronfenbrenner (1981) sowie Dahlgren und Whitehead (1991)	26
Abb. 2:	Vereinfachtes Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck & Janßen, 2008)	27
Abb. 3:	Netzwerkmodell gesundheitlicher Ungleichheiten (Klärner et al., 2020)	28
Abb. 4:	Sozialer Kontext der Kindergesundheit, eigene Darstellung nach Szilagyí und Schor (1998)	30
Abb. 5:	Mehrebenenmodell zur Systematisierung bisheriger Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit in der heranwachsenden Generation, eigene Darstellung nach Lampert und Schenk (2004)	31
Abb. 6:	Modell zur Systematisierung der Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter, eigene Darstellung nach Dragano et al., 2010	32
Abb. 7:	Exemplarische Elternzitate zu Entwicklungserfordernissen der materiellen Infrastruktur im unmittelbaren Lebensumfeld von Kindern und Familien in Moers und Oberhausen	80
Abb. 8:	Exemplarische Elternzitate zu Entwicklungserfordernissen von Kitas und Grundschulen in Moers und Oberhausen	81
Abb. 9:	Exemplarische Elternzitate zu übergreifenden Entwicklungserfordernissen der kommunalen Angebotsstruktur für Kinder und Familien in Moers und Oberhausen	82
Abb. 10:	PRISMA Flussdiagramm zum Auswahlprozess	99
Abb. 11:	Governance-Ebenen und -Arrangements, eigene Darstellung nach Carey et al., 2015	114
Abb. 12:	Integrativer Forschungszugang	120
Abb. 13:	Integriertes Untersuchungsdesign	121
Abb. 14:	Public Health Action Cycle, eigene Darstellung nach LZG.NRW (2019)	129
Abb. 15:	Durchschnittliche T-Werte der BOSS-I-Skalen	159

Abb. 16:	Angenommenes Strukturgleichungsmodell mit den latenten Faktoren Testung physische Gesundheitsparameter, Fremdeinschätzung (Eltern) und Selbsteinschätzung (Kinder). (BMI Body Mass Index)	181
Abb. 17:	Pfadgewichte des Strukturgleichungsmodells (SEM, BMI Body Mass Index)	182

Zusammenfassung

Der primäre Untersuchungsgegenstand der vorliegenden kumulativen Dissertation ist die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder. Im Zuge der verschiedenen in diese Dissertation einfließenden Untersuchungen wurden zentrale Voraussetzungen und Kontextbedingungen von Kommunen als lokale Gebietskörperschaften und unterste räumlich-administrative Gliederung des Staates sowie von Stadtquartieren, Schulen und Kindertageseinrichtungen analysiert. Dabei wurden neben der Familie die Kindertageseinrichtung, die Schule und das Stadtquartier als wesentliche soziale und räumliche Zusammenhänge für die kindliche Entwicklung und Sozialisation und daher auch als bedeutende Settings der Gesundheitsförderung betrachtet. Der Untersuchungsfokus lag auf den sozial bedingten Ungleichheiten der Gesundheitschancen im Kindesalter und dem Aufwachsen in benachteiligten Stadtquartieren.

Zunächst werden die grundlegenden Entwicklungen der Kindergesundheit in Deutschland nachgezeichnet. Daran anschließend wird cursorisch die Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit im Kindesalter einschließlich der Disparitäten bei der Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen und Programme dargelegt. Nachfolgend werden wesentliche Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit und zentrale Einflussfaktoren auf die Gesundheit und das Aufwachsen von Kindern diskutiert. Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Kindergesundheit und das übergreifende Thema der Arbeit werden die Aspekte familiäre Einkommensarmut und soziale Segregation eingehender betrachtet. Anschließend werden Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit und insbesondere die Gesundheitsförderung und die Prävention mit Bezug zum Kindesalter behandelt. Schließlich werden der Gegenstand und neuere Entwicklungen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention eingeführt und in diesem Zusammenhang das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) diskutiert.

Bei der Darstellung des methodischen Vorgehens werden zunächst die verschiedenen projektbezogenen Entstehungshintergründe der sechs in diese Dissertation eingehenden Originalarbeiten vorgestellt. Die den sechs Originalarbeiten, genauer den damit verbundenen Untersuchungen, zugrunde liegenden Forschungsfragen wurden mit verschiedenen Studiendesigns und Forschungsmethoden bearbeitet. Das übergreifende Ziel der Arbeit ist es, mithilfe der unterschiedlichen Zugänge zum Forschungsgegenstand die Möglichkeiten und Grenzen kommunaler Settings für die Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter auszuloten und zentrale Einflussfaktoren zu identifizieren.

Im Rahmen des empirischen Teils der Arbeit werden die sechs Originalarbeiten vorgestellt und in Hinblick auf das übergreifende Ziel diskutiert sowie Stärken und Schwächen der Untersuchungen als auch Forschungsdesiderate aufgezeigt.

In der zusammenfassenden Reflexion werden die zentralen Forschungsergebnisse und Kernerkenntnisse dargestellt und Schlussfolgerungen gezogen.

Die Studienergebnisse bestätigen und erweitern die bereits existierende Evidenzbasis zu einem bestehenden Präventionsdilemma. Die Reflexion der Ergebnisse erfolgt dabei unter anderem vor dem Hintergrund des Befähigungsansatzes. Mit Blick auf die Verwirklichungschancen geht es in dem betreffenden Zusammenhang somit um die Frage: Können Kinder und Familien mit geringem sozioökonomischen Status bestimmte formale Wahlmöglichkeiten, die soziale Infrastruktur u. a. in Form vorbeugender Maßnahmen vorhält, auch tatsächlich wahrnehmen und für sich nutzen?

- Die zentrale Erkenntnis hierzu ist, dass Kinder und Familien mit geringem sozioökonomischen Status, die von Einkommensarmut bedroht oder betroffen sind, deutlich weniger kommunale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote kennen als sozial besser gestellte Familien und an gängigen Elterndukationskursen und Angeboten der Spiel- und Bewegungsförderung auch in erheblich geringerem Umfang teilnehmen. Die von Eltern hierfür genannten Gründe wie lange Anfahrtszeiten mit PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln (*approachability*), lange Wartelisten und fehlende Schwimmstätten in der Umgebung (*availability and accomodation*), mangelnde Passung zu den (zeitlichen) Möglichkeiten und Bedürfnissen berufstätiger und/oder alleinerziehender Eltern (*appropriateness*) und zu hohe und/oder bei mehreren Kindern kumulierende Kosten (*affordability*), lassen sich mit Blick auf die fünf Dimensionen des Zugangs zu Gesundheitsversorgung nach Levesque (2013) einordnen.
- Eine weitere Antwort auf die obige Frage, die von den vorgestellten Forschungsergebnissen bestätigt wird, lautet, dass es besonders in sozioökonomisch benachteiligten Stadtquartieren an sozialer Infrastruktur für Kinder und Familien mangelt und die vorhandene oftmals in ihrer Qualität beeinträchtigt ist. Das bedeutet, dass formale Wahlmöglichkeiten über ein Stadtgebiet ungleich verteilt sind und es in benachteiligten Quartieren oftmals weniger und qualitativ schlechtere Wahlmöglichkeiten gibt. Hieraus folgt, dass Kinder und Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, die zudem in benachteiligten Wohnquartieren leben, neben einem Mangel an Finanzmitteln und ungünstigeren persönlichen Umwandlungsfaktoren in der Regel auch über weniger und schlechtere soziale Umwandlungsfaktoren verfügen. Sie sind damit signifikant in ihren Lebenschancen beeinträchtigt.

Weiterführend werden im Rahmen der Ergebnisreflexion und Anschluss nehmend an einen Essay von Cremer (2022) sozialstaatliche Kooperationsblockaden

diskutiert, die auf die institutionelle Struktur und damit einhergehende Zuständigkeiten und Finanzierungslogiken zurückgeführt werden können und letztlich Präventionsdilemmata erzeugen. Vereinfachend ausgedrückt, stehen bei den verschiedenen Sozialleistungsträgern im Rahmen ihrer Bedarfsermittlung und Leistungserbringung nicht der tatsächliche und ermittelbare Bedarf von Menschen im Vordergrund, sondern in erster Linie die eigenen (sozialrechtlichen) Zuständigkeitsgrenzen und festgeschriebenen, meist statischen Leistungskataloge. Dies hat zur Folge, dass die Bedarfs- und Problemlagen von Menschen mit Hilfebedarf nicht ganzheitlich, sondern sozialrechtlich eingepasst und voneinander separiert betrachtet und behandelt und Unterstützungsleistungen nicht personenzentriert erbracht werden. Besonders Menschen mit ungünstigen persönlichen und sozialen Umwandlungsfaktoren wie Familien mit geringem Bildungs- und Einkommensniveau, die zudem ggf. multiple oder komplexere Hilfebedarfe haben, leiden unter den funktional hochdifferenzierten sozialstaatlichen Strukturen und damit einhergehenden Kooperationsblockaden. Ihnen fehlen in der Regel personale und soziale Ressourcen, um sich im unübersichtlichen Sozial- und Gesundheitssystem zurechtzufinden und ihre Interessen durchzusetzen. Demnach geht die Problematik von Kooperationsblockaden und daraus entstehenden Präventionsdilemmata weit über die Leitthematik dieser Arbeit hinaus, wird jedoch auch im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder deutlich. Demgemäß haben die Ergebnisse aus den Modellkommunen gezeigt, dass neben einer prekären Haushaltslage, die administrative Fragmentierung von Kommunalverwaltungen sowie gewachsene Machtbeziehungen und Kooperationsblockaden zwischen einzelnen Bereichen wie Schul-, Sozial-, Jugend- und Gesundheitsverwaltung die Umsetzung konzentrierter Präventionsstrategien erheblich erschweren oder auch verhindern können. System- und professionsbedingte Hemmnisse, um bspw. wichtige Akteursgruppen des Gesundheitswesens wie ambulante Ärzt:innen in kommunale Präventionsstrategien einzubinden oder auch Hindernisse bei der Etablierung einer gezielteren Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtungen und Grundschulen kommen erschwerend hinzu.

Vor diesem Hintergrund machen die Ergebnisse deutlich, dass fehlende Finanzmittel bei Familien oder die Höhe der Angebotskosten nur einen Teil der Nichtnutzung von Präventions- und Versorgungsangeboten durch Familien erklären und staatliche Umverteilungspolitik daher auch nur ein Teil der Lösung sein kann.

Aus den Forschungsergebnissen gehen drei Ansätze hervor, die in der Praxis bereits erfolgreich erprobt wurden und Versorgungslücken schließen können.

- Niedrigschwellige aufsuchend-befähigende Unterstützungsformate, die durch Fachkräfte der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe bspw. über das Setting Kita angeboten werden.

- Lokale Lotsensysteme, die insbesondere belastete Familien und komplexere Fallkonstellationen beratend, vermittelnd und koordinierend begleiten (Fallmanagement).
- Entwicklungsmonitorings, die in den Settings Kita und/oder Grundschule von Fachkräften des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) oder im Rahmen von Wissenschaft-Praxis-Partnerschaften durchgeführt werden.

Ferner konnten im Rahmen des Scoping Reviews einige Ansätze und konzeptionelle Merkmale identifiziert werden, die die Reichweite präventiver und gesundheitsfördernder Programme über alle Statusgruppen hinweg erhöhen und dazu beitragen können, gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen zu verringern, i. E. universeller Präventionsansatz, Mehr- bzw. Multikomponentendesign, Settingansatz, Struktur- und Umweltveränderungen, Governance- und Partnerschaftsansatz, Einbeziehung von Eltern und Geschwistern, starke Bedarfs- und Kontextorientierung (*tailoring*). Weiterhin zeigen die Ergebnisse des Scoping Reviews, dass als Zugang zu sozial und gesundheitlich benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen überwiegend kommunale Settings wie Stadt, Landkreis, Stadtteil, Nachbarschaft oder Schulbezirk gewählt werden.

In der Zusammenschau der vorgestellten Erkenntnisse kann hierzu festgehalten werden, dass kommunale Settings wie eine Stadt oder Nachbarschaft grundsätzlich prädestiniert für die Entwicklung und Umsetzung integrierter und konzertierter Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention sind. Gleichzeitig wurde jedoch deutlich, dass die Implementierung und Verstetigung kommunaler Strategien besonders anspruchsvoll und voraussetzungsvoll sind. Zudem mangelt es bisher an Forschungsbefunden zur Wirkweise und den Effekten komplexerer kommunaler Strategien. Es liegen bislang lediglich belastbare Befunde zu einzelnen Maßnahmen, Instrumenten und konzeptionellen Merkmalen kommunaler Präventionsstrategien vor. Entsprechend muss konstatiert werden, dass das Potenzial kommunaler Settings für die Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter bislang kaum ausgeschöpft wird.

Vorausblickend ist neben weiterer Forschung und Evaluation zu kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder eine politische Agenda erforderlich, die sich an gesundheitlicher Chancengleichheit und der Gleichwertigkeit von Lebensverhältnissen messen lässt, nicht nur zwischen Stadt und Land, sondern auch zwischen Städten, Stadtteilen und Wohnquartieren. Die Kommunen als Dachsetting können durch eine eindeutige rechtliche Grundlage und damit verbundene Personal- und Finanzressourcen – über die Frühen Hilfen hinaus – wirkungsvoll für die Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter befähigt werden. Die Forderung nach mehr Geld und Ressourcen würde die Grundproblematik allerdings stark verkürzen, denn es geht auch um die Frage, wie die soziale Infrastruktur als Instrument des Sozialstaats wirksamer werden

und statt Präventionsdilemmata zu erzeugen und zu verstärken, Bildungs- und Versorgungslücken schließen und Menschen befähigen kann (Cremer, 2022). In überschuldeten Städten und Gemeinden können Investitionen und Innovationen jedoch nur erfolgen, wenn die Handlungs- und Leistungsfähigkeit der Kommunen dauerhaft – wie teils schon begonnen – durch entsprechende Entschuldungsprogramme und Finanzhilfen der Länder und des Bundes gesichert werden.

2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

2.1 Entwicklung der Kindergesundheit in Deutschland

Im Folgenden werden schlaglichtartig zentrale Entwicklungen und Befunde zur Kindergesundheit in Deutschland dargestellt.

Die Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts, durchgeführt von 2003 bis 2006, stellte erstmals bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche bereit (RKI, 2008; RKI & BZgA, 2008). Seitdem liefern die KiGGS-Erhebungen eine systematische Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter (Hölling et al., 2012; Kurth, 2012; Poethko-Müller et al., 2018; RKI, 2018). Darüber hinaus liefert die internationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC), die seit mehr als 25 Jahren von der WHO unterstützt wird, Kindergesundheitsdaten aus mittlerweile über 50 teilnehmenden Ländern; Deutschland beteiligt sich seit 1994 (Bucksch et al., 2016; Currie et al., 2012; Inchley et al., 2016; WHO, 2008). Allerdings galten Kindheit und Jugend in Deutschland lange Zeit als Symbol für gesunde und beschwerdefreie Lebensphasen. Während die Gesundheitsforschung zu Erwachsenen etwa ab Mitte der 1980er Jahre zunehmend auf repräsentative, bevölkerungsweite Daten zurückgreifen konnte, wurde dem Kindes- und Jugendalter wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Kurth et al., 2009). Die Notwendigkeit einer umfassenden kinder- und jugendspezifischen Gesundheitsforschung wurde erst Anfang der 1990er Jahre erkannt (Richter et al., 2011). Erste Studien zeigten, dass der bereits für das Erwachsenenalter konstatierte epidemiologische Übergang sich auch für das Kindes- und Jugendalter nachvollziehen lässt. Es fand und findet eine deutliche Verschiebung von akuten (infektiösen und parasitären) zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen statt (Hölling et al., 2007; Hölling et al., 2008; Richter et al., 2011). In der wissenschaftlichen Debatte wird dieser signifikante Wandel im Krankheitsspektrum häufig mit dem Begriff „neue Morbidität“ (Schlack, 2004) zusammengefasst, die im Kindesalter im Wesentlichen durch Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt ist. Das heißt, auch wenn der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den vergangenen Jahren mehrheitlich gut oder sehr gut war, sind die Zahlen chronisch kranker Kinder gestiegen (Neuhauser & Poethko-Müller, 2014). Besonders sticht dabei hervor, dass deutlich mehr Kinder psychisch erkranken oder psychosozial auffällig werden und Verhaltensstörungen zeigen (Hölling et al., 2014).

Dieser Trend hat sich mit der Coronapandemie und den damit einhergehenden Beschränkungen wie Kita- und Schulschließungen sowie stark eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten mit Gleichaltrigen fortgesetzt und verstärkt. Im Laufe der Pandemie sank die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zwischen sieben und 17 Jahren und gleichzeitig nahmen psychiatrische und psychosomatische Symptome zu (Ravens-Sieberer et al., 2021). Neben psychischen Störungen und Verhaltensproblemen haben sich in den zurückliegenden Jahrzehnten außerdem hohe Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen zu einem ernsthaften Gesundheitsproblem mit hoher Relevanz für die öffentliche Gesundheitsversorgung entwickelt (Dadaczynski et al., 2018; Schienkiewitz, Brettschneider et al., 2018). KiGGS-Ergebnisse zeigen, dass sich die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei drei- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf einem hohen Niveau eingependelt haben (Schienkiewitz, Damerow et al., 2018; Schienkiewitz et al., 2018). Die Übergewichtsprävalenz (einschließlich Adipositas) bei Mädchen und Jungen im Alter von drei bis 17 Jahren liegt bei 15,4%, die Adipositasprävalenz bei 5,9%. Die Übergewichtsprävalenzen steigen bei beiden Geschlechtern bis zum 13. Lebensjahr kontinuierlich an, die Adipositasprävalenzen sogar bis zum 17. Lebensjahr. Übergewichtige oder adipöse Kinder und Jugendliche tragen ein insgesamt erhöhtes und im Lebensverlauf zunehmendes Krankheitsrisiko. Bei Kindern, die bereits im Alter von fünf Jahren übergewichtig sind, ist das Risiko eine Adipositas zu entwickeln, viermal höher als bei normalgewichtigen Kindern (Cheung et al., 2016; Cunningham et al., 2014). Mit Übergewicht und Adipositas zusammenhängende metabolische Veränderungen wie Insulinresistenz und Fettstoffwechselstörungen weisen eine hohe Komorbidität mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Verdauungstraktes auf (Spielau et al., 2018). Darüber hinaus erhöht Adipositas das Risiko für Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Lunge und der Atemwege als auch für psychosoziale Erkrankungen. Häufigste Komorbidität in Zusammenhang mit Adipositas sind Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen, in dieser Kombination auch bezeichnet als „Metabolisches Syndrom“ (Spielau et al., 2018). Die ätiopathogenetischen Hintergründe verdeutlichen die hohe nationale und internationale gesundheitspolitische Bedeutung der Entwicklung von Übergewichts- und Adipositasprävalenzen im Kindes- und Jugendalter (Rokholm et al., 2010; OECD, 2017; Reilly et al., 2018). Folgerichtig hat der Bundestag Adipositas als Erkrankung anerkannt und die formalen Voraussetzungen für ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) geschaffen (Blüher, 2021). Mit der Nationalen Diabetes-Strategie wurde im Juni 2020 beschlossen, die Prävention und Versorgungsforschung zu Adipositas und Diabetes voranzutreiben, ein Jahr später wurde entschieden, den Nationalen Aktionsplan „IN FORM“ (seit 2008) zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Erkrankungen

weiterzuentwickeln. Hintergrund ist, dass körperliche Inaktivität, sitzende Tätigkeiten, die Nutzung von Bildschirmmedien und das Ernährungsverhalten mit der Entstehung von Übergewicht assoziiert sind (Krug et al., 2018; Manz et al., 2014). Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland, gemessen an den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2010), zu wenig körperlich aktiv sind (Finger et al., 2018) und dies mit einem Rückgang der motorischen Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Koordination und Beweglichkeit) einhergeht (Krug et al., 2019). Das Sport- und Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen ist u. a. mit dem elterlichen Sport- und Bewegungsverhalten (elterliche Modellfunktion) und einer bewegungsfreundlichen Wohnumgebung assoziiert (Krug et al., 2018). Des Weiteren hat sich gezeigt, dass mit dem Ansteigen des sozioökonomischen Status (SES), gesundheitsfördernde Verhaltensweisen – u. a. körperliche Aktivität und Obstverzehr – unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland verbreiteter auftreten (Kuntz, Waldhauer et al., 2018). Überdies hat die COPSY Studie während der Coronapandemie sozial benachteiligte Kinder und Kinder psychisch belasteter Eltern als besonders gefährdete Gruppen für eine beeinträchtigte psychische Gesundheit identifiziert (Ravens-Sieberer et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2020). Ergebnisse der KiGGS Studie zeigen hierzu passend, dass gegenüber Gleichaltrigen mit hohem SES, die Wahrscheinlichkeit von psychischen Auffälligkeiten oder einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen zu sein, bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES um das 2,8- bis 4,4-fache erhöht ist (Kuntz, Rattay et al., 2018). Diese und andere Forschungsergebnisse verweisen auf bestehende Ungleichheiten in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und die Bedeutung der sozialen Determinanten.

2.2 Soziale Ungleichheit der Gesundheit im Kindesalter

Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozioökonomisch benachteiligten und bessergestellten Bevölkerungsgruppen sind in den vergangenen Jahren in modernen und prosperierenden Wohlfahrtsstaaten relativ stabil geblieben oder haben sich ausgeweitet (Bleich et al., 2012; Lampert et al., 2018; Mackenbach, 2012; Mackenbach et al., 2018). Mit dem Begriff gesundheitliche Ungleichheit werden soziale Disparitäten im Gesundheitsstatus, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung auf Bevölkerungsebene bezeichnet. Es können soziale Unterschiede in Verlauf und Auftreten einer Erkrankung bestehen (Lampert et al., 2016). Das heißt, dass Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe bessere oder schlechtere Gesundheitschancen haben. Verbunden mit der sozialen Lage (bspw. Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildung) führen vermittelnde Mechanismen und Prozesse dazu, dass Menschen systematisch mehr oder weniger Gesundheitsressourcen erhalten oder von

Erkrankungsrisiken betroffen sind (Dragano & Conte, 2020). In Deutschland und auch international sind systematische soziale Unterschiede in Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen sehr gut dokumentiert (Reiss, 2013; Elgar et al., 2015; Bilz et al., 2016; Inchley et al., 2016; Lampert et al., 2019). Die Mehrheit der Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit untersucht soziale Disparitäten nach dem sozioökonomischen Status (SES), der in der Regel über den Bildungsgrad, das Haushaltseinkommen und die berufliche Stellung operationalisiert wird (Dorner, 2021). Bei Kindern und Jugendlichen werden entsprechend der SES der Eltern und ggf. weitere relevante Merkmale zur familiären Situation und ein Migrationshintergrund herangezogen. Daten der Schuleingangsuntersuchungen aus den Bundesländern zeigen, dass sozioökonomisch benachteiligte Kinder deutlich häufiger von körperlichen, motorischen, kognitiven, psychischen und sprachlichen Entwicklungsdefiziten betroffen sind (Augste et al., 2012; Kuntz, Rattay et al., 2018). Die KiGGS Studie hat für Deutschland einen sozialen Statusgradienten nachgewiesen: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto geringer sind die Chancen für ein gesundes Aufwachsen (Lampert et al., 2017). Die HBSC-Studie hat ebenfalls in allen 49 Untersuchungsregionen in Europa, Nordamerika und Asien einen sozialen Gradienten in der Kindergesundheit festgestellt. Demnach steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche gesund, glücklich und gut in der Schule sind in allen Untersuchungsregionen signifikant mit dem sozioökonomischen Status¹ (Inchley et al., 2016). Ein sozialer Gradient liegt dann vor, wenn nicht nur Unterschiede zwischen der obersten und untersten Statusgruppe bestehen, sondern mit jeder Stufe auf der sozioökonomischen Leiter nach unten Gesundheitsbeeinträchtigungen zunehmen (Dragano et al., 2010).

2.2.1 Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung

Sozioökonomisch benachteiligte Kinder sind nicht nur häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, sie profitieren auch seltener von gesundheitsbezogenen Ressourcen. Forschungsbefunde zeigen, dass die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen für Kinder und (junge) Familien – u. a. Frühe Hilfen, bewegungsfördernde Angebote und Programme in Kitas und Schulen – sozial selektiv ist und Risikogruppen, die am stärksten profitieren könnten, nur in geringem Umfang erreicht werden (Bauer & Bittlingmayer, 2005; Dollman & Lewis, 2010; Hartung et al., 2011; Augste et al., 2012; Eickhorst et al., 2016; Geene et al., 2016; Neumann & Renner, 2016; Krug et al., 2018; Kuntz,

1 Erfasst über die Skala des familiären Wohlstands (Family Affluence Scale – FAS).

Waldhauer et al., 2018). Demnach nimmt die große Mehrheit von Familien zwar an den Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1 bis U9) teil, es bestehen jedoch deutliche soziale Unterschiede (Hase et al., 2016; Schmidtke et al., 2018). Kinder der hohen Statusgruppe nehmen häufiger das gesamte Früherkennungsprogramm in Anspruch (87,3 % vs. 74,1 %) als Kinder der niedrigen Statusgruppe (Lampert et al., 2017). Mit zunehmendem Sozialstatus steigt zudem der Anteil der Mädchen und Jungen, die Sport treiben oder in einem Sportverein aktiv sind. Mit Blick auf die Evidenzlage zeigt sich daher, dass der Zusammenhang zwischen niedrigem sozialen Status und geringerer Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen als belegt und signifikant angesehen werden kann (Janßen et al., 2012; J. Klein & Knesebeck, 2018). Die Ursachen dieses erstmals von Bauer (2005) als Präventionsdilemma bezeichneten Phänomens sind vielschichtig, betreffen aber in erster Linie eine mangelnde Passung zwischen Maßnahmen und Risikogruppen. Viele Angebote und Programme der Prävention und der Gesundheitsförderung erreichen nahezu ausschließlich Bevölkerungsgruppen mit höherem Bildungsniveau und Einkommen. Durch ihren Kontext, die Form der Ansprache, ihre inhaltliche Aufbereitung und zeitliche Struktur sind diese Maßnahmen oftmals (unintendiert) mittelschichtorientiert (Altgeld, 2021). Weiterhin werden als mögliche Gründe für die sozialen Unterschiede bei der Präventionsnutzung situative, persönliche und milieuspezifische Faktoren und ihr Zusammenspiel diskutiert (Sword, 1999; Bauer & Bittlingmayer, 2005, 2020; Rademaker, 2018).

2.3 Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

Auf Grundlage der aktuellen Evidenzbasis kann festgehalten werden, dass die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit empirisch gut belegt sind und der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit mittlerweile als empirisch gesichert gilt (Lampert, 2016; Lampert et al., 2016; Lampert & Kuntz, 2019). Die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten stellt jedoch noch immer eine große Herausforderung dar und muss an den Determinanten, Mechanismen und Prozessen ansetzen, die für die ungleiche Verteilung von Morbidität und Mortalität verantwortlich sind (Lampert, 2016). Eine umfassende Darstellung und kritische Einordnung von Erklärungsansätzen im Lichte soziologischer Ungleichheitsforschung und Sozialstrukturanalyse sowie sozialwissenschaftlicher Theoriediskussion kann und soll an dieser Stelle nicht geleistet werden. Eine umfassendere Diskussion und kritische theoretische Einordnung finden sich u. a. bei Röding (2018), Kessler (2017), Rathmann (2015a) und Bauer et al. (2008a).

Im Folgenden werden kursorisch wesentliche Erklärungsansätze und Konzepte zu den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten mit Schwerpunkt auf das Kindesalter vorgestellt.

Die aufgezeigten Unterschiede in Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Programme im Kindesalter können überwiegend auf die sozialen Determinanten der Gesundheit und einer ungleichen Verteilung von ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital zwischen Bevölkerungsgruppen zurückgeführt werden (Dahlgren & Whitehead, 1991; Mackenbach & Bakker, 2003; Graham & Kelly, 2004; Marmot et al., 2008; Inchley et al., 2016). Das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit hat in den vergangenen Jahrzehnten in der sozialepidemiologischen und medizinsoziologischen Forschung breite Beachtung und Anknüpfung gefunden (Graham, 2008; Rathmann, 2015b). Die grundlegende Prämisse des Konzeptes, dass neben individuellen Merkmalen auch soziale und infrastrukturelle Rahmenbedingungen für die Gesundheit des Einzelnen und von Bevölkerungsgruppen ausschlaggebend sind, ist bzw. war in der gesundheitsbezogenen Forschung zwar nicht neu, die mit dem Konzept einhergehende Systematisierung und theoretische Fundierung jedoch schon (Rathmann, 2015b; Hurrelmann & Richter, 2022). Die von der WHO ins Leben gerufene *Commission on the Social Determinants of Health* (CSDH) hat mit Blick auf die theoretische Fundierung des Konzeptes, der Beschreibung zentraler kontextueller und struktureller Determinanten der Gesundheit sowie zugehöriger Wirkpfade und -mechanismen, ein zentrales Referenzwerk für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten ausgearbeitet und empirische Belege gesammelt (Marmot et al., 2008; Siegrist & Marmot, 2008; Solar & Irwin, 2010). Kinder und Jugendliche betreffend, sind soziale Determinanten der Gesundheit, die Rahmenbedingungen (vgl. Abb. 1) unter denen sie aufwachsen, leben, lernen und spielen (Marmot et al., 2008; Pearce et al., 2019). Dazu gehören bspw. die frühkindliche Sozialisation in Familie und Kita, schulische Bildungsprozesse, kommunale und sozialräumliche Versorgungsnetzwerke oder Wohnbedingungen. Kinder werden in unterschiedliche Lebenslagen hineingeboren, die mit ungleichen Entwicklungs- und Lebenschancen einhergehen und die Gesundheit gravierend beeinflussen (Richter et al., 2012; Moor et al., 2017; Kuntz, Giese et al., 2018; Kuntz, Rattay et al., 2018; Lampert & Kuntz, 2019).

Der politische, ökonomische und kulturelle Kontext (u. a. Arbeitsmarkt, Bildungs- und Sozialpolitik) beeinflussen die Lebenslage von Familien und damit das Aufwachsen von Kindern und den Prozess ihrer sozialen Positionierung in der Gesellschaft. Soziales Milieu, materielle Lebensverhältnisse, biologische und psychosoziale Faktoren wirken wechselseitig aufeinander und beeinflussen das Gesundheitsverhalten und den Lebensstil junger Menschen (Bauer et al., 2008b; Solar & Irwin, 2010; Moor et al., 2014; Moor et al., 2015). Soziale Determinanten nehmen somit Einfluss auf die Exposition von Heranwachsenden gegenüber gesundheitsschädlichen Umwelteinflüssen, die Entwicklung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und können mit erhöhten Erkrankungsrisiken (Vulnerabilität) einhergehen.