

# Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie ...

**Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen**

**Tübingen, 08. Mai 2018**



# Gesund aufwachsen für *alle* Kinder...

- ... Aufwachsen im Wohlergehen
  - ...umfassende Teilhabechancen auf Gesundheit, Bildung, soziokulturelle Teilhabe
    - ...auch das elterliche Wohlbefinden zählt



# Gesund aufwachsen für alle Kinder...

- **1.931.474**
  - 2015 leben in **Deutschland** 1.931.474 Kinder unter 18 Jahren in Familien, die Grundsicherungsleistungen erhalten (sog. Bedarfsgemeinschaften)\*
- **14,7 %**
  - In BW leben 2016 14,7% der U-18 Jährigen in relativer Armut (60%-Schwelle)\*\*
- **46,2 %**
  - Von den Kindern in BW im Alter von 7 bis U-15 Jahren, die in sog. Bedarfsgemeinschaften leben, erhalten 49,2% diese Leistungen länger als drei Jahre\*

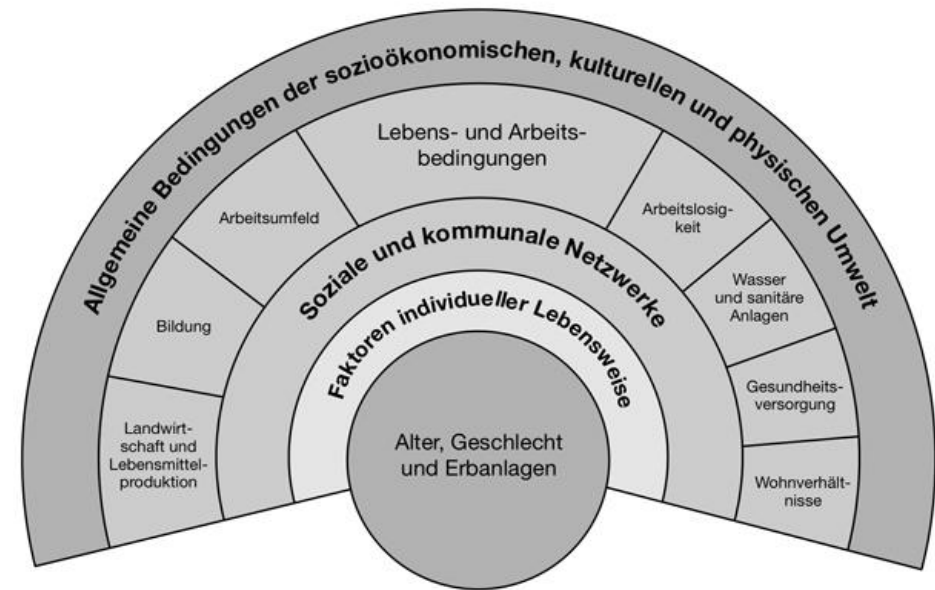
# Gesundheit



Dr. Antje Richter-Kornweitz

# Gesundheit ist zu verstehen als ...

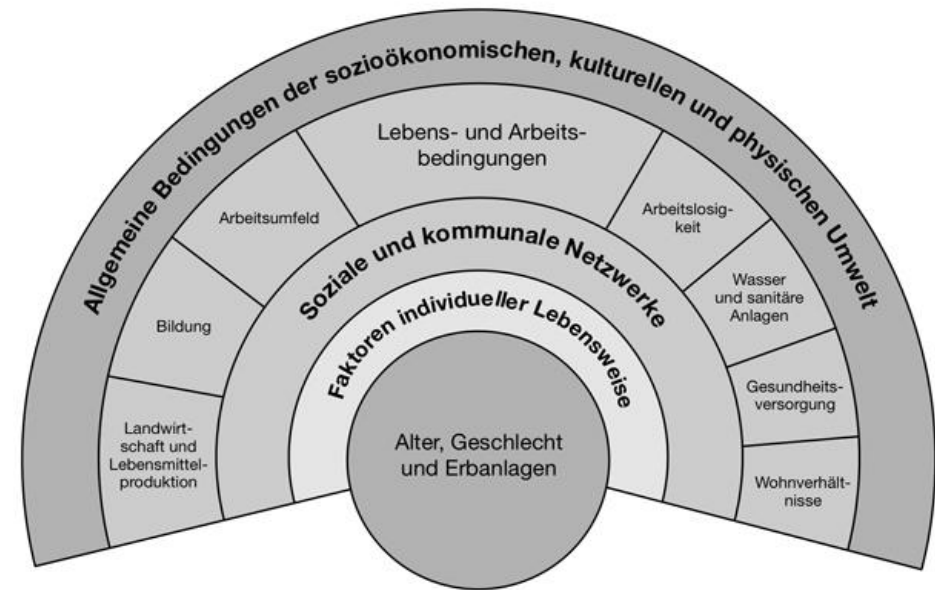
- ... Wohlbefinden, als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (WHO)
- ... prozesshaft, lebensgeschichtlich, stets in Entwicklung
- ... abhängig von Rahmenbedingungen des Lebens und den sich wechselseitig beeinflussenden körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Faktoren



Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, 1993

# Gesundheit ist zu verstehen als ...

- ...Wohlbefinden, als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (WHO)
- ... prozesshaft, lebensgeschichtlich, stets in Entwicklung
- ... abhängig von Rahmenbedingungen des Lebens und den sich wechselseitig beeinflussenden körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Faktoren



Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, 1993

# Soziale Statusposition und Gesundheit

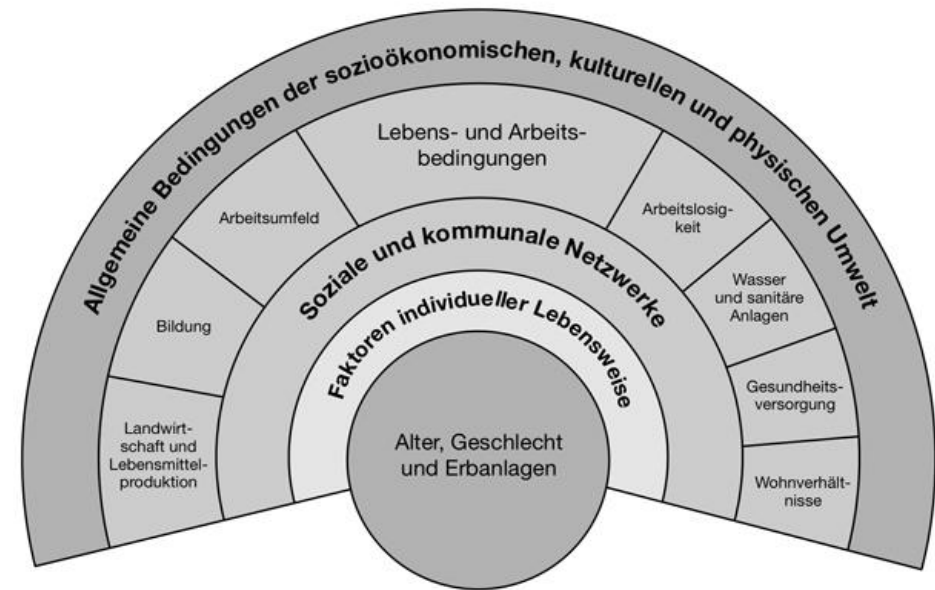
- Enger Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung (niedrigem SES) und Gesundheit in allen Altersgruppen
- Erhöhte Vulnerabilität in frühen Lebensphasen
- Überproportional häufige Erkrankungen, Behinderungen und Funktionseinschränkungen im (Erwachsenen)Alter

Power/Kuh 2008; Dragano/Siegrist 2009; RKI 2007//2009/2014



# Gesundheit ist zu verstehen als ...

- ... Wohlbefinden, als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (WHO)
- ... **prozesshaft, lebensgeschichtlich, stets in Entwicklung**
- ... abhängig von Rahmenbedingungen des Lebens und den sich wechselseitig beeinflussenden körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Faktoren



Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, 1993



# Belastungskarrieren ... haben oft eine lange Geschichte

Beeinträchtigungen, die bei Langzeitarmut gehäuft auftreten, betreffen:

- organische, wachstumsbezogene Prozesse
- kognitive Entwicklung
- psychische Stabilität und Persönlichkeitsentwicklung im Kindesalter

Armut ist ein Entwicklungsrisiko mit Langzeitwirkung



# Aufwachsen im Wohlergehen ist ein Prozess



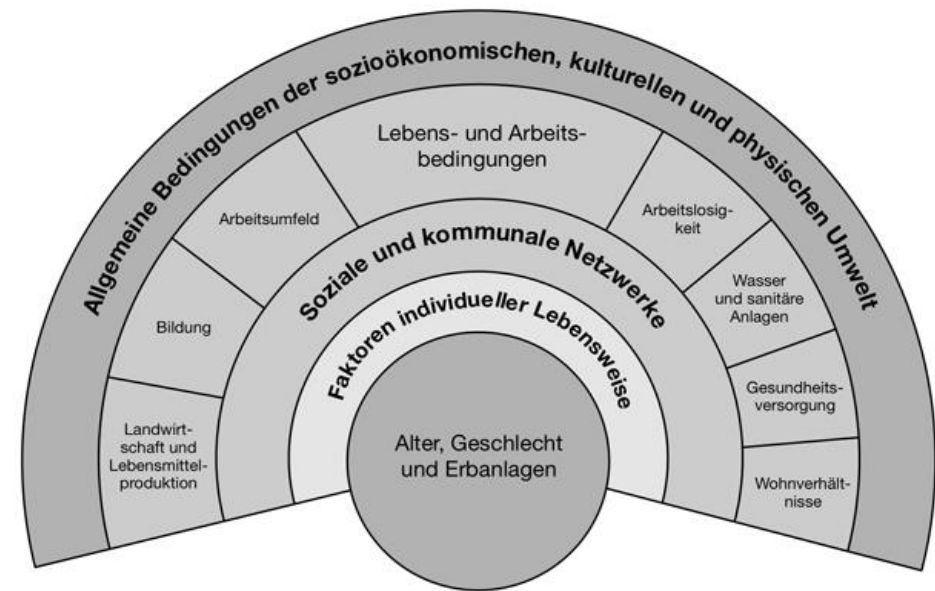
Frühe Hilfen

Kindertagesstätten

Grundschulen...

# Gesundheit ist zu verstehen als ...

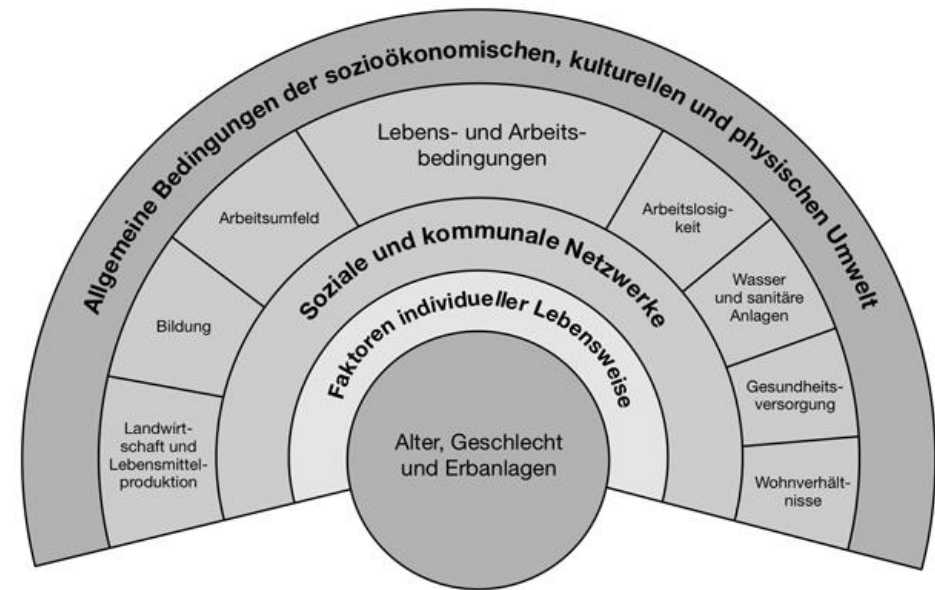
- ... Wohlbefinden, als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (WHO)
- ... prozesshaft, lebensgeschichtlich, stets in Entwicklung
- **... abhängig von Rahmenbedingungen des Lebens und den sich wechselseitig beeinflussenden körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Faktoren**



Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, 1993

# Soziale Determinanten von Gesundheit

- Der Mensch als biologischer Organismus *und* soziales Wesen
- Das, was wir in unserem Körper manifestieren, ist ein Ausdruck unserer Erfahrungen über den Lebenslauf und deren „Einverleibung“.
- Die gesellschaftliche Verteilung der Krankheitslast zeigt den Möglichkeitsspielraum von Gesundheit und Wohlbefinden



Die Rahmenbedingungen des Lebens werden „verkörpert“

# Möglichkeitsspielraum

## Einkommensunterschiede und Lebenserwartung

	Lebenserwartung bei Geburt		Gesunde Lebenserwartung bei Geburt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<b>Einkommen</b>				
0-60%	70,1	76,9	56,8	60,8
60-80%	73,4	81,9	61,2	66,2
80-100%	75,2	82,0	64,5	67,1
100-150%	77,2	84,4	66,8	69,1
150% u.m.	80,9	85,3	71,1	71,0
<b>Differenz</b>	<b>10,8</b>	<b>8,4</b>	<b>14,3</b>	<b>10,2</b>

Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995-2005 (Lampert et al. 2007)

**Zitat** „Wenn man nicht genug zum Anziehen kaufen kann. Wenn man nicht genug zum Essen hat. Wenn man nichts in seiner Freizeit machen kann. Wenn man keinen Fotoapparat hat, für Erinnerungen. Wenn man etwas zur Schule mitbringen muss (...) und man das nicht hat.“ (Nathalie, 9 J. in DKHW 2007)

# Armut von Kindern und die Folgen

# Wer ist betroffen und was folgt daraus?

**13 %** der U-15 leben in Deutschland mehr als 5 Jahre in dauerhaft nicht gesicherter Einkommenslage (SGB II); weitere **29 %** erfahren in dieser Zeit mehrfachen Wechsel zwischen gesicherter / nicht-gesicherter Einkommenslage<sup>1</sup>

Auf häufigsten unter der Armutsschwelle (60%-Schwelle) leben 12/2016 in BW Haushalte mit Kindern in alleinerziehenden Familien (**38,7%**) und in Familien mit drei oder mehr Kindern (**16,4%**)<sup>2</sup>

Je geringer das Qualifikationsniveau der Eltern, desto höher das Risiko eines Kindes auf dauerhaft nicht-gesicherte Einkommenslage<sup>1</sup>

Nur **32,3%** der U-15-Kinder von Eltern mit Hauptschulabschluss o. Berufsausbildung leben in dauerhaft gesicherter Einkommenslage, d.h. mehr als 5 Jahre kein Leistungsbezug)<sup>1</sup>

Menschen *ohne* deutsche Staatsangehörigkeit leben 2016 in BW zu **25,3 %** in Armut; Menschen *mit* deutscher Staatsangehörigkeit zu **9,7 %**.

Menschen *mit* Migrationshintergrund leben 2016 in BW. zu **19,6 %** in Armut, d.h. unter der 60%-Schwelle (*ohne* MgH **8,6%**)<sup>2</sup>

**Die schulische Bildungsbiographie der Kinder mit niedrigem SES verläuft belasteter; sie weisen häufiger Lernrückstände auf und besuchen seltener ein Gymnasium.**<sup>3</sup>

**Arme Kinder haben tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand und verhalten sich weniger gesund.**<sup>4</sup>

**Arme Kinder nehmen seltener non-formale und informelle (Bildungs-) Angebote in Anspruch. Sie verfügen über kleinere soziale Netzwerke.**<sup>5</sup>

# Mangel im Alltag...hier und jetzt und zukünftig...

	... im Hier und Jetzt	... und in der Zukunft
<b>Materielle Lage</b>	Mangel & Verzicht, Wohnraum, Mobilität, Ernährung, gemeinsame Zeit	Zukunftspläne/Resignation, Selbstwirksamkeit, Entscheidungsmacht
<b>Soziale Lage</b>	Anzahl Freunde, soziale Kontakte, Freizeitangebote	Partizipation, soz. Eingebundensein / Netzwerke
<b>Kulturelle Lage</b>	Qualität der Einrichtungen, Lernstand, Schulform	Formaler Bildungserfolg, Berufseinstieg, Einkommen, soziales Ansehen
<b>Gesundheitliche Lage</b>	Entwicklung, Gesundheit & gesundheitsbezogenes Verhalten	Morbidität, Mortalität



# Regionale Unterschiede der Kinderarmut

Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren, die dauerhaft – also mind. in fünf aufeinander folgenden Jahren – SGB-II-Leistungen bezogen

Wohnortgröße (BIK-Region)	Dauerhafter SGB-II- Leistungsbezug in %
Unter 20.000 Einwohner*innen	3,9
20.000 bis 99.999 Einwohner*innen	19,8
100.000 bis 499.999 Einwohner*innen	41,3
500.000 Einwohner*innen und mehr	35,0

Panel-Datensatz des IAB in  
neun Wellen von 2006 bis  
2015

N ges.=3.179

hier Darstellung eines von insg. fünf  
Einkommens-Clustern (N=450)

Tophoven et al. 2017: 40

# Armut messen ... Begriffsverständnis

- **Armutsgefährdungsschwelle:** 60 % des Pro-Kopf-Einkommens je Haushaltsmitglied\*.
  - Singles: 12/2016 galt eine Person in einem Einpersonenhaushalt in **BW** mit monatlichem Haushaltsnettoeinkommen **unterhalb von 1.055 Euro** als arm.
  - Familien 2+2: 12/2016 galt eine Familie mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren in **BW** mit monatlichem Haushaltsnettoeinkommen **unterhalb von 2.215,-- Euro** als arm.
- **Soziale Mindestsicherung** (mittels Transferleistungen behördlich bekämpfte Armut)
  - Anteil der Kinder, die in Bedarfsgemeinschaften leben, die SGB-II-Leistungen („Hartz IV“) erhalten, wobei die Eltern nicht immer gleichzeitig auch arbeitslos sind.
- **Sozio-ökonomischer Status → SES**
  - Der sozio-ökonomische Status (SES) bemisst sich am Einkommen, beruflichem Abschluss und beruflicher Position.
  - Ein niedriger SES bedeutet: Geringes Einkommen, niedriger Bildungsabschluss und niedrige Berufsposition.

\*Hierzu wird das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen ermittelt. Ausgehend von der Annahme, dass sich durch gemeinsames Wirtschaften Einsparungen erreichen lassen, wird bei Mehrpersonenhaushalten der ersten erwachsenen Person im Haushalt das Bedarfsgewicht 1 zugeordnet, für die weiteren Haushaltsmitglieder werden Gewichte von < 1 eingesetzt (0,5 für weitere Personen im Alter von 14 und mehr Jahren und 0,3 für jedes Kind im Alter von unter 14 Jahren).

# Kindergesundheit konkret



Dr. Antje Richter-Kornweitz

# „Neue Morbidität“ (Schlack HG, 2004)

- ...etwa 20% mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
  - Verschiebung des Krankheitsspektrums von...
    - akuten zu chronisch-körperlichen Erkrankungen
    - körperlichen zu psychischen Erkrankungen
- Probleme an Schnittstellen zwischen Körper, Psyche und Umwelt
- **Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES stärker betroffen**

# Neue Fakten – KiGGS 2018

- **95,7% der Eltern schätzen die allgemeine Gesundheit ihrer 3-17jährigen Kinder als „gut“ bis „sehr gut“ ein.**
- Allerdings erhebliche Unterschiede nach Alter, Geschlecht; z.B. sinkt die gute Einschätzung mit steigendem Alter.
  - Die besten Einschätzungen erhalten Mädchen (67.0 %) wie Jungen (61.9 %) im Alter von 3-6 Jahren.
  - Bei 7-10-Jährigen ist der Anteil der Mädchen (63.9 %) mit sehr gut eingeschätzter Gesundheit (ebenfalls noch) höher als der der Jungen (56.5 %).
  - Bei den 14-17-Jährigen liegt der Anteil der Mädchen (45.3 %) mit sehr guter Gesundheit unter dem der Jungen (52.4 %)
- Außerdem sinkt die gute Einschätzung mit niedrigerem Sozialstatus.

# Gesundheit nach Sozialstatus

„Sehr gute“ Gesundheit nach Sozialstatus bei Mädchen (3-17 J.)

Niedrig	50,4 %
Mittel	56,7 %
Hoch	71,3 %

„Sehr gute“ Gesundheit nach Sozialstatus bei Jungen (3-17 J.)

Niedrig	46,6 %
Mittel	56,0 %
Hoch	66,1 %

Robert-Koch-Institut (RKI), Berlin, Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring 2018

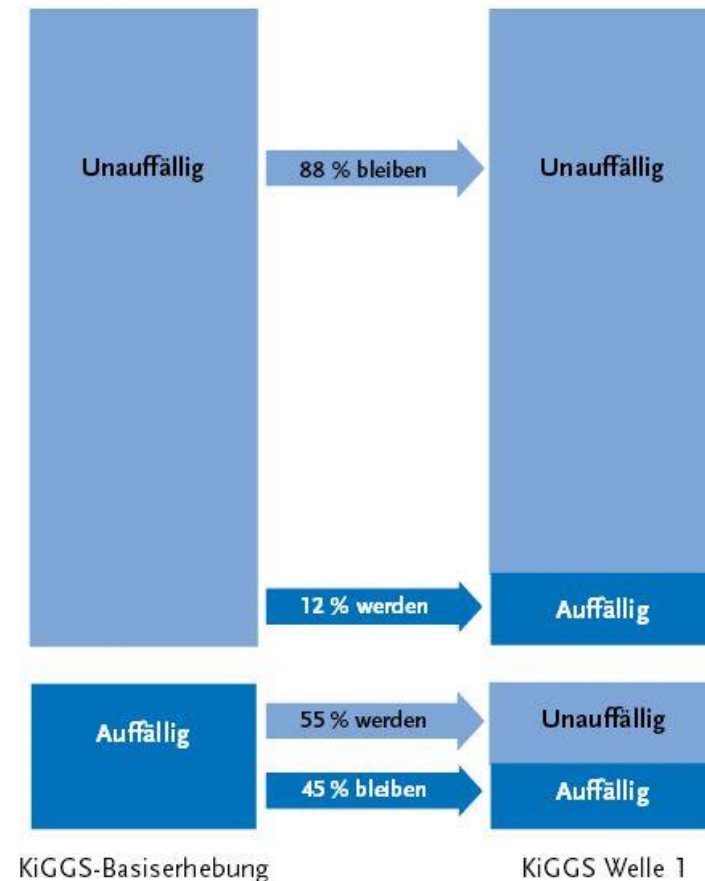
Aus: Poethko-Müller, C.; Kuntz, B.; Lampert, T.; Neuhauser, H. (2018) in: RKI & Destatis: Journal of Health Monitoring, 2018 3 (1), Berlin, S. 8ff

# Neue Fakten – KiGGS 2018

- 20 % der 3-17-Jährigen zeigen **psychische Auffälligkeiten**\*. Diese Häufigkeit ist über den Zeitraum der bisherigen KiGGS-Studien stabil geblieben.
- Bei jedem 2. Kind verschwinden psychische Auffälligkeiten innerhalb eines Jahres.
- Bei Jungen: Mit zunehmendem Alter sinkender Anteil mit psych. Auffälligkeiten; sensible Phase bei Jungen im Alter von 3-5 Jahren.
- Bei Mädchen: Mit zunehmendem Alter steigender Anteil mit psych. Auffälligkeiten; sensible Phase beim Übergang Grundschule (9-11 J.) bis Ende Jugendzeit (15-17 J.).

Aus: Baumgarten, F.; Klipker, K.; Göbel, K.; Janitzka, S.; Hölling, H.: Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, in: RKI & Destatis: Journal of Health Monitoring, 2018 3 (1), Berlin, S.60f

\*Psych. Auffälligkeiten nach SDQR (Goodman), u.a. Emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität



# Neue Fakten – KiGGS 2018

- Nur 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen erreichen die Bewegungsempfehlungen der WHO, d.h.
  - sie sind mind. 60 Min. täglich körperlich aktiv,
  - sie üben eine mäßige bis anstrengende körperlich-sportliche Aktivität aus.
- Mädchen wie Jungen erreichen die Bewegungsempfehlungen der WHO mit steigendem Alter immer seltener.
- Mehr Mädchen (11,1 %) als Jungen (7 %) zeigen „geringe“ körperliche Aktivität, d.h. weniger als 2x pro Woche mäßige bis anstrengende körperliche Aktivität).
- Bezüglich „geringer“ körperlicher Aktivität bestehen Unterschiede nach Sozialstatus.



# Gesundheit nach Sozialstatus

„Geringe“ körperliche Aktivität bei Mädchen (3-17 J.) nach Sozialstatus		„Geringe“ körperliche Aktivität bei Jungen (3-17 J.) nach Sozialstatus	
Niedrig	19,4%	Niedrig	11,6 %
Mittel	9,6 %	Mittel	6,3 %
Hoch	7,6 %	Hoch	4,4 %

**Zur Erinnerung:** Insgesamt zeigen nur 11,1 % der Mädchen und 7 % der Jungen „geringe“ körperliche Aktivität, d.h. weniger als 2x pro Woche mäßige bis anstrengende körperliche Aktivität.

Aus: Finger, J.; Varnaccia, G.; Borrmann, A.; Lange, C.; Mensink, G. (2018), in: RKI & Destatis: Journal of Health Monitoring, 2018 3(1), Berlin, S. 26 ff)

# Neue Fakten – KiGGS 2018

- 15,4 % der Mädchen und Jungen zwischen 3 und 17 Jahren sind übergewichtig (einschließlich Adipositas)
- Der Anteil steigt mit steigendem Alter bei Mädchen und Jungen an.
- Der Anteil liegt auf hohem Niveau, aber der Trend zunehmender Übergewichts- und Adipositasprävalenzen scheint verlangsamt, evtl. sogar gestoppt.
- Bezüglich Übergewicht und Adipositas bestehen Unterschiede nach Sozialstatus.

# Gesundheit nach Sozialstatus

## Übergewicht bei Mädchen (3-17 J.) nach Sozialstatus

Niedrig	27,0 %
Mittel	13,0 %
Hoch	6,5 %

## Übergewicht bei Jungen (3-17 J.) nach Sozialstatus

Niedrig	24,2 % %
Mittel	14,1 %
Hoch	8,9 %

# Auch U-Untersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen belegen gesundheitliche Ungleichheit

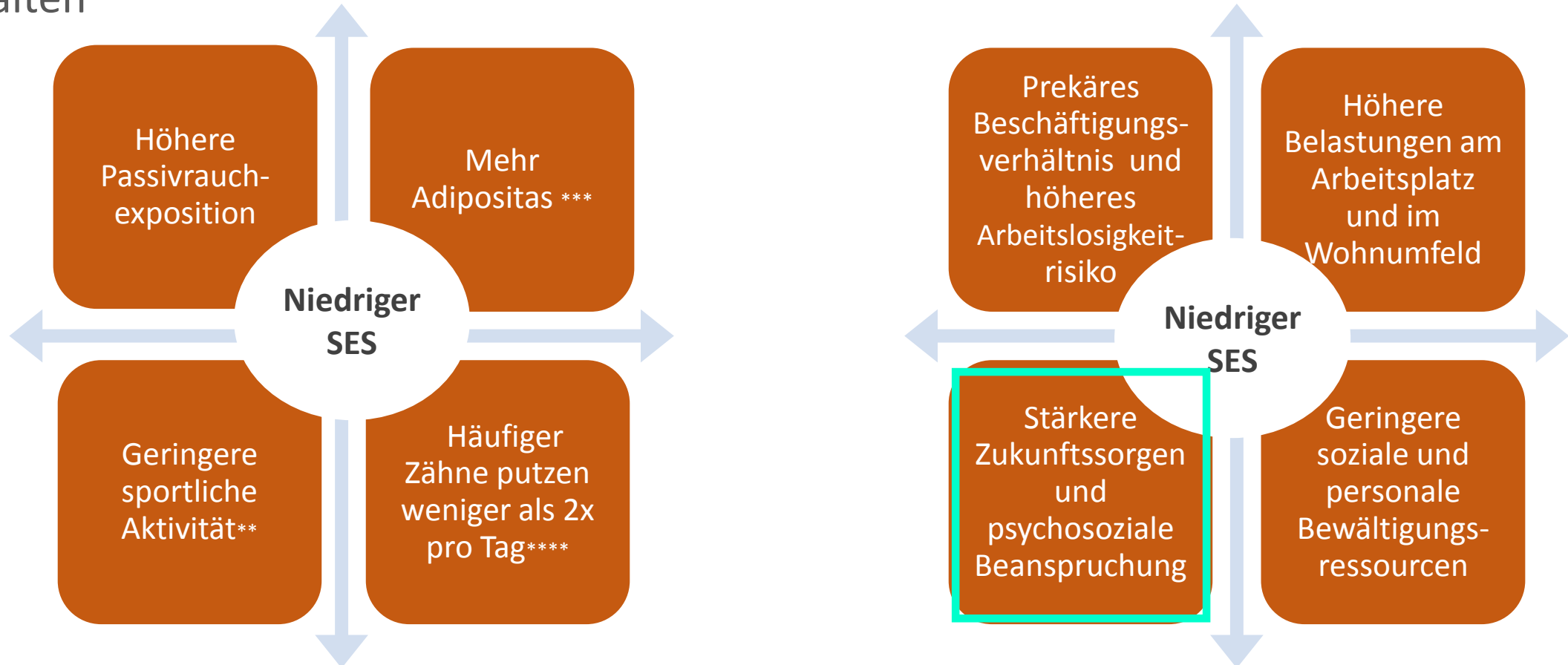
- Säuglingssterblichkeit
- niedriges Geburtsgewicht
- geringere Körpergröße bei Schuleintritt
- Entwicklungsstörungen/-verzögerungen,
  - z.B. Bewegungskoordination, Sprachentwicklung, Bewältigungsverhalten
- Sehen und Hören
- Teilnahme an U-Untersuchungen
- Impfbereitschaft
- Ernährungsstatus
- Zahnstatus
- Unfälle und Verletzungen



# Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung beruhen auf Unterschieden in Verhalten und Verhältnissen

Verhalten\*

Verhältnisse



\*11-17 Jahre; \*\* 3-10 : \*\*\*3-17; \*\*\*\*11-17; Lampert. T., RKI 2016; Berlin  
RKI & DESTATIS (Hg.): Journal of Health Monitoring, März 2018; Berlin

# Beispiel Alleinerziehende

- Finanzen als größtes Problem, gefolgt von Problemen mit eigener Gesundheit
- Hoher Belastungslevel, ( z.B. Stress mit Ex-Partner, Einsamkeit, Alltagsüberforderung, Schulprobleme/Kind)
- Gefühle von *Ohnmacht* und *Perspektivlosigkeit*, da keine dauerhaften Problemlösungen für größte Probleme in Sicht sind.

# Beispiel Alleinerziehende

- Wunsch nach Unterstützung für:
  1. eigene Gesundheit
  2. Gesundheit des Kindes
  3. Schulprobleme des Kindes.
- Überforderungsgefühle durch:
  - hohes Erleben von konstanten, stabilen, mehrschichtigen Problemlagen
  - unterschiedliche, aber zusammenhängende Einzelprobleme, die dazu führen, mit **mehreren Akteuren des Hilfesystems (gleichzeitig) kommunizieren und interagieren zu müssen.**

# Präventionsdilemma\*

- Vielfalt der Akteur\*innen, Zielsetzungen und Leistungen erschwert Transparenz und den gemeinsamen Blick.
- Versäulte Strukturen zwischen Ressorts und Fachrichtungen hemmen die Abstimmung und das Ineinandergreifen von Angeboten und Maßnahmen.
- Angebote basieren nur bedingt auf den tatsächlichen Bedürfnissen, Interessen und der Lebensrealität der Kinder und Familien.

**Angebote und Leistungen kommen nur unzureichend oder gar nicht bei denjenigen an, die sie benötigen.**

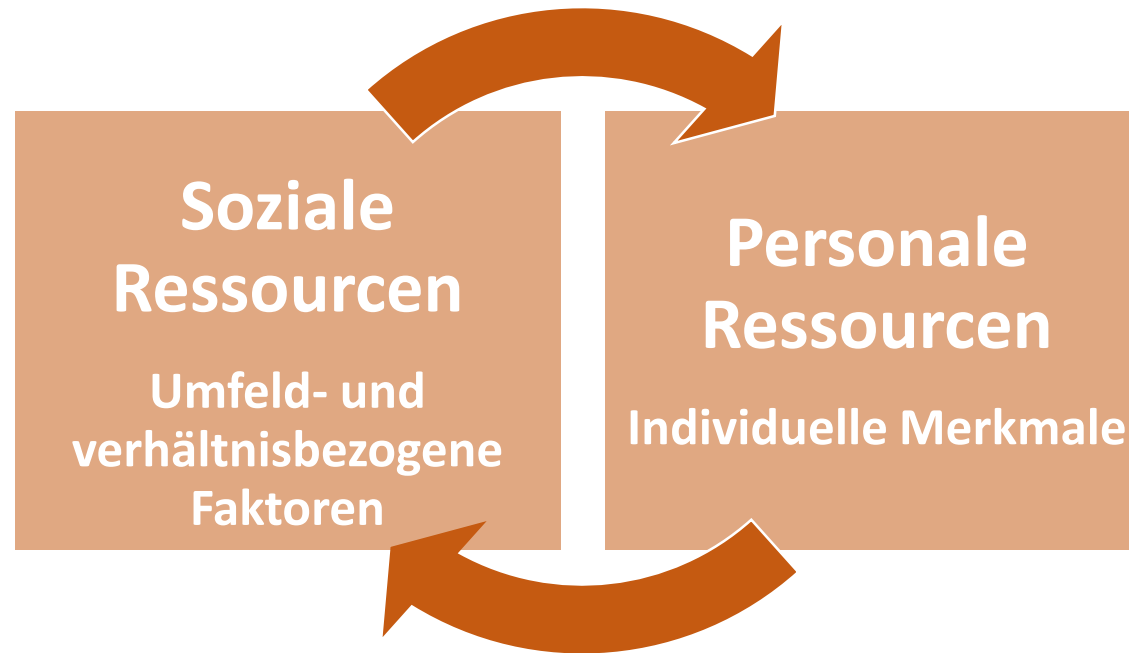


Ressourcenperspektive

Was schützt?

# Was schützt?

Schutzfaktoren



# Was schützt? - Intervention auf drei Ebenen

Schutzfaktoren

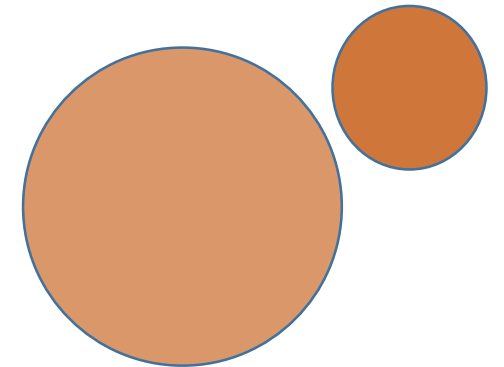
Individuelle  
Ebene

Familiäre Ebene

Außerfamiliäres  
Stützsystem

# Schlüsselstrategien der entwicklungsorientierten Prävention

- Risikoorientierte Strategien
- Ressourcenorientierte Strategien
- Prozessorientierte Strategien



Ann Masten 2001

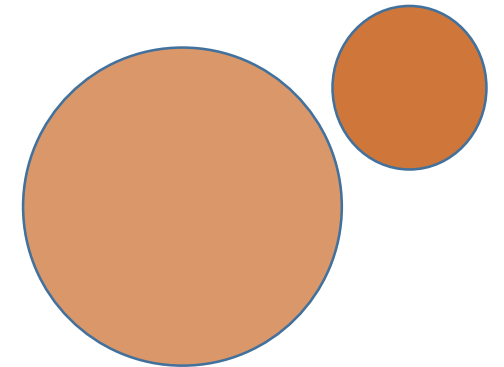
# Risikoorientierte Strategien Kindergesundheit, „klassisch“

- Frühe Hilfen
  - Kinderschutz
  - Früh helfen=früh fördern
- Vorsorge
  - U-Untersuchungen
  - Impfungen
  - Zahngesundheit /Jugendzahnpflege
  - Früherkennung gekoppelt mit früher Förderung im 4. Lebensjahr (z.B. PIAF)

# Schlüsselstrategien der entwicklungsorientierten Prävention

- Risikoorientierte Strategien
- **Ressourcenorientierte Strategien**
- Prozessorientierte Strategien

Ann Masten 2001



# Ressourcenorientierte Strategien Kindliche Entwicklung fördern...

An zentralen Entwicklungsthemen ansetzen\*

- **Kinder unter 3 Jahren:**  
Bindung und Autonomie
- **Kinder von 3 bis 6 Jahren:**  
Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit
- **Kinder von 6 bis 12 Jahren:**  
Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren
- **Jugendliche von 12 bis 18 Jahren:**  
Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden

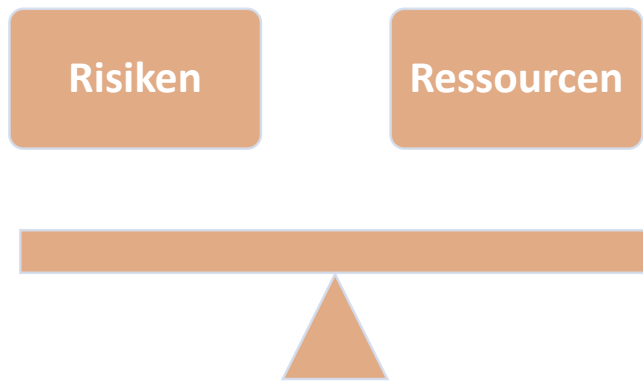
\*vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht 2009, S. 80



„Geglückte“ Bindungsmodelle verankern

- **Feinfühliges Verhalten**, d.h.
- Signale des Kindes wahrnehmen,
- richtig interpretieren,
- *prompt und angemessen* darauf reagieren.

# Resilienzförderung Schutzfaktoren

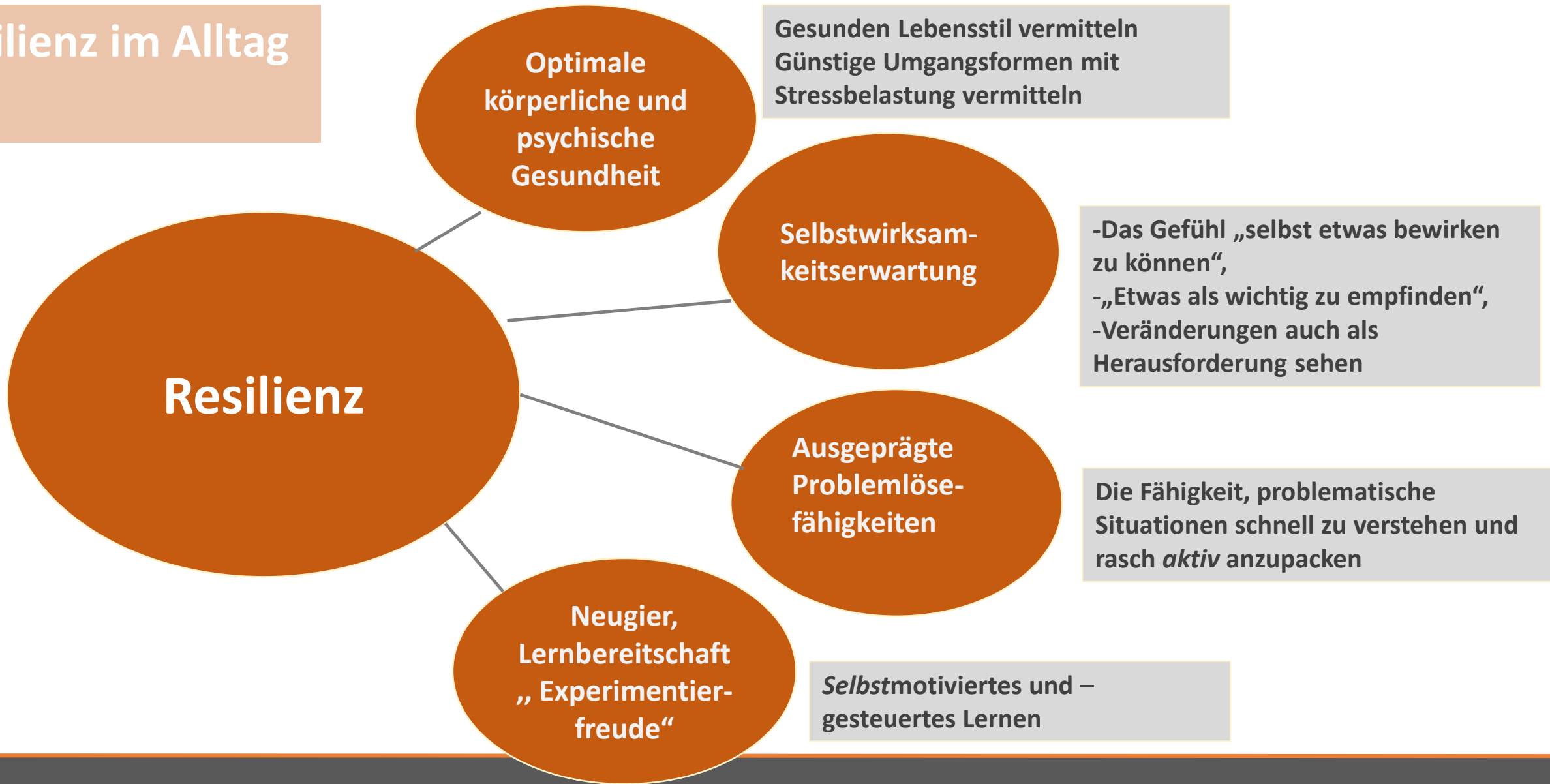


- Emotionale Beziehung zu mind. einer Bezugsperson
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Soziale Unterstützung
- Körperliche Gesundheitsressourcen
- Kognitive Fähigkeiten
- Aktiver Problembewältigungsstil
- Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Erleben von Erfolg und Leistung





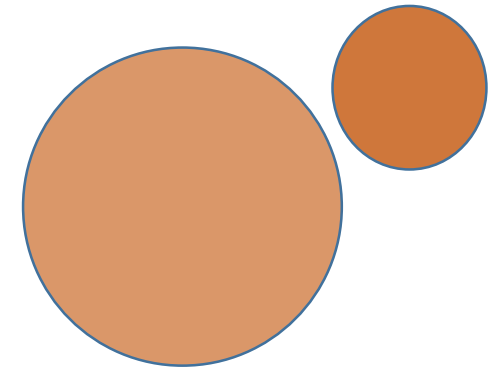
# Resilienz im Alltag



# Schlüsselstrategien der entwicklungsorientierten Prävention

- Risikoorientierte Strategien
- Ressourcenorientierte Strategien
- **Prozessorientierte Strategien**

Ann Masten 2001



# Prozessorientierte Strategien Aufwachsen im Wohlergehen



Frühe Hilfen

Kindertagesstätten

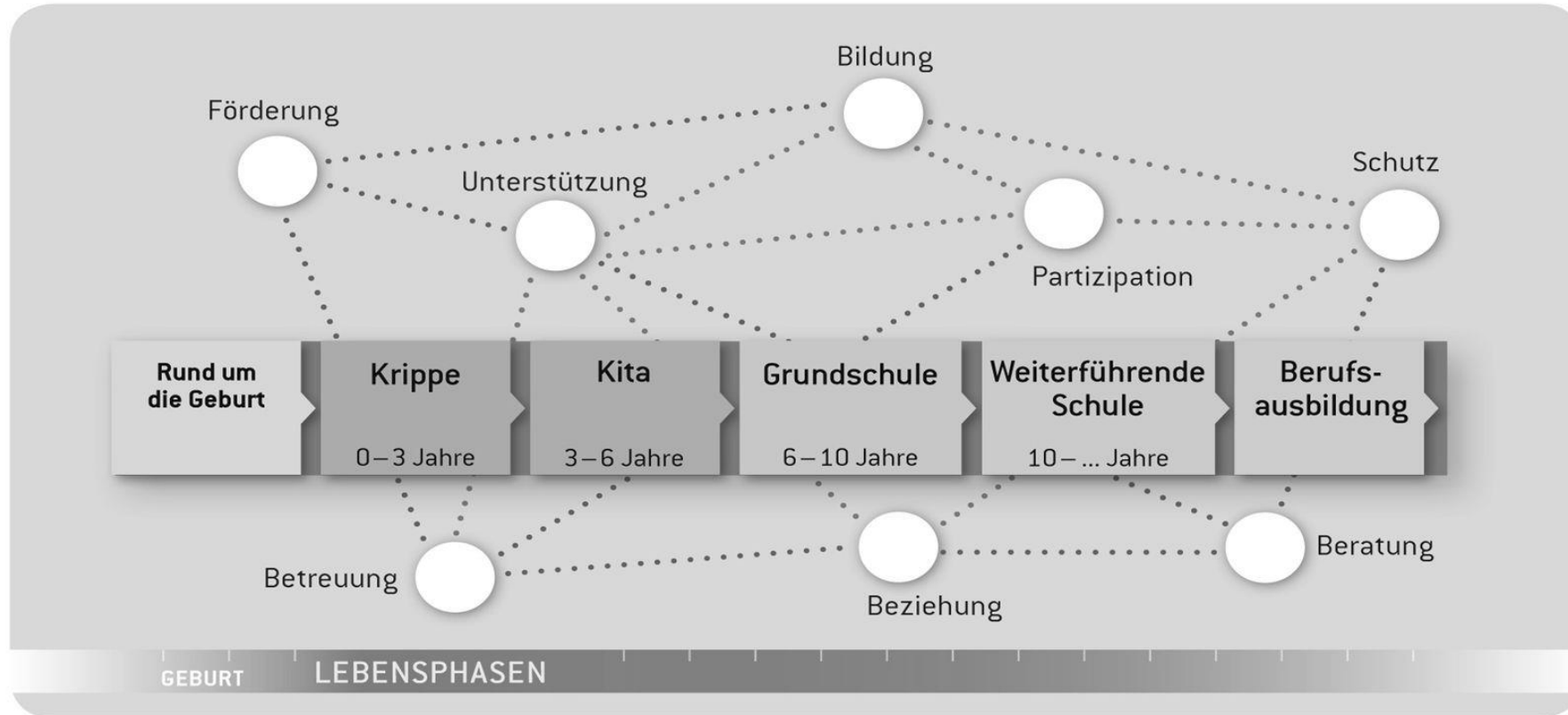
Grundschulen...

# Prozessorientierte Strategien

Integrierte kommunale Strategien zu Prävention und Gesundheitsförderung: „Präventionsketten“

# Präventionsketten in Kommunen

Kommunal vernetzte Präventionskette mit bereichs- und trägerübergreifend abgestimmten Angeboten von der Schwangerschaft bis zum frühen Erwachsenenalter



Quelle: Richter-Kornweitz/Werkbuch Präventionskette, Hannover 2013

# Definition Präventionskette

Als „Präventionskette“ bezeichnet man eine **systematische und in sich bündige** kommunale Infrastruktur für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, ... ,  
die sich auf **alters- und entwicklungsbezogene** Handlungsfelder bezieht, wie Frühe Hilfen, Kita, Schule, Übergang in den Beruf.



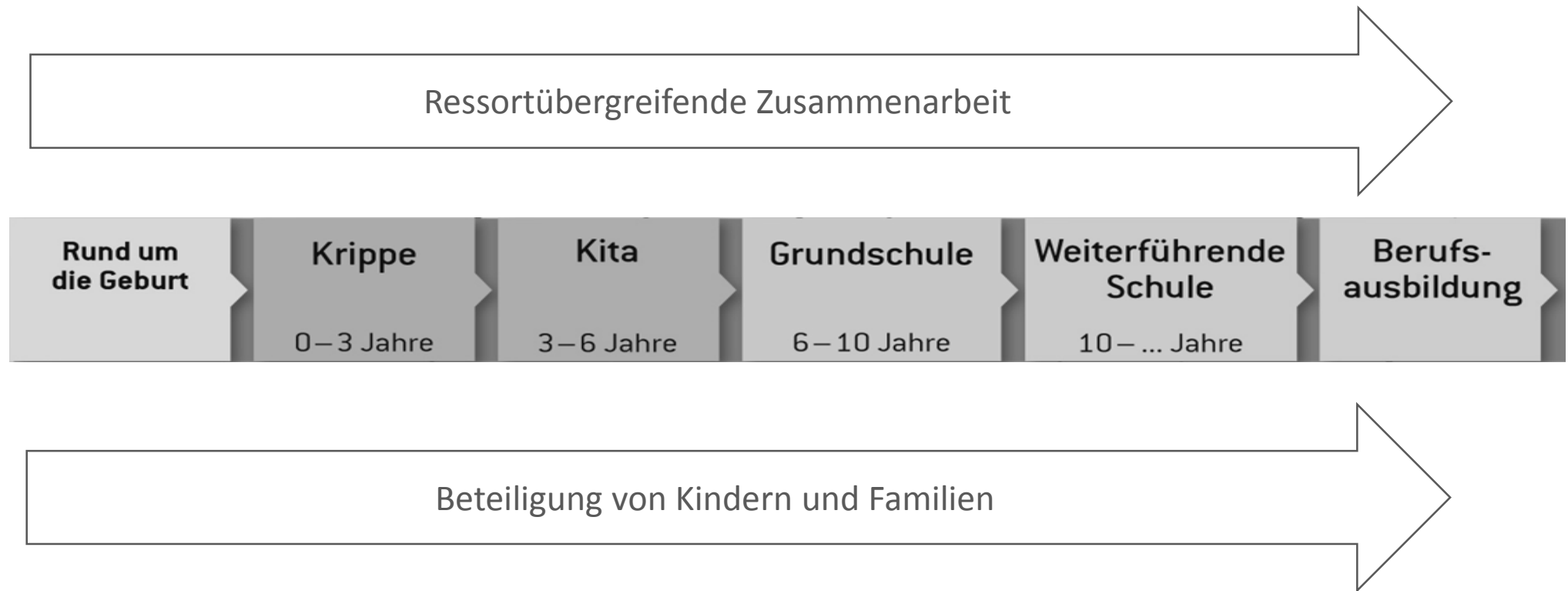
Übergänge begleiten

Sie baut auf das **gemeinsame Gestalten und Handeln** aller relevanten Akteure.

Unter „Präventionskette“ versteht man die Aufgabe einer **frühzeitig beginnenden und andauernden Förderung *aller* Heranwachsenden** als Ausdruck öffentlicher Verantwortung zur Ergänzung der elterlichen.

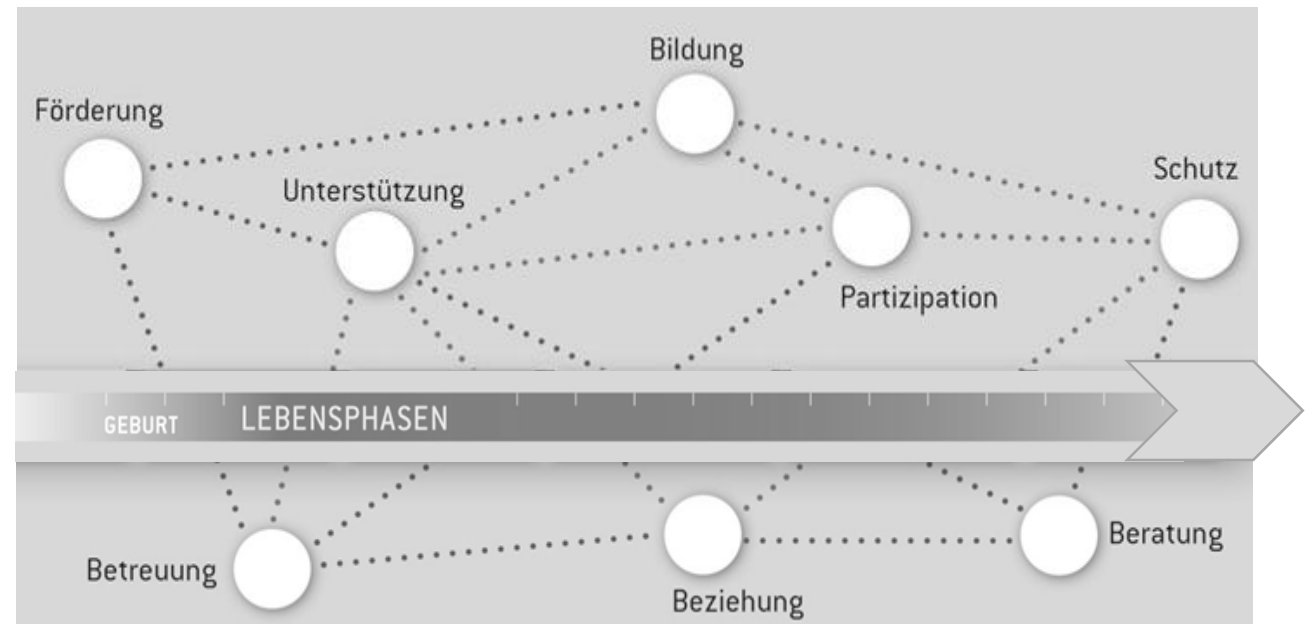
Holz/Schöttle/Berg 2011; Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2015

# Prinzipien der Präventionskette



„Ausreichend Angebote für verschiedene Altersstufen sind noch lange keine Präventionskette!“\*

Aufbau einer Präventionskette bedeutet **Strategieentwicklung und Strukturbildung**





# Prinzipien der Präventionskette

## Kindzentriertes Vorgehen

- „Vom Kind her“ denken
- Entlang des Lebenslaufs
- Entsprechend der Lebenslagen
  
- **Bestand sichten, analysieren, bewerten**

**Was braucht das Kind?**

Aufwachsen im Wohlergehen in Kommunen gezielt fördern

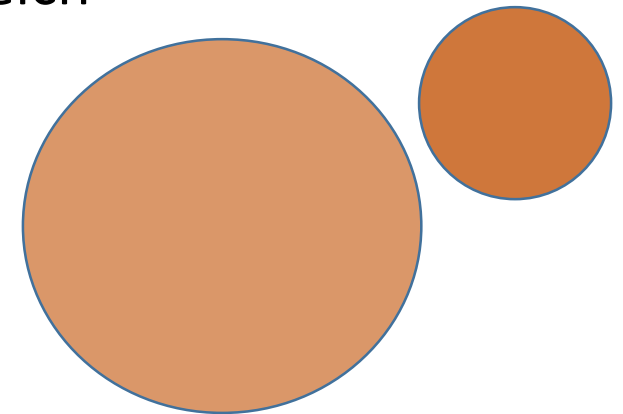
# Verhältnis- und Verhaltensprävention

# Präventionsgesetz Durch Lebensweltorientierung alle erreichen

Durch die Lebensweltorientierung können Benachteiligte erreicht werden, ohne sie als solche zu stigmatisieren. Die Maßnahmen sollen dabei „Priorität auf Kontextbeeinflussung“ legen und weniger (bzw. nur indirekt) individuelles Verhalten adressieren.

Ziel ist es, die jeweilige Lebenswelt so zu gestalten, dass die von ihr ausgehenden Belastungen möglichst gering gehalten und zugleich unterstützende Strukturen entwickelt und gestärkt werden.

vgl. Nationale Präventionskonferenz (2016) : Bundesrahmenempfehlungen. Verabschiedet am 19. Februar 2016 auf der 2. Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz



# Settingorientierte Gesundheitsförderung

## Organisationsentwicklung in Kitas und Schulen

- Settings als soziale Systeme, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können
- Alle Akteure im Setting einbeziehen, d.h. Kinder, Beschäftigte, Eltern sowie das soziale Umfeld
- Risiken und Ressourcen identifizieren und definieren: Belastungen senken - Potenziale fördern
- **Gesundheitsförderung als Settingentwicklung statt Gesundheitsförderung im Setting**



# Bewegung ist gesund!

Prozent der Zeit	Minuten	
51%	92	Inaktivität (Sitzen)
45%	80	Leichter Aktivität (z.B. Stehen, Gehen)
→ 4%	8	Aktivität mittleren bis hohen Intensitätslevel

Dörr et al., De Bock, 2014

## Welche Faktoren führen tatsächlich zu mehr Bewegung?

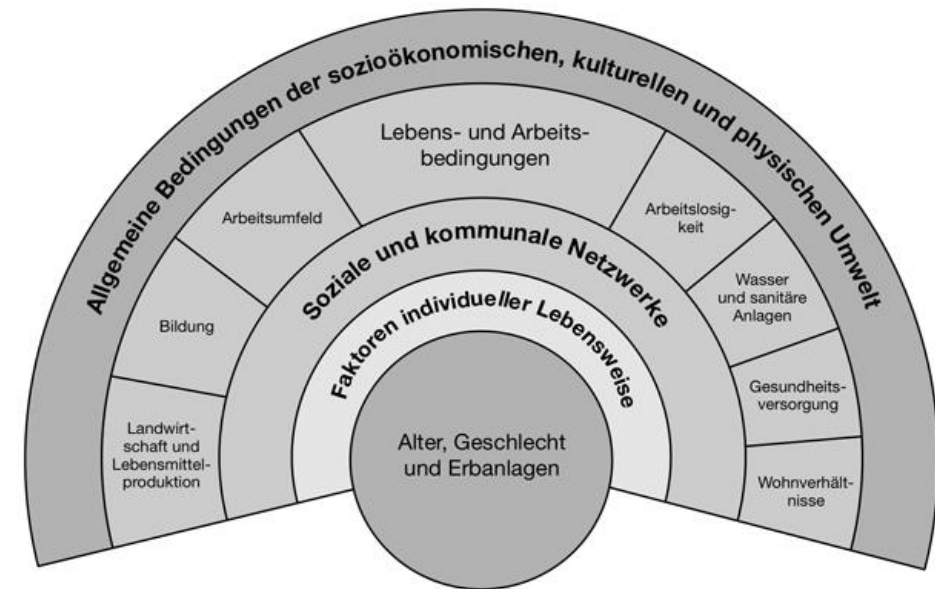
	<b>Sitzen vermindert</b>	<b>Mittlere bis hohe Aktivität erhöht</b>
Bewegungsraum vorhanden		+33%
Raum frei zugänglich	-7%	
Außengelände frei zugänglich		+33%
Außengelände grüner Eindruck	-14%	+52%
Turnstunden > 1x/Wo		+28%
Engagement für Bewegung	-11%	
Engagement für Bewegung im Freien		+100%
Erzieherideen zur Umgestaltung		+31%

*Dörr et al., 2014*

# Gesundheit Soziale Teilhabe fördern

## Gesundheit ist zu verstehen als ...

- ... Wohlbefinden, als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (WHO)
- ....



Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, 1993

# Armutsensibel handeln: Eine Frage der Haltung

→ Armut als ein Bündel konkreter Probleme betrachten.

...rekonstruieren: Nach welcher Logik Menschen in Armut als *Experten* ihres Alltags Entscheidungen treffen und handeln.

...fragen: Wie kann eine wirkungsvolle Unterstützung gestaltet werden, die zur Logik der Familie passt bzw. diese durchbrechen hilft und die Familien nicht stigmatisiert und beschämt?

Banerjee/Duflo 2011



make the healthy choice the  
easy choice...

die gesunde Wahl zur  
einfachen Wahl machen...

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

# Hier finden Sie weitere Informationen rund um das Thema „Präventionsketten“

- Projektwebsite  
[www.praeventionsketten-nds.de](http://www.praeventionsketten-nds.de)
  
- LVG & AFS Nds. E.V. / BZgA (2013). Werkbuch Präventionskette. Hannover.  
<http://www.bzga.de/?sid=1144>
  
- Filme und Audio-Statements zu Präventionsketten:  
■ [www.praeventionsketten-nds.de](http://www.praeventionsketten-nds.de) > Download

