

Hauptsache, gesund?! Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

von Eike Quilling¹, Anna Lena Rademaker², Philipp Schäfer³, Dörte Kaczmarczyk⁴ und Corinna Schaffert⁵

ABSTRACT

Armut und Gesundheit korrelieren miteinander. Daran besteht wenig Zweifel. Dieses Verhältnis zeigt sich auch in dem immer weiteren Auseinanderdriften zwischen Arm und Reich und verdeutlichte sich zuletzt in den Folgen der Corona-Pandemie. Menschen im Kinder- und Jugendalter trafen die Folgen besonders schwer. Sie gelten paradoxerweise gleichzeitig als eine vergessene Gruppe jener Episode. Skizziert werden soll hier zum einen, welche Auswirkung die Relation von Armut und Gesundheit in Zeiten von Corona für die Jugendlichen hat. Zum anderen sollen Konzepte und Lösungsvorschläge beschrieben werden, die eine partizipative und kommunale Gesundheitsförderung ermöglichen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, soziale Ungleichheit, Jugendalter, Covid-19

Poverty and health correlate. There is no doubt about it. This connection is also evident in the growing divergence between rich and poor. It has lately been observed in the context of the Corona pandemic. Children and young people have been particularly hard hit by the consequences. Incidentally, they are at the same time considered a forgotten group of this period. The aim of this article is twofold: On the one hand, the effects of the relationship between poverty and health on young people are outlined, on the other hand, the authors describe concepts and proposed solutions that enable participatory and community health promotion.

Keywords: health promotion, social injustice, youth, Covid-19

1 Armut als (Gesundheits-)Risiko bei Kindern und Jugendlichen

Die Lebenssituation und der sozioökonomische Status von Kindern und Jugendlichen sind von zentraler Bedeutung für deren Gesundheit (*BMG 2010, 13*). So zeigt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, dass in Armut aufwachsende Kinder und Jugendliche deutlich häufiger Beeinträchtigungen hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes, der psychischen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens aufweisen als Gleichaltrige aus der mittleren und hohen Einkom-

mensgruppe (*Lampert und Kuntz 2019, 1270*). Zur Entwicklung der Kinderarmut vergleiche Abbildung 1.

Neben Lebensbedingungen sind es aber auch sozialräumliche Strukturen, die sich nachteilig auf die Gesundheitschancen auswirken. Ein Blick ins Ruhrgebiet, den größten europäischen Ballungsraum mit über fünf Millionen Einwohnern, zeigt, dass sich hinter einer in pauschaler Betrachtung guten bis sehr guten Versorgungslage für Kinder und Jugendliche Differenzierungsprozesse verbergen, die sozialräumliche Segregation und gesundheitliche Ungleichheiten

¹ Prof. Dr. Eike Quilling, Hochschule für Gesundheit, Bochum · Gesundheitscampus 6–8 · 44801 Bochum · Telefon: +49 234 77727-784
E-Mail: eike.quilling@hs-gesundheit.de

² Prof. Dr. Anna Lena Rademaker, FH Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen · Interaktion 1 · 33619 Bielefeld · Telefon: +49 521 10670936
E-Mail: anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de

³ Philipp Schäfer, Hochschule für Gesundheit, Bochum · Gesundheitscampus 6–8 · 44801 Bochum · Telefon: +49 234 77727-694
E-Mail: philipp.schaefer@hs-gesundheit.de

⁴ Dörte Kaczmarczyk, Hochschule für Gesundheit, Bochum · Gesundheitscampus 6–8 · 44801 Bochum · E-Mail: doerte.kaczmarczyk@hs-gesundheit.de

⁵ Corinna Schaffert, MedEcon Ruhr GmbH · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44801 Bochum · Telefon: 0234 97836-70 · E-Mail: schaffert@medecon.ruhr

befördern (IGES 2017). Es finden sich zudem Hinweise darauf, dass in Stadtgebieten mit systematischen Problemlagen wie einer hohen Arbeitslosigkeit, Armut oder hohen Bezügen von Leistungen im Zusammenhang mit den sogenannten Hilfen zur Erziehung (HzE) das Angebot an Gesundheitsversorgungsleistungen gegenüber begünstigten Stadtgebieten zurückbleibt (Grell et al. 2016). Dieser erschwerte Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems, Gesundheitsförderung und Prävention führt zu einem Auseinanderdriften und damit auch zu einer Verschlechterung von Gesundheitschancen für vulnerable Zielgruppen. In der Pandemie hat sich die Schere zwischen Arm und Reich weiter geöffnet (Statistisches Bundesamt 2021).

Es existieren zahlreiche Erklärungsmodelle für das Phänomen gesundheitlicher Ungleichheit. Mit Blick auf die Gesundheitsförderung erscheint es umso wichtiger, jene Modelle heranzuziehen, die es ermöglichen, die Relation von objektiven Bedingungen, beispielsweise Armut, und vermeintlich subjektiven Verhaltensweisen, etwa einem gesunden Lebensstil, zu erklären. Der französische Soziologe Pierre Bourdieu zeigt in zahlreichen Studien auf, dass die Art und Weise, wie Menschen handeln, meist in einem Verhältnis zu den strukturellen Bedingungen steht, in denen sie leben beziehungsweise aufgewachsen sind (Bourdieu 2012). Damit ist gemeint, dass beispielsweise die Entscheidung, ob Lebensmittel regional vom Bio-Bauern oder beim Discounter um die Ecke gekauft werden, nicht etwa mit einem frei gewählten Geschmack einhergeht, sondern mit ganz objektiven Einflüssen wie etwa der ökonomischen Lage und der eigenen Sozialisation. Menschen, die in Armut leben müssen, treffen demnach eher pragmatische Entscheidungen bezüglich ihrer Ernährung und achten weniger auf Genuss, ökologische Produktionsweise der Lebensmittel und Gesundheit. Nicht aber, weil es ihnen nicht wichtig ist, sondern vielmehr, weil es ihnen nicht möglich ist (vergleiche *ebenda*). Hinzu kommt, dass ein gesunder Lebensstil meist mit einer hohen Bildung korreliert und hohe Bildung wiederum mit (sehr) gutem Einkommen zusammenhängt (vergleiche *ebenda*; Statistisches Bundesamt 2021). Somit sind auch das Wissen und das Bewusstsein darüber, was gesund und was ungesund ist, ungleich verteilt.

Dass all diese Handlungs- und Verhaltensmuster an die folgende Generation weitergegeben werden (vergleiche Statistisches Bundesamt 2021, 341), wird mit dem Begriff des Habitus verständlich. Dieser beschreibt verkörperte und unbewusste Muster des Denkens, Fühlens, Handelns und Wertens. Jene Muster wiederum zeigen sich weitestgehend kollektiv, je nachdem, welchem gesellschaftlichen Milieu man angehört (Bourdieu 1998). Menschen aus wohlhabenden und gebildeten Milieus haben nicht nur andere Hobbys als Angehörige einkommensschwacher Milieus, es lässt sich auch feststellen, dass eine freiheitlichere und optimistischere Grundeinstellung vorherrscht, wenn beispielsweise weni-

ger Existenzängste vorhanden sind. Folglich sind die oben genannten unbewussten Muster das, was beispielsweise bei der Wahl der Nahrungsmittel beim Einkauf oder dem Lebensstil bestimmend ist, und weniger die bewussten Entscheidungen. Allerdings wird Gesundheit nicht nur durch Einflussfaktoren wie etwa Nahrung oder Bewegung bestimmt; insbesondere auch soziale Faktoren zeigen erhebliche Effekte. Wie stark Armut und Gesundheit zusammenhängen, verdeutlicht Abbildung 2.

Kinder und Jugendliche, die in Armut aufwachsen, leiden häufiger unter Stress und Erschöpfung und nehmen häufiger die Perspektivlosigkeit der Eltern wahr (vergleiche Lutz 2011). Das Stigma Armut fungiert zudem als psychosozialer Stressor, der in Diskriminierungserfahrungen gipfeln kann. Das beginnt mit dem Inhalt der Frühstücksbox in der Kita und zieht sich durch die gesamte Schul-, Bildungs- und Freizeitwelt Heranwachsender.

2 Gesundheit Jugendlicher während und nach der Pandemie

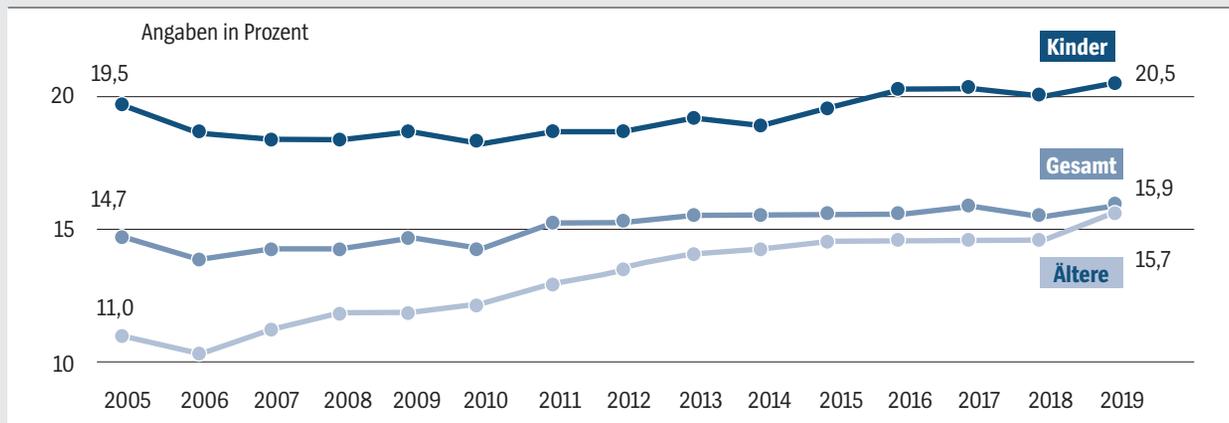
Bereits in ihrer Bilanzierung des 13. Kinder- und Jugendberichts aus dem Jahr 2009, der sich explizit Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention widmet, kommen Liel und Rademaker (2020) rund zehn Jahre nach der Veröffentlichung zu folgendem Fazit: Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe“ zeigt ganz eindeutig, dass das Thema der Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Sinne einer gezielten Förderung von Kindern und Jugendlichen in Armutslagen noch immer prioritär ist. Das war vor der Pandemie. Die Autorinnen resümieren, es gelte, die Armutsforschung zu intensivieren und politische Entscheidungen zu treffen, die tatsächlich allen Kindern gleiche Chancen auf Gesundheit ermöglichen. Die aktuelle Debatte um das in der Pandemie expandierende Auseinanderdriften der Gesellschaft verdeutlicht den Zusammenhang von Armut und Gesundheit. Sie legt nahe, die Bedeutung von politischen Entscheidungen für die Gesundheit junger Menschen verstärkt in den Diskurs einzubringen. Schließlich hat sich mit Beginn der Pandemie der Alltag auch für Jugendliche rasant verändert, und die Stimme junger Menschen geriet hinter Fragen des Gesundheitsschutzes der Gesellschaft und der Aufrechterhaltung verschiedener Systeme, wie Wirtschaft und Gesundheit, in den Hintergrund. Junge Menschen haben sich lange nur noch als Schülerinnen und Schüler wahrgenommen gefühlt (Andresen et al. 2020).

Doch nicht nur die eigenen Bewältigungsressourcen, sondern auch psychosoziale Belastungen, Existenzsorgen, ein sehr viel häufigeres Zusammentreffen von Familienmitglie-

ABBILDUNG 1

Entwicklung der relativen Einkommensarmut von Kindern und Älteren in Deutschland, 2005–2019

Anteil von Kindern unter 18 Jahren und Personen ab 65 Jahren mit einem Äquivalenzeinkommen unter der Armutsgrenze



In allen drei untersuchten Gruppen ist der Prozentsatz der Einkommensarmen in den vergangenen Jahren gestiegen. Die Kinderarmut lag 2005 noch deutlich unter, 2019 bereits deutlich über 20 Prozent. Am stärksten wuchs der Prozentsatz der einkommensarmen Älteren.

Quelle: Amtliche Sozialberichterstattung; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

dern, mangelnde Rückzugsorte etc. folgen einem sozialen Gradienten. Der Zugang zu Ressourcen wie Bildung und Teilhabe, Erholung, Bewegung und Freizeit bleibt vielen Jugendlichen qua Sozialstatus oder mangelnden Möglichkeiten im Sozialraum nicht nur in der Pandemie verwehrt (Rademaker 2020a). Bereits in der ersten Welle fühlten sich Kinder und Jugendliche vor allem durch das Homeschooling angestrengt (64,4 Prozent), dadurch, dass sie weniger Kontakt zu ihren Freunden hatten (82,8 Prozent) und es häufiger Streit in der Familie gab (27,6 Prozent) (Ravens-Sieberer et al. 2021). Die mit der Pandemie einhergehenden Zeiten sozialer Isolation nehmen Einfluss auf eine Gruppe von Menschen, die ihren Platz in der Gesellschaft noch nicht gefunden hat beziehungsweise in der Findungsphase eines solchen steckt. Die Schließungen von Jugendtreffs, Bildungs- und Berufsförderung, Freizeit, Erlebnispädagogik oder öffentlichen Plätzen bedeutete für junge Menschen den Wegfall von Orten, an denen im Alltag Perspektiven entwickelt werden, wobei dort auch Wohlbefinden und biopsychosoziale Gesundheit gefördert werden.

Im Vergleich erster Erhebungen in der Pandemie gaben 30,9 Prozent der 12- bis 17-jährigen Befragten ($n = 482$) an, psychisch beispielsweise an Verhaltensproblemen, Hyperaktivität, Konflikten mit Gleichaltrigen und emotionalen Problemen zu leiden (Ravens-Sieberer et al. 2021). Vor der Pandemie lag dieser Anteil noch bei 17,6 Prozent ($n = 273$). Salutogenetisch gesprochen, reduzierten sich insbesondere sozial verfügbare Bewältigungsressourcen bei gleichzeitig steigenden Risikofaktoren für das Aufwachsen. Ein Ungleichgewicht mit

Auswirkungen auf die Gesundheit ist quasi vorprogrammiert. Dass dies auch sozial bedingte gesundheitsbezogene Ungleichheit verschärft, kann kaum verwundern, betrachtet man den engen Zusammenhang zwischen Armut, Bildung und Gesundheit wie in Abschnitt 1 skizziert.

Gesundheit ist jedoch ein wesentlicher Bestandteil jugendlicher Lebenswelt. Zu bewältigende Entwicklungsaufgaben wie die Herausbildung einer (Geschlechter-)Identität und einer Work-Life-Balance stehen in heute nicht linear verlaufenden Biografien, etwa beim Übergang von der Schule in den Beruf und bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven, in einem Wechselspiel mit einer Vielzahl von die Gesundheit formierenden Bewältigungsanforderungen (Quenzel 2015). Gesundheit ist kein Fehlen von Krankheit, sie ist ein biopsychosoziales Wohlbefinden und ihre Förderung ein Prozess, der alle Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll, um ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (WHO 1986). Gesundheitsförderung versteht sich salutogen ausgerichtet. Die zentrale Frage ist daher, wie Gesundheit entsteht (salus = gesund; genese = Entstehung) und wie Menschen trotz Risiken und Stressoren gesund bleiben und ihre Gesundheit fördern können (Antonovsky 1997). Sie ist ressourcenorientiert, partizipativ, impliziert einen Empowerment-Ansatz und setzt im unmittelbaren Alltag an – dort, wo die Menschen Gesundheit aufrechterhalten und herstellen. Gesundheitsförderung nimmt den Alltag als Ausgangspunkt, bestimmt die Vorstellungen junger Menschen konsequent als den Mittel-

punkt ihres Handelns und fokussiert neben der Befähigung die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen (Rademaker 2020b).

Diese gesundheitsförderliche Perspektive auf Jugendliche und die zunehmende Kenntnis der Pandemieauswirkungen, wie psychosoziale oder biophysische Probleme (und zwar insbesondere bei sozial benachteiligten Jugendlichen), macht erneut deutlich, dass Ressourcen wie sozialem Rückhalt, persönlichen Kontakten und sozialer Zugehörigkeit eine höhere Bedeutung beigemessen werden muss als bisher. Diese wichtigen Ressourcen zur Gesundheitsförderung sind in der Pandemie in weiten Teilen weggebrochen. Es zeigt sich also, dass Gesundheitsförderung und Prävention einen vertieften Diskurs um die in der Lebenswelt zur Verfügung stehenden Gesundheitschancen benötigen, auch und gerade wenn es darum geht, in der Kommune (Meso-Ebene) oder in der Gesellschaft (Makro-Ebene) Gesundheitsförderung umzusetzen.

3 Jugendliche stärken – Gesundheit im Sozialraum fördern!

Wie oben dargestellt, sind Jugendliche mit ihren spezifischen Entwicklungsaufgaben eine besonders vulnerable Gruppe, die sowohl im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als auch in der Pandemie eine häufig übersehene Zielgruppe bildet. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Jugendliche sich systematisch in Planungsprozesse integrieren lassen und ihre Gesundheit systematisch gefördert werden kann.

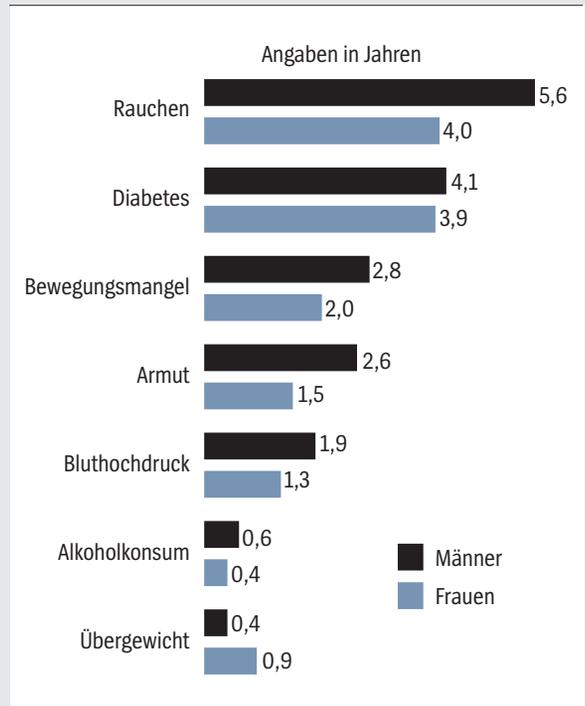
Dabei ist die Betrachtung der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit ebenfalls im Hinblick auf die Ausbildung eines gesunden Lebensstils von Bedeutung. Um der Entstehung von Krankheiten entgegenzuwirken und eine Förderung der Gesundheit zu erreichen, ist neben der Schaffung der Rahmenbedingungen auch die Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Verhalten als wichtiges Ziel zu nennen. In diesem Zusammenhang ist zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln zu unterscheiden. Unter Gesundheitsverhalten ist das Verhalten von gesunden Menschen zu verstehen, welches dazu beiträgt, dass die Entstehung von Krankheiten vermieden wird und Gesundheit erhalten bleibt. Welches Verhalten als Gesundheitsverhalten einzuordnen ist, wird hierbei durch Fachleute auf Grundlage ihrer medizinischen Expertise festgelegt (Faltermajer 2017).

Demgegenüber steht das Gesundheitshandeln als sozialwissenschaftliches Konstrukt mit deutlicher Subjektorientierung. Zum Gesundheitshandeln zählen Verhaltensweisen, die vom Individuum selbst als wichtig und einflussreich

ABBILDUNG 2

Armut ist gefährlicher als Adipositas und Bluthochdruck

Verkürzung der Lebensdauer durch ausgewählte Faktoren



Nicht nur Krankheiten verkürzen die Lebensdauer, auch soziale Faktoren können sie verringern. Armut rangiert mit 2,6 Jahren bei Männern und 1,5 Jahren bei Frauen noch vor Bluthochdruck, Alkohol und Übergewicht.

Quelle: Lifepath Consortium; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

für die Erhaltung der Gesundheit bewertet werden (Faltermajer 2017, 2020). Das Gesundheitshandeln wird somit nicht durch das Wissen von Fachleuten begründet, sondern beruht auf der subjektiven Sicht, welche wiederum durch die Einbettung in einen sozialen Kontext mitgeprägt wird. Gesundheitshandeln wird demnach auch durch den sozialen Kontext einer Person mitbestimmt (Faltermajer 2020). Die große Bedeutung des sozialen Kontextes für das Gesundheitshandeln verstärkt die Notwendigkeit, die Lebenswelten, in denen Jugendliche sich aufhalten, so zu gestalten, dass gesundheitsförderliches Handeln die attraktivere und in der Peergroup stärker akzeptierte Option darstellt. Das Motto für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten muss daher dem Grundsatz der WHO entsprechen: „Make the healthy choice the easier choice“ (WHO 1986). Dazu eignet sich der sogenannte Setting-Ansatz in besonderem Maße. Das Setting wird beschrieben als „ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem

Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat“ (Rosenbrock und Hartung 2015). Der Setting-Ansatz fokussiert die Lebenswelt von Menschen und damit die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (GKV-Spitzenverband 2018; Rosenbrock und Hartung 2015).

Neben den häufig adressierten Settings der Gesundheitsförderung und Prävention wie Kitas und Schulen werden auch Quartiere oder ganze Kommunen als Setting verstanden und dem Setting-Ansatz zugeordnet. Dieser adressiert Veränderungen auf Verhaltens- und Verhältnisebene, soll die Adressaten beteiligen und in Bezug auf ihre gesundheitsbezogenen Kompetenzen befähigen und darüber hinaus gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen schaffen (Böhme und Stender 2015). Hierfür bietet insbesondere die kommunale Gesundheitsförderung einen erfolgversprechenden Rahmen. Mit ihr können auch vulnerable Zielgruppen erreicht und Zugangshürden abgebaut werden. Als Dach-Setting bietet die Kommune in ihrer Funktion als Verwaltungseinheit mit vielfältigen Verantwortlichkeiten und Finanz- und Planungszuständigkeiten bezüglich der Entwicklung gesundheitsförderlicher Strategien viele Chancen (Quilling und Kruse 2019).

Wichtig ist dabei, dass Gesundheitsförderung systematisch und im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes (Hi-AP) (siehe auch Analyse 1 und 2) verstanden und umgesetzt wird (Quilling et al. 2020a; Quilling et al. 2020b). Die kommunale Gesundheitsförderung sollte dabei zentral koordiniert werden und alle relevanten Akteure in der Kommune mit einbeziehen. So sollten neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) systematisch beispielsweise Akteure aus den Bereichen der Jugendhilfe und Stadtplanung eingebunden werden (Quilling et al. 2021).

Spezielle Angebote für Jugendliche sollten sowohl im Bildungssystem als auch im Bereich der Jugendhilfe, beispielsweise in Jugendzentren, fest verankert werden (Rademaker 2020b). Neben zahlreichen Programmen der Krankenkassen sind hier vor allem übergreifende Programme wie Bildung und Gesundheit oder die Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu nennen. Dabei erscheint es zentral, die Jugendlichen weder bevormundend noch aus einer defizitären Perspektive zu betrachten, sondern im Sinne eines ressourcen-orientierten Ansatzes befähigend zu agieren und dabei nicht nur den einzelnen Jugendlichen, sondern ganze Gemeinschaften im Sinne einer *community resilience* in den Blick zu nehmen (Herriger 2010). Die Aufgabe besteht also eher darin, die stadtteiligen Netzwerke der Jugendlichen zu stärken und in ihrer Eigendynamik zu stimulieren, um hieraus Strukturen aufzubauen, in denen partizipiert werden kann, als darin, die Planung dieser Netzwerke allein auf der administrativen Ebene anzusiedeln.

4 Rahmenbedingungen für den Aufbau präventiver Netzwerkstrukturen

Wie kann nun gesundheitlicher Chancengleichheit im Kontext von präventiven Ansätzen begegnet werden? Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um konkrete Maßnahmen zielgerichtet in die Umsetzung bringen zu können? Klar ist, dass durch die sozialräumlich verdichteten Einflüsse von sozialökonomischen Lagen, kulturellen Hintergründen, Bildungsständen etc. präventive Ansätze der Gesundheitsförderung und der Vermittlung von Gesundheitskompetenz immer auch sozialraumspezifisch ausgerichtet sein müssen. Dies liegt schon allein darin begründet, dass sich gesundheitliches Verhalten sowie gesundheitliche Problemlagen analog zur eingangs genannten sozialräumlichen Segregation von Stadtgebieten verteilen. Homogene Einflussfaktoren bringen infolgedessen gleichgerichtete Herausforderungen in den Sozialräumen mit sich. Kinder und Jugendliche müssen – gemeinsam mit ihren Familien und Bezugspersonen – in ihren Lebenswelten erreicht werden beziehungsweise in die Richtung von Präventionsangeboten gelotst werden, damit dort Bedarfe erkannt werden. Hierfür braucht es integrierte Netzwerkstrukturen, die vor Ort wirksam werden.

Zukünftig sollte den Akteuren der Jugendhilfe eine ähnlich wichtige Rolle bei den Zugangswegen zukommen, wie dies zum Teil für Bildungseinrichtungen schon etabliert ist (Türöffnerfunktion). Auch die Rolle der gesundheitsversorgenden Institutionen ist längst nicht mehr auf kurative Maßnahmen beschränkt. Vielmehr kommt ihnen im Bereich der Früherkennung von zum Beispiel sozial bedingten Entwicklungseinflüssen, psychischen Belastungsfaktoren etc. eine essenzielle Rolle in der Prävention zu. Hier gibt es Potenzial, das bislang in Präventionsnetzwerken noch nahezu unberücksichtigt ist.

Doch wie können der Aufbau und die Koordinierung von Netzwerken in Akteurskonstellationen über Sozialgesetzbuchgrenzen hinweg gelingen? Die Expertise für die Frage, in welchen Sozialräumen sich welche spezifischen Herausforderungen stellen, liegt auf Basis der Sozial- beziehungsweise Gesundheitsberichterstattung in besonderem Maße bei den Kommunen. Insofern ist für die Koordination von Netzwerken zur Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche – im Sinne einer sozillagenbezogenen gesundheitlichen Daseinsfürsorge – der Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst explizit gefordert. Entsprechende Netzwerke erschöpfen sich dabei nicht in einer Flut unzusammenhängender Einzelprojekte, sondern erfordern eine flächendeckende und regelbasierte Herangehensweise in der regionalen, sozialräumlich ausgerichteten Angebotsentwicklung.

Das 2015 zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention verabschiedete Präventionsgesetz unterstützt finanziell, strukturell und qualitativ und zielt auf die Verbesserung von Vernetzung und Koordination der Akteure im Feld. Wie die jährliche Präventionsberichterstattung des GKV-Spitzenverbandes zeigt, werden weiterhin zahlreiche Einzelmaßnahmen und Programme der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen umgesetzt (Altgeld et al. 2021). Ein großes Potenzial liegt Einschätzungen diverser Fachleute zufolge in der Intensivierung und dem Ausbau gemeinsamer und koordinierter lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention (*ebenda*). Dementsprechend könnte der Leitfaden Prävention zur Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention überarbeitet und stärker als steuerndes Instrument genutzt werden. Die Kommune sollte sich als essenzieller Anknüpfungspunkt lebensweltbezogener Gesundheitsförderung wiederfinden und der ÖGD als koordinierender Akteur gestärkt werden, der gemeinsam mit den anderen Disziplinen und Akteuren aus den Bereichen Bildung, Jugendhilfe, Stadtentwicklung etc. – im Sinne des HiAP-Ansatzes – kommunale Gesundheitsförderung steuert und damit gesundes Aufwachsen und Altern ermöglicht.

Literatur

- Altgeld T et al. (2021):** Rahmenpapier zur Novellierung des Präventionsgesetzes; [armut-und-gesundheit.de](#)
- Andresen S et al. (2020):** Erfahrungen und Perspektiven von jungen Menschen während der Corona-Maßnahmen. Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie JuCo. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim
- Antonovsky A (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2010):** Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung; [bundesgesundheitsministerium.de](#) → Themen → Gesundheitswesen → Gesundheitsziele
- Böhme C, Stender KP (2015):** Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; [leitbegriffe.bzga.de](#) → Alphabetisches Verzeichnis → Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive
- Bourdieu P (1998):** Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu P (2012):** Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt: Suhrkamp
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012):** Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln
- Faltermaier T (2017):** Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Faltermaier T (2020):** Gesundheitsverhalten – Krankheitsverhalten – Gesundheitshandeln. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; [leitbegriffe.bzga.de](#) → Alphabetisches Verzeichnis → Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018):** Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin
- Grell K, Sutcliffe R, Moebus S, Lemke D (2016):** Untersuchung kleinräumiger Versorgungsdichten mit Kinderarztpraxen im Zusammenhang mit stadtteilbezogenen demographischen und sozioökonomischen Faktoren am Beispiel einer Ruhrgebietsstadt. Das Gesundheitswesen, Jg. 78, Heft 8–9, A115
- Herriger N (2010):** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer
- IGES Institut GmbH (2017):** Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet. Berlin
- Lampert T, Kuntz B (2019):** Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 62, Heft 10, 1263–1274
- Liel K, Rademaker AL (Hrsg.) (2020):** Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag
- Lutz R (2011):** Verwundbarkeit und Erschöpfung von Kindern und Familien. Soziale Arbeit, Jg. 60, Heft 10–11, 397–404
- Quenzel G (2015):** Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Quilling E et al. (2020a):** Municipal Health Promotion as Part of Urban Health – A Policy Framework for Action. Sustainability, Vol. 12, No. 16, 6685; [mdpi.com](#) → Journals → Sustainability → Journal Browser: Vol. 12, Iss. 16
- Quilling E et al. (2020b):** Models of Intersectoral Cooperation in Municipal Health Promotion and Prevention: Findings from a Scoping Review. Sustainability, Vol. 12, No. 16, 6544; [mdpi.com](#) → Journals → Sustainability → Journal Browser: Vol. 12, Iss. 16
- Quilling E et al. (2021):** Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband
- Quilling E, Kruse S (2019):** Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. In: Liel K, Rademaker AL (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, 199–211
- Rademaker AL (2020a):** Resilienzförderung junger Menschen in Zeiten der Corona-Krise. Klinische Sozialarbeit, Jg. 16, Heft 4, 15–16
- Rademaker AL (2020b):** Gesundheitsförderung: ein fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Liel K, Rademaker AL (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Weinheim: Beltz Juventa Verlag, 184–198
- Ravens-Sieberer U et al. (2020):** Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic – Results of the COPSy Study. Deutsches Ärzteblatt International, Vol. 117, No. 48, 828–829

Ravens-Sieberer U et al. (2021): Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. Original contribution 25 January 2021

Rosenbrock R, Hartung S (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; leitbegriffe.bzga.de → alphabetisches-verzeichnis → settingansatz-lebensweltansatz/

Statistisches Bundesamt (2021): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland; bpb.de → Shop → Bücher → Zeitbilder → Datenreport 2021

WHO (World Health Organization) (1986): Health Promotion Action Means. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa; who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Dezember 2021)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. Eike Quilling,

Jahrgang 1972, ist Diplom-Erziehungswissenschaftlerin und Gesundheitspädagogin am Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der lebensweltbezogenen und partizipativen Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter sowie der Kommunalen Gesundheitsförderung unter besonderer Perspektive auf Aspekte der Interprofessionalität. Seit November 2020 ist sie zudem Vizepräsidentin für Forschung und Transfer an der Hochschule Gesundheit.



Prof. Dr. Anna Lena Rademaker, M.A. Soziale Arbeit,

Jahrgang 1984, ist Sozialarbeiterin und Professorin für das Lehrgebiet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Bielefeld. Sie ist Sprecherin der Fachgruppe „Gesundheitsförderung und Prävention“ der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) und leitet die Redaktion der Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte sind lebensweltbezogene Gesundheitsförderung (insbesondere in der Kinder- und Jugendhilfe), Interprofessionalität, Klinische Sozialarbeit und qualitative sowie partizipative Methoden der Sozialforschung.



Philipp Schäfer, M.A.,

Jahrgang 1985, ist Erzieher und hat Soziale Arbeit (B.A.) sowie Empowerment Studies (M.A.) studiert. In Lehre und Forschung beschäftigt er sich mit Armut und sozialer Ungleichheit, dem Professionsdiskurs Sozialer Arbeit, Empowerment sowie mit qualitativen Forschungsmethoden. Zudem promoviert er zu den Themen Diskriminierung aufgrund sozialer Herkunft sowie Normativität im Kontext sozialer Arbeit. Zurzeit arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.



Dörte Kaczmarczyk, M.Sc.,

Jahrgang 1980, ist Physiotherapeutin und hat Gesundheits- und Pflegemanagement an der Evangelischen Hochschule RWL in Bochum und Evidence-based Health Care an der Hochschule für Gesundheit in Bochum studiert. Aktuell arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in einem Forschungsprojekt im Bereich der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen und an der Evangelischen Hochschule RWL im Masterstudiengang Management in sozialwirtschaftlichen und diakonischen Organisationen.



Corinna Schaffert, M.A.,

Jahrgang 1984, ist Gesundheitsökonomin und Projektmanagerin bei der MedEcon Ruhr GmbH, der Geschäftsstelle des Gesundheitsnetzwerks an der Ruhr. Im Themenbereich Managed Care/Neue Versorgungsformen beschäftigt sie sich mit sozialräumlichen Versorgungsbedarfen in Ballungsräumen sowie interprofessionellen Versorgungsmodellen (unter anderem mit einem Schwerpunkt auf Kindern, Jugendlichen und ihren Familien).