

Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland

Die gesellschaftliche Dimension

England, erste Hälfte 19. Jahrhunderts. Der 9-jährige Waisenjunge Oliver Twist lebt freudlos und misshandelt im Armenhaus. Als er bei einem Totengräber in die Lehre gegeben wird, nutzt er die Gelegenheit, um zu fliehen und in London sein Glück zu suchen. Doch er gerät in die Fänge des Bandenchefs Fagin, der ihn zum Taschendieb ausbilden möchte. Oliver besteht etliche Abenteuer auf der Schattenseite der viktorianischen Klassengesellschaft, bis sich ihm dank der Hilfe mitfühlender Menschen die Chance auf ein besseres Leben eröffnet.

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen, so lautet eine zutreffende Bilanz des Robert-Koch-Instituts, hat sich in den Industriestaaten im zurückliegenden Jahrhundert in einem Ausmaß verändert, wie dies in der Geschichte der Menschheit wohl noch nicht vorgekommen ist: Die Säuglingssterblichkeit ging von durchschnittlich 210 pro 1000 Lebendgeborenen auf weniger als 5 pro 1000 zurück, also um einen Faktor von mehr als 40. Die Sterblichkeit von Kindern im Alter zwischen 1 und 15 Jahren verminderte sich um den Faktor 65. Vor 100 Jahren starben mehr als 50 mal so viele Mütter im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft wie im Jahr 2000.

Bedenkt man, dass unabhängig von Schwangerschaften etwa 25% aller Frauen im Alter zwischen 20 und 45 Jahren starben und dass die Sterblichkeit von Männern sogar noch höher war, so wird deutlich, dass vor 100 Jahren ein großer Teil der Kinder ohne eigene Mutter, ohne eigenen Vater oder sogar ganz ohne Eltern aufwachsen musste.

Man kann sich heute kaum noch vorstellen, dass es für damals sehr verbreitete Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose, Poliomyelitis, Scharlach, Diphtherie, Gonorrhoe, Syphilis, Gastroenteritis, Meningitis oder Wundstarrkrampf weder eine wirksame Behandlung noch kaum eine Vorbeugung gab.

Unbehandelbar waren auch z.B. Diabetes mellitus, Rachitis, Skorbut, Nachtblindheit, Anämie, Asthma, Depressionen und fast alle anderen psychischen Krankheiten, Anfallsleiden, Krebs, Probleme von Frühgeborenen, angeborene Fehlbildungen, z.B. Herzfehler, angeborene Stoffwechselkrankheiten, chronische Krankheiten des Skeletts, des Herzens und anderer Organe, und nach heutigen Maßstäben gab es keine sicheren chirurgischen Behandlungen.

Am Anfang des letzten Jahrhunderts waren die Menschen vom Sterben umgeben, und die größte gesundheitspolitische Herausforderung war die Vermeidung des frühen Todes. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern betrug im Jahr 1900 39 Jahre, die von Frauen 42 Jahre. Im Jahr 2000 liegen die entsprechenden Werte bei 75 und 81 Jahren.

Das erste, 1907 in Deutschland gegründete Forschungsinstitut für präventive Pädiatrie hatte als einziges Ziel, die Säuglingssterblichkeit zu senken (Kaiserin Auguste Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Berlin). Als Mitte des 20. Jahrhunderts die Weltgesundheitsorganisation gegründet wurde, war ihr Motto: „Add years to life“ – „Dem Leben Jahre hinzufügen“. Neuerlich wurde dieses Motto umgekehrt in: „Add life to years“ – „Den Jahren Leben hinzufügen“. Darin kommt eine völlig veränderte Sichtweise, ein Paradigmenwechsel, zum Ausdruck, der auch im WHO-Gesundheitsbegriff seinen Niederschlag fand: In diesem Gesundheitsbegriff geht es um das „vollkommene körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden“; das Sterben wird gar nicht erwähnt.

Sieht man einmal von den härtesten Krankheitsfolgen, nämlich dem Tod oder der Verwaisung, ab, so gibt es auch Anhaltspunkte dafür, dass es den überlebenden Kindern vor 100 Jahren gesundheitlich nicht so gut gegangen sein konnte wie heute: ein globaler Indikator der Gesundheit von Kindern ist ihr Wachstum. Wenn Kinder häufig krank sind oder unter ungünstigen psychosozialen oder Ernährungsbedingungen leben müssen, können sie ihr Wachstumspotenzial nicht entfalten und bleiben kleiner. Die Körpergröße von Kindern ist im zurückliegenden Jahrhundert um durchschnittlich etwa 20 cm angestiegen, d.h. bereits im späten Kleinkind- und frühen Schulalter sind Kinder gleichen Alters und Geschlechts heute etwa 20 cm größer als vor 100 Jahren.

Diese günstigen Entwicklungen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch heute noch gravierende Gesundheitsprobleme gibt, von denen ein erheblicher Teil der Bevölkerung betroffen ist. In einer bundesweiten Repräsentativbefragung zur Nachfrage nach Präventionsangeboten gaben z.B. 23,7% der jungen Eltern an, dass in ihrer Familie ein chronisch krankes Kind lebt. Nach dem Rückgang der Sterblichkeit treten andere Gesundheitsprobleme in den Vordergrund. Aus Mangel an Vergleichsdaten entsteht häufig der Eindruck, als hätte die Verbreitung dieser Probleme zugenommen, und unser Kausalitätsbedürfnis sieht nur allzu schnell in einer Verschlechterung der Umwelt und der allgemeinen Lebensbedingungen die Ursachen.

Ich glaube, dass ein solcher Eindruck uns auf einen Irrweg bringen kann. Die Kindergesundheit ist heute besser und nicht schlechter als früher. Wir sind allerdings nach Kräften dabei, sie wieder zu verschlechtern. Dabei sind die Chancen, die Kinder in den Industriestaaten heute haben, sehr viel besser als sie vor hundert Jahren waren. Aber: ob die Chancen Wirklichkeit werden liegt an uns. Und schon heute wissen wir: die Chancen erreichen die unterschiedlichen Schichten der Bevölkerung bei weitem nicht in der gleichen Weise.

Vielleicht erinnert sich der eine oder andere noch an meine Worte auf dem 108. Deutschen Ärztetag in Berlin.

"Arbeitslosigkeit und Armut lassen Menschen früher altern, rascher krank werden, sie rauben Initiative zur eigenen Gesundheitsförderung, zerstören die Motivation zur Prävention, mindern gesundheitliche Potenziale und verbreiten gesundheitsbelastende Verhaltensweisen. Arbeitslosigkeit macht arm, und Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, und zwar beides bis hinein in die folgende Generation."

Wir haben diese Sätze aus meinem Vortrag auf dem Berliner Ärztetag gemeinsam beschlossen, denn sie waren Teil des Antrags, den der Vorstand der Bundesärztekammer Ihnen in Berlin vorgelegt hat.

Heute, hier in Münster, stellen wir uns dem Thema "Kindergesundheit in Deutschland". Meine Aufgabe ist es, in aller Kürze in die gesellschaftliche Dimension des Themas einzuführen. Bei aller Genugtuung über die großartigen Erfolge, die wir beim Thema Kindergesundheit im vorigen Jahrhundert erlebt haben, das Bild wäre nämlich unvollständig, wenn wir nicht auch den Teil unserer gesellschaftlichen Realität in den Blick nehmen würden, auf den auch in dieser Frage der Schatten fällt.

Ich kann, ich muss deshalb die gleichen Sätze wiederholen, die ich Ihnen auch vor zwei Jahren vorgetragen habe:

"Arbeitslosigkeit macht arm, und Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, und zwar beides bis hinein in die folgende Generation."

Die aktuellsten Daten, die uns vorliegen, stammen aus dem Sozialbericht NRW, dem Armuts- und Reichtumsbericht, den der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Landeskabinett von Jürgen Rüttgers, vor wenigen Tagen vorgelegt hat. Der Bericht wertet die Situation im Jahr 2005 aus. Der Bericht enthält zum ersten Mal ein eigenes Kapitel über die Armut von Kindern und Jugendlichen.

Für unsere heutige Diskussion sind vor allem vier Punkte besonders wichtig:

1) 2005 lag die Armutsquote im Schnitt der Bevölkerung bei 14,3 %. Für Familien mit Kindern unter 18 Jahren lag sie um die Hälfte höher: 21,7 %. Dabei ist die Armutsquote in Ein-Eltern-Haushalten mit 37,8 % fast doppelt so hoch wie in Paarhaushalten mit Kindern (19,6 %). Wenn beide Eltern erwerbstätig sind, liegt die Armutsquote bei 5,7 %, wenn ein Elternteil erwerbstätig ist, bei 23,9 %, sind beide Eltern nicht erwerbstätig bei 80,1 %. Je höher die Zahl der Kinder in der Familie, desto höher das Armutsrisiko. Bei drei Kindern steigt es auf 37,8 %, bei vier Kindern auf 59,7 %.

2) Elternschaft geht in den meisten Fällen damit einher, dass zumindest ein Elternteil die Erwerbstätigkeit unterbricht oder reduziert. Nur bei gut der Hälfte der Paare mit Kindern (51,2 %) sind beide Eltern erwerbstätig. In 41,1 % der Paargemeinschaften mit Kindern ist ein Elternteil erwerbstätig, 7,7 % haben kein Erwerbseinkommen. Zwar sind alleinerziehende Eltern zu 64 % erwerbstätig, drei von vier (72,9 %)

alleinerziehenden Eltern schränken ihre Erwerbstätigkeit allerdings ein und arbeiten in Teilzeit.

3) Der soziale Status sowie der Bildungsstand der Eltern haben einen nachweisbaren Einfluss auf den Bildungserfolg der Kinder. Für den Zusammenhang zwischen dem Bildungserfolg der Eltern und dem der Kinder gibt es sogar Belege anhand der amtlichen Schuldaten. Der OECD-Bildungsbericht PISA kommt zu dem Ergebnis, dass in keinem anderen Land der Welt der Schulerfolg so stark von Einkommen und Vorbildung der Eltern abhängt wie in Deutschland. Die Shell-Jugendstudie bestätigt diesen Befund und führt aus, dass Jugendliche aus sozial schwächeren Familien weder im schulischen noch im beruflichen Ausbildungsweg die Resultate erzielen, die ihrem möglichen Potenzial entsprechen.

4) Dieser Zusammenhang zwischen den ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen der Eltern und der Lebenswelt des Kindes bzw. der Kinder spiegeln sich auch im Gesundheitsverhalten und der Gesundheit der Kinder wieder. Der soziale Status und der Bildungsstand der Eltern haben einen nachweisbaren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Ernährungsgewohnheiten der Kinder. Im Gesundheitsbericht des Bundes wird festgehalten, dass Kinder und Jugendliche, die in Armut leben, ein erhöhtes Risiko einer ungünstigen Gesundheitsbiographie tragen. Im Rahmen der HBSC-Studie wurden in Nordrhein-Westfalen 3.343 Kinder und Jugendliche befragt, die Stichprobe gilt als repräsentativ für das Alter von 10 bis unter 18 Jahren zum Zeitpunkt des Jahres 2002. Die Studie stellt fest, dass von Armut betroffene Kinder ihren subjektiven Gesundheitszustand häufiger als nur einigermaßen oder schlecht einschätzen als die Vergleichsgruppe der nicht armen Kinder. Insbesondere bei den psychosomatischen Beschwerden (schlechte Laune, Schwindel oder Nervosität) waren deutliche Unterschiede erkennbar. Zudem wurde deutlich, dass arme Kinder sich weniger bewegen und ungesünder ernähren als nicht arme Kinder. Arme Kinder leiden des Weiteren unter höheren psychosozialen Belastungen (Probleme in der Schule, mit Gleichaltrigen sowie mangelndes Selbstvertrauen) und erhalten weniger soziale Unterstützung, um diese Probleme zu bewältigen. Arme Kinder haben außerdem häufiger Defizite in der Ausbildung sozialer Kompetenzen. Die Kommunikation innerhalb der Familie, der Nachbarschaft oder mit Freunden fällt ihnen schwerer.

Anrede,

Wenn Armut bei Kindern häufig zu einem ungünstigen Gesundheitsverhalten, psychosozialen Belastungen und Defiziten in der sozialen Kompetenz führt, dann erklärt dies den Zusammenhang zwischen Armut und schlechtem Gesundheitszustand, der empirisch anzutreffen ist.

Das Robert Koch-Institut hat eine umfassende Erhebung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf den Weg gebracht, einen bundesweiten Kinder- und Jugend-survey. Es handelt sich um die erste repräsentative Bevölkerungserhebung für die 0- bis 17-Jährigen in Deutschland. Sie hat zum Ziel, bestehende Informationslücken zu schließen, Redundanzen in der Erhebung zu vermeiden, kompatibel zu sein mit anderen Datenquellen und auch eine internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Von Mai 2003 bis Mai 2006 wurden die Untersuchungen von 4 ärztlich geleiteten Untersuchungsteams in insgesamt 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden (Sample Points) durchgeführt. Die Teilnehmer wurden zufällig aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter der Studienorte ausgewählt. Die Teilnahmequote lag bei 66,6 % und damit über dem Durchschnitt vergleichbarer Erhebungen.

Insgesamt haben 17.641 Kinder und Jugendliche, darunter 8656 Mädchen und 8985 Jungen, teilgenommen. Die Zusammensetzung der endgültigen Stichprobe weist – mit beispielsweise anteilig 17 % von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und 2 % mit einer amtlich anerkannten Behinderung – eine hohe Repräsentativität für die Wohnbevölkerung in Deutschland auf.

Ergänzt wird die Studie durch 3 zusätzliche Module, die mit separater Finanzierung von kooperierenden Institutionen durchgeführt wurden. In Teilstichproben wurden die Themen „seelische Gesundheit“ (BELLA, 2863 Teilnehmer), „motorische Entwicklung und Kompetenz“ (MoMo, 4529 Teilnehmer) und „Umweltbelastungen“ (Kinder-Umwelt-Survey, 1790 Teilnehmer) vertieft behandelt. Das Land Schleswig-Holstein hat zudem die Möglichkeit genutzt, im Rahmen einer landesweiten Stichprobenaufstockung zusätzlich bei 1630 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11–17 Jahren

Daten zu erheben und damit für diese Altersgruppe repräsentative Aussagen auf Bundesland-Ebene zu ermöglichen (Schleswig-Holstein-Modul, 1931 Teilnehmer). Ein fünftes Modul, das im Gegensatz zu den anderen Modulen zeitversetzt erst im Januar 2006 startete und im Dezember 2006 beendet wurde, konzentriert sich auf das Thema „Ernährung“ (EsKiMo).

Am 25. September 2006 hat das Robert Koch-Institut in Berlin auf einem öffentlichen Symposium erste Auswertungsergebnisse vorgestellt. Im Oktober 2008 werden die Daten als Public Use File der Fachöffentlichkeit verfügbar gemacht.

Wir haben jetzt die außerordentliche Freude, dass uns heute, anlässlich der Behandlung des Themas Kindergesundheit in Deutschland auf diesem 111. Deutschen Ärztetag und im 100. Jahr nach der Gründung des vorhin schon einmal genannten Kaiserin Auguste Victoria Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine erste vollständige Darstellung der Ergebnisse vorgelegt wird. Ich richte dafür auch in Ihrem Namen meinen besonderen Dank an die Verantwortlichen des Robert Koch-Instituts, die eine großartige Arbeit verrichtet haben.

Viele Erkenntnisse, die ich Ihnen heute hier vortrage verdanke ich dieser Arbeit. Aber natürlich ist es unmöglich, Ihnen alles zu präsentieren, was interessant und wichtig ist.

Lassen Sie mich aber einige Punkte hervorheben, die den Zusammenhang von sozialer Situation und Gesundheit besonders unterstreichen:

Übergewicht und Adipositas

Insgesamt sind 15 % der Kinder und Jugendlichen von 3–17 Jahren übergewichtig, und 6,3 % leiden unter Adipositas. Der Anteil der Übergewichtigen steigt von 9 % bei den 3- bis 6-Jährigen über 15 % bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Die Verbreitung von Adipositas beträgt bei den 3- bis 6-Jährigen 2,9 % und steigt über 6,4 % bei den 7- bis 10-Jährigen bis auf 8,5 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Klare Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen den

alten und neuen

Bundesländern sind nicht zu erkennen. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten, bei Kindern mit Migrationshintergrund, bei Kindern, die nicht gestillt wurden, und bei Kindern, deren Eltern ebenfalls übergewichtig sind.

Essstörungen

Insgesamt 21,9 % der befragten Kinder und Jugendlichen wurden mit dem SCOFF-Fragebogen als auffällig bezüglich ihres Essverhaltens identifiziert (Mädchen: 28,9 %, Jungen 15,2 %). Im Altersverlauf nimmt die Prävalenz bei annähernd gleicher Ausgangsbasis bei beiden Geschlechtern von ca. 20 % im Alter von 11 Jahren bei den Mädchen auf 30,1 % im Alter von 17 Jahren stark zu, bei den Jungen hingegen ab (12,8 %).

Der Anteil der Auffälligen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist mit 27,6 % fast doppelt so hoch wie der in der oberen Sozialschicht (15,5 %). Die als auffällig Klassifizierten weisen höhere Quoten an psychischen Auffälligkeiten und Depressivitätsneigung auf. Sie sind weniger zufrieden mit ihrem Körperselbstbild, rauchen mehr und berichten häufiger über die Erfahrung sexueller Belästigung.

Mundgesundheit

29 % der befragten Kinder und Jugendlichen putzen nur einmal täglich oder seltener die Zähne. Dieses Zahnputzverhalten weist einen Sozialstatusgradienten auf (niedrig: 31 %, mittel: 28 %, hoch: 22 %) und ist bei Kindern mit Migrationshintergrund (45 %) häufiger festzustellen als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (26 %). 16 % der Kinder und Jugendlichen nehmen weniger als einmal im Jahr eine Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt in Anspruch. Auch hier zeigen sich Unterschiede bezüglich des Sozialstatus (niedrig: 20 % vs. hoch: 14 %) sowie Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationsstatus (Migranten: 25 % vs. Nicht-Migranten: 14 %).

Rauchen und Passivrauchen

Besonders stark ist das Rauchen bei Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus verbreitet: Bei den 14- bis 17-Jährigen greifen 36 % der Jungen und 39 % der Mädchen aus sozial schwächeren Familien zumindest gelegentlich zur Zigarette im Vergleich zu 26 % der Jungen und 22 % der Mädchen aus sozial besser gestellten Elternhäusern. Von den Jugendlichen, die selbst nicht rauchen, sind mehr als ein Viertel mehrmals in der Woche Tabakrauch ausgesetzt, etwa ein Fünftel sogar fast jeden Tag. Wie beim Rauchen, so zeigt sich auch für die Passivrauchbelastung, dass Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus verstärkt betroffen sind.

Sport und Bewegung

Ein Großteil der Kinder im Alter von 3–10 Jahren bewegt sich regelmäßig: 77 % spielen fast täglich im Freien, und 52 % machen wenigstens einmal in der Woche Sport. Zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich in dieser Hinsicht keine bedeutsamen Unterschiede. Kinder aus Migrantenfamilien und mit niedrigem Sozialstatus sind weitaus weniger aktiv. Beispielsweise ist die Chance der regelmäßigen sportlichen Betätigung in diesen Gruppen um den Faktor 2–3 verringert.

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter

81 % der Kinder und Jugendlichen haben vollständig an allen Früherkennungsuntersuchungen (U3–U9) teilgenommen, 16 % nur teilweise. Weitere 3 % sind nie bei einer Vorsorgeuntersuchung gewesen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern, zwischen Stadt und Land sowie zwischen den Geburtsjahrgängen gibt es nicht. Kinder aus dem Osten Deutschlands haben mit 75 % seltener an allen Untersuchungen (U3–U9) teilgenommen als Kinder aus Westdeutschland (82 %). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie solche mit Migrationshintergrund nahmen durchschnittlich seltener alle Früherkennungsuntersuchungen wahr (72 % bzw. 56 %). 14 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben sogar nie an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen. Bei einem Teil der in Deutschland geborenen

Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund kann aber angenommen werden, dass bei ihnen im Ausland ähnliche Untersuchungen durchgeführt wurden. Weitere Unterschiede bestanden darüber hinaus hinsichtlich des Alters der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes und der Geschwisterkonstellation: Kinder von Müttern, die zum Zeitpunkt der Geburt jünger als 25 Jahre (Inanspruchnahmerate 74 %) oder älter als 36 Jahre (Inanspruchnahmerate 75 %) waren sowie Kinder mit älteren Geschwistern (77 %) nahmen die Früherkennungsuntersuchungen U3–U9 seltener vollständig wahr als der Durchschnitt.

Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie)

Bei ca. 22 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor, wobei ca. 10 % aller Kinder und Jugendlichen als im engen Sinn psychisch auffällig beurteilt werden müssen. Unter den spezifischen psychischen Auffälligkeiten treten Störungen des Sozialverhaltens (10 %), Ängste (7,6 %) und Depressionen (5,4 %) am häufigsten auf. Bei den vermuteten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima mit vielen Konflikten sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als negative Einflussgrößen, die mit einer bis zu 4fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit einhergehen. Bei einem kumulierten Auftreten mehrerer Risikofaktoren ist ein starker Anstieg der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (bis zu einem Anteil von 50 % in Hochrisikogruppen) zu verzeichnen. Personale, familiäre und soziale Ressourcen sind hingegen bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen stärker ausgeprägt.

Auch für die psychischen Auffälligkeiten lässt sich also - ganz anders als zum Beispiel bei den Allergien - ein niedriger sozioökonomischer Status als Risikofaktor analysieren.

Nach Berechnungen des Kinderschutzbundes leben heute in Deutschland allein 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche auf Sozialhilfeniveau. Viel zu viele Kinder müssen auf Taschengeld, Freizeit- und Sportangebote verzichten. Viel zu viele Kinder ernähren sie sich mangelhaft und sind bei schlechter Gesundheit. Viel zu viele

benachteiligte Kinder bleiben in isolierten Wohnvierteln unter sich, ohne gute Schulen, Ausbildungsmöglichkeiten und ausreichende soziale Unterstützung.

„Kinder ohne Chancen sind die Arbeitslosen von morgen. Die Überwindung von Kinderarmut ist eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben“, so die Worte von Ex-Bundespräsident Roman Herzog, Vorstandsvorsitzender des Bündnis für Kinder, auf dem 2. Forum „Deutschland für Kinder“ in der Berliner Akademie der Künste. „Kinderarmut in Deutschland bedeutet massenhafte Ungerechtigkeit und Benachteiligung. Kein Land kann es sich leisten, so vielen Kindern einen guten Start ins Leben vorzuenthalten“, so die Worte von Heide Simonis, Vorsitzende von UNICEF Deutschland.

Der schleichende Ausschluss von benachteiligten Kindern und Jugendlichen kann und muss gestoppt werden:

- Der Abbau von Kinderarmut muss wie der Kampf gegen die Arbeitslosigkeit politische Priorität bekommen. Die Bundesregierung soll dazu einen Aktionsplan mit konkreten Zielvorgaben vorlegen.
- Die Kinder- und Familienpolitik muss darauf achten, dass ihre Hilfen auch die schwächsten Familien erreichen. Dazu gehört die Sicherung eines angemessenen Existenzminimums für die Kinder.
- Eine kindorientierte Politik muss Betreuungsmöglichkeiten für alle Kinder sicherstellen, den Zugang zu Kindergärten sichern und kindgerechte Ganztagschulen ausbauen, um Lern- und Verhaltensdefizite auszugleichen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern.
- Kinder aus Migrantenfamilien brauchen gezielte Förderung und Unterstützung vom Kindergartenalter an.
- Einer der wichtigsten Ansatzpunkte für Armutsprävention ist der Schulerfolg der Kinder und der Einstieg in eine berufliche Bildung, die für den Arbeitsmarkt qualifiziert.

Eine letzte Anmerkung:

Familien, die ihre Kinder ungenügend oder unangemessen versorgen, sind in die Schlagzeilen gekommen. Was dabei oft übersehen wird, sind die Hintergründe, mit denen die Jugendhilfe in Risikokonstellationen zunehmend konfrontiert ist und die den Zugang zu Familien zu einer besonderen Herausforderung machen: Entmutigung, Resignation, Antriebslosigkeit bis hin zu depressiven Störungen und Erkrankungen. Entmutigte Familien erleben ihren Lebensalltag zunehmend als Bedrohung, da sie den Eindruck haben, ihren Lebensalltag nicht mehr eigenverantwortlich gestalten zu können. Zukunftsangst breitet sich aus, in einem gesellschaftlichen Umfeld, das Eigenverantwortung, Erfolgsorientierung und positives Denken einfordert. Vielerlei Ursachen führen zu dieser Haltung. Oft handelt es sich um Familien, denen es schwer fällt, den hohen Anforderungen am Arbeitsplatz und zu Hause gerecht zu werden, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind oder um Alleinerziehende, die mit Geld- oder Zeitressourcen an ihre Grenzen stoßen.

Entsprechend hat es die Jugendhilfe verstärkt mit Familien zu tun, die von einem sozialen Abstieg bedroht oder real betroffen sind. Dabei erhalten der Kinderschutz und die Jugendhilfe einen weit über den Rahmen ihrer Aufgaben hinausgehenden Auftrag. Es gilt Kinder, Jugendliche und Eltern zu stärken, zu fördern und zu ermutigen, damit sie sich (wieder) bewegen und die Eltern Verantwortung für sich und ihre Kinder übernehmen. Sei es der regelmäßige Besuch in der Kinderarztpraxis oder die Bereitschaft sich an Elternabenden in der KiTa oder in der Schule zu beteiligen. Hinzu kommt, dass die Praxis des Kinderschutzes sich gerade hier an den Schnittpunkten von Jugendhilfe und Bildungswesen, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Justiz gestaltet, sind doch die Problemlagen und Verstrickungen vieler Familien äußerst komplex.

So verknüpfen sich z.B. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit Problemen von Sucht oder psychischer Erkrankung der Eltern, Partnerschaftsgewalt, hochgradiger sozialer Isolation und Armut. Massive in besonderer Weise behandlungsbedürftige Symptombildungen bei den Kindern sind dann nicht ungewöhnlich. Dass im Interesse der Entwicklung der Kinder eine enge fachliche Verzahnung der verschiedenen Hilfesysteme von Anfang an erforderlich ist, darüber besteht in der Fachdis-

kussion inzwischen weitgehend Einigkeit. Die konkrete Weiterentwicklung der interdisziplinären und Institutionen übergreifenden Zusammenarbeit und die Überwindung von typischen Hürden ist aber eine dringende vielfach noch unbefriedigend gelöste Aufgabe. Dabei müssen strukturelle Konflikte zwischen den Systemen bewältigt werden, damit wir besser als bisher die Frage beantworten können, wie und mit welcher Unterstützung es trotz besonderer Belastungen gelingen kann, Eltern zu ermutigen, ihr Leben gestaltend in die Hand zu nehmen und ihren Kindern Hoffnung in die Zukunft zu eröffnen.

Wir haben uns so abgestimmt, dass Prof. Niethammer in seinem nun folgenden Vortrag näher auf die Situation vernachlässigter Kinder eingeht und Frau Dr. Goesmann positive Beispiele ärztlicher Interventionsmöglichkeiten aufzeigt. Der Vorstand der Bundesärztekammer legt ihnen für die Beratung im Anschluss Anträge vor, zu denen ich in der Diskussion noch einmal Stellung nehmen will. Wir wollen einen Beitrag dazu leisten, dass ich die Situation gesundheitlich gefährdeter und beeinträchtigter Kinder verbesser und das unabhängig von der sozialen Schicht, der sie entstammen.

Ich danke Ihnen jetzt vor allem für Ihre große Aufmerksamkeit.