

Antje Richter

Frühe Armut

Prävention durch Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

Viele gesundheitliche Probleme haben ihren Ursprung in Kindheit und Jugend und das Aufwachsen in Armut stellt dabei ein bedeutendes Risiko dar, das in Deutschland besonders die Kinder bis zum Alter von sieben Jahren trifft. Mit der seit Jahren anhaltend hohen Armutsquote in dieser Altersgruppe werden auch ungleiche Gesundheitschancen und zunehmende Gesundheitsprobleme von Kindern in Zusammenhang gebracht. Auffallend schlecht ist bei den Betroffenen u.a. oft die Grundversorgung (z.B. zur Jahreszeit unpassende Bekleidung), die Ernährungslage, der Zahnstatus und die Sprachentwicklung.

Abb. 1: Gesundheitliche Einschränkungen und Fehlsteuerungen im Kindesalter

- im Sehen und Hören
- in der Sprachentwicklung
- in der Bewegungskoordination
- im Bewältigungsverhalten
- in der Ernährung und dem Ernährungsverhalten sowie daraus folgend Zahnerkrankungen, Übergewicht und Adipositas.
- Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
- Impfbereitschaft

Zu dieser Entwicklung tragen die geringere Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen und auch ein kaum ausgeprägtes gesundheitsbewusstes Verhalten bei, das sich u.a. an der (Nicht-)Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) für Kinder, an der Mundgesundheit oder der Mitgliedschaft in Sportvereinen spiegelt (vgl. Abb. 2-4).

Abb. 2: Nicht-Teilnahme an den U 1- bis U 9-Untersuchungen in Braunschweig nach beruflichem Status der Eltern (in Prozent)

Untersuchungen	Niedriger beruflicher Status der Eltern	Mittlerer oder höherer beruflicher Status der Eltern
U 1 (1. Lebenstag)	4,8	1,9
U 2 (3. bis 10. Lebenstag)	4,6	2,1
U 3 (4. bis 6. Woche)	7,4	2,8
4 (3. bis 4. Monat)	7,9	2,8
U 5 (6. bis 7. Monat)	9,4	4,0
U 6 (10. bis 12. Monat)	10,5	4,8
U 7 (21. bis 24. Monat)	12,2	6,7
U 8 (43. bis 48. Monat)	13,5	9,4
U 9 (60. bis 64. Monat)	31,4	29,8

Datenbasis: Schuleingangsuntersuchung 1993 in Braunschweig (Gesundheitsamt Braunschweig/R.Schubert), N = 1.588

Abb. 3: Mundgesundheits

Alter	Soziale Lage der Eltern		
	Untere Lage	Mittlere Lage	Obere Lage
Alte Bundesländer:			
8 bis 9 Jahre (Milchzähne)	5,0	3,4	2,2
10 bis 12 Jahre	2,1	1,3	1,0
13 bis 14 Jahre	6,1	5,1	2,9
Neue Bundesländer:			
8 bis 9 Jahre (Milchzähne)	4,3	3,9	3,2
10 bis 12 Jahre	1,1	1,0	1,1
13 bis 14 Jahre	4,9	4,3	3,6

Mielck, Andreas 2000a

Abb. 4: Mitgliedschaft im Sportverein und Sozialstatus

Mitgliedschaft	Sozialer Status			
	Niedrig	Niedrig-mittel	Mittel-niedrig	Hoch
Nie im Verein	26,2	12,1	7,0	6,3
Nicht mehr im Verein	37,6	37,7	31,0	23,8
In mindestens einem Verein	36,2	50,1	62,0	70,0

N = 1.192; die Gesamtuntersuchung umfasste 2.016 Kinder (Alter 10-14 Jahre), repräsentativ verteilt auf Geschlecht und Schulbildung (Hauptschule, Gesamtschule, Realschule, Gymnasium). Quelle: Schmidt/Hartmann-Tews/Brettschneider 2003: 124.

Bei Schuleingangsuntersuchungen schneiden Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status wesentlich schlechter ab als Gleichaltrige aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede hinsichtlich der Sprachentwicklung sowie der intellektuellen und psychomo-

torischen Entwicklung. Die Befunde Übergewicht und kinderpsychiatrische Störungen treten in der Gruppe der sozial Benachteiligten ebenfalls häufiger auf.¹

Auch bei älteren Schülerinnen und Schülern (11-15 Jahre) spielt der sozio-ökonomische Status der Herkunftsfamilie eine wichtige Rolle. Bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bewerten sich arme Schülerinnen und Schüler schlechter als die aus reicheren Elternhäusern. Dieser Unterschied wird besonders deutlich, wenn man das Fünftel der untersten Wohlstandsschicht mit dem reichsten Fünftel vergleicht.² Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien sind zudem wesentlich häufiger von schweren psychischen Erkrankungen betroffen, für die es bundesweit nur ungenügende ambulante Behandlungsmöglichkeiten gibt.³

Armut und Ernährung

Die statusbedingten Unterschiede lassen sich wie oben bereits angedeutet auch auf eine gesundheitsriskante Lebensweise zurückführen. Dazu gehört neben Rauchen und dauerhaftem Distress vor allem die Fehlernährung.

Ernährung in Armutslagen ist mit einer vermehrten Zufuhr von Nährstoffen verbunden, denen bei hohem Konsum negative Wirkungen auf Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus oder verschiedene Krebsarten zugeschrieben werden können. Gleichzeitig geht sie mit einer Unterversorgung an Nährstoffen einher, die eine Schutzwirkung vor bestimmten Krankheiten (z.B. Darmerkrankungen) entfalten können. Eine mangelhafte Ernährungsqualität wirkt außerdem über das Körpergewicht auf die Bewegungs(un-)lust und führt zu oft zu Bewegungsmangel, der weitreichenden Folgen im Jugend- und Erwachsenenalter nach sich zieht.

Diese falschen Essgewohnheiten werden bereits früh erworben und meistens auch im Erwachsenenalter beibehalten. Hinreichend belegt ist beispielsweise, dass

- Kleinkinder aus Armutshaushalten eine erhöhte Zufuhr an Zucker und gesättigten Fettsäuren haben und eine geringere Versorgung mit Ballaststoffen, Mineralien und Vitaminen. Sie wachsen oft langsamer heran.⁴

¹ vgl. Medizinisch relevante Befunde bei Einschulungsuntersuchungen. In: MASGF 1999.

² Hurrelmann, Klocke, u.a. 2003.

³ MASGF Potsdam 2001

⁴vgl.: Feichtinger 2000.

- arme Kinder weniger gesunde Lebensmittel erhalten und schlechtere Verzehrsgewohnheiten haben. Sie essen weniger Vollkornbrot, Obst und Gemüse. Sie nehmen dafür häufiger Limonaden, Chips und Fast-Food-Produkte zu sich als andere und leiden entsprechend häufiger an Übergewicht und Zahnkaries.⁵
- Übergewicht häufig auch bei Kindern aus Migrantenfamilien festzustellen ist, wobei die kulturell bedingten Ernährungsgewohnheiten eine große Rolle spielen. Zu beachten ist dabei, dass in den Herkunftskulturen vieler Migrantenfamilien gut genährte Kinder als ein Zeichen des Wohlstands gelten.

Man sollte allerdings unreflektierte Vorverurteilungen der Eltern vermeiden, denn bewiesen ist auch, dass:

- sich Ernährungsumfang und -qualität in Haushalten, die Sozialhilfe empfangen, vor allem in der zweiten Monatshälfte verschlechtern, wenn das Geld knapp wird.
- Mütter aus Armutshaushalten versuchen, die armutsbedingten Belastungen soweit wie möglich von ihren Kindern fernzuhalten, indem sie selbst auf vieles (auch auf eigene Nahrung) verzichten, nur um ihre Kinder ausreichend versorgen zu können. Dieses Verhalten ist besonders bei alleinerziehenden Müttern aufzufinden.⁶

Gesundheitliche Folgen auch in Kindertagesstätten sichtbar

Die beschriebenen gesundheitlichen Folgen von Armut sind in Kindertagesstätten längst sichtbar geworden. Die Leiterin eines Kindergartens in einem „Sozialen Brennpunkt“ der niedersächsischen Stadt Wilhelmshaven formulierte es einmal so: *„Einmal im Jahr kommt die Zahnärztin vom Gesundheitsamt, macht hier Reihenuntersuchungen aller Kinder, und das Ergebnis zeigt schon, dass es ganz schlecht ist. Und wie ich das so als Laie von außen sehe, ist das extrem mit den zerfressenen Zähnen bei den Kindern, von denen ich weiß, dass da wenig ist, ein Minimum ist. Und dass ich bei denen auch sehe, was die da für Lebensmittel mitbekommen als*

⁵vgl.: die Untersuchungen durch Gesundheit Berlin am Kottbusser Tor „Chinanudeln statt Schulkantine“ 2003; Kamensky 2003.

⁶vgl.: Feichtinger 2000

Der Beitrag ist erschienen in: Aktion Jugendschutz - Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg (Hrsg.) Hauptsache gesund...? Körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. ajs-Jahrestagungsband, Stuttgart 2005. 4

Frühstück: Snickers und Fruchtzwerge und diese komischen Lutschtzinger, Joghurtschläuche oder was auch immer das sein soll.“

und sie berichtet weiter:

„Also diese Kinder, wo wir doch so denken, da ist zu Hause nicht so viel mit guter, gesunder Ernährung oder ausreichender Ernährung, die essen hier, schlagen sich den Bauch voll. Also die essen, also die essen wirklich für 2 bis 3. Dass sie sich hier was holen an Ernährung und an Zuwendung und an Kontakt, dass sie auch da ganz viel kompensieren.“

und weiter berichtet sie:

„Ich kann das nicht medizinisch sagen, aber manche Kinder sehen richtig käsig und blass aus. Ich denke, dass in der Gesichtsfarbe so ein Mangel deutlich wird. Ich weiß es nicht genau, aber das habe ich beobachtet. Schlechte Haltungen bei manchen Kindern, vermehrt ... so motorische Unsicherheiten, Sprachprobleme, denke ich mal, da wo wenig geredet wird, da ist auch ganz wenig Anregung für Sprache: Also ganz viele Kinder, die Sprachprobleme haben und das steigt sehr an.“⁷

Das Zitat macht deutlich, dass diese Situation bei den Beschäftigten in Kindertagesstätten Sorge und Verunsicherung erzeugt und sie nach Handlungsstrategien suchen lässt. Benötigt werden klare Konzepte mit möglichst allgemeingültigen Situationsbeschreibungen, Handlungsanweisungen und Modellbeispielen, in denen sich viele Einrichtungen unabhängig vom individuellen Profil wieder finden können.

Gesundheitsförderung bietet gute Chancen für die Armutsprävention

Gesundheitsförderung bietet die Chance, armutsbedingte Risiken für Mädchen und Jungen zu verringern, liefert die Instrumente, die dazu gebraucht werden und findet in Kindertagesstätten gute Bedingungen für eine frühzeitige und altersgerechte Prävention vor. Der gesetzlich verankerter Auftrag der Einrichtungen, den Alltag von Familien zu unterstützen, Hilfen präventiv anzubieten und Kinder *„in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen“* (§ 1 Abs. 3.1 SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe), macht Kitas zu begehrten Partnern der Gesundheitsförderung. In den Einrichtungen können auch schwer zugängliche Zielgruppen schon frühzeitig erreicht werden, die sonst von

⁷ Richter 2003

gesundheitsfördernden Angeboten kaum Gebrauch machen – sei es aus Verunsicherung, Unkenntnis oder mangelnder Gelegenheit.

Bewegungsförderung, Sprachförderung, Hygiene und Ernährung sind Bereiche, in denen Mädchen und Jungen in vielen Kindertagesstätten schon immer gesundheitsbewusst angeleitet wurden. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung auch für die Mehrzahl der Beschäftigten kein neues Thema. Unter den Bedingungen der Armutsprävention erhalten viele scheinbar selbstverständliche Maßnahmen und Routinen, die die Kinder betreffen, jedoch ein neues Gewicht. Dann geht es darum, Defizite dauerhaft auszugleichen, mit denen Kinder bereits in die Einrichtung eintreten, den Betroffenen den Anschluss an die Gleichaltrigen zu ermöglichen und kompetente Partner für diese schwierige Aufgabe zu finden. Das Niveau der Hilfen muss dazu hoch und professionell sein und darf die „Kindperspektive“ keinesfalls aus dem Blick zu verlieren.

Das setzt neben einer inhaltlichen Bestandsaufnahme auch eine Reflektion der Beschäftigten über eigene Interessen, Schwerpunkte, Stärken und Schwächen voraus. Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte sollte keinesfalls als eine zusätzliche Anforderung erlebt werden, die von außen an die Kitas heran getragen wird, sondern als gemeinsames Anliegen, von dem auch die Beschäftigten profitieren werden. Dazu müssen Kernprozesse in den Einrichtungen identifiziert werden, an denen gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ansetzen kann.

Alle Akteure einbeziehen

Als besonders geeignet erweist sich dabei ein *settingorientiertes* Vorgehen, das die gesundheitliche Situation langfristig und nachhaltig verbessert. Dem *Settingansatz* liegt die Idee zugrunde, dass *Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird*. Er fokussiert nicht nur das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Rahmenbedingungen (Verhältnisse), unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Gesundheitsförderung setzt also am *Lebensalltag* an und richtet sich dabei an *alle* beteiligten Akteure.

In Kindertagesstätten beinhaltet settingorientiertes Arbeiten, zunächst eine realistische Einschätzung der Gesundheit aller dort spielenden und arbeitenden Menschen

vorzunehmen und dabei auch die allgemeine Lebenssituation der Kinder und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten einzubeziehen. Die Gesundheitschancen von Mädchen und Jungen sind in Abhängigkeit vom familiären und sozialen Umfeld zu sehen. Dazu gehört ebenso die vorhandene Infrastruktur, d.h. die Zugänge zu gesundheitlichen und sozialen Leistungen, sowie die Spiel- und Lernbedingungen im Wohnumfeld.

Ebenso wichtig ist die Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten. Gesundheitsberichte einzelner Krankenkassen belegen, dass Erzieher/innen im Vergleich zum öffentlichen Dienst überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten aufweisen, was vor allem auf die Beeinträchtigungen durch Lärm, ungünstige Körperhaltungen und psychische Belastungen zurückzuführen ist. In „Sozialen Brennpunkten“, in denen sich die Probleme im Umfeld oft häufen, stellen Erzieher/innen nicht nur vermehrt gesundheitliche Probleme bei Mädchen und Jungen fest, sondern berichten auch von erhöhten Anforderungen an die eigenen Kompetenzen und Ressourcen. Sie müssen Verständnis für die unterschiedlichsten Konfliktlagen von Familien aufbringen, mit der Häufung der Probleme zurechtkommen und armutsbedingte Defizite ausgleichen. Es werden sowohl erhöhte Anforderungen an ihre pädagogischen Fähigkeiten, wie auch an ihre psycho-physische Belastbarkeit gestellt. Wer Gesundheit in Kindertagesstätten fördern will, muss sich also immer an alle Beteiligten richten und sollte möglichst bei den Beschäftigten beginnen.

Auch Eltern gelten als Akteure im Setting und müssen in die Maßnahmen einbezogen werden, u.a. um den Gesundheitsstatus der Kinder dauerhaft zu verbessern. Doch der Zugang zu sozial benachteiligten Müttern und Vätern erscheint oft versperrt: Erzieher/innen erleben die Zusammenarbeit als sehr arbeitsintensiv und durch gegenseitige Schuldzuweisungen belastet und Eltern haben Schwellenängste oder Sprachprobleme. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Beschäftigten, die sich angesichts problematischer Umfeldbedingungen vielfach als „Dauerbrenner“ in Teamgesprächen erweist, gilt als eine der wichtigsten Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten.

Wird nach dem Settingansatz vorgegangen, erhalten intensive Vernetzungsaktivitäten einen hohen Stellenwert. Sie eröffnen neue Ressourcen und Potentiale und kön-

nen viele Mängel kompensieren, vorausgesetzt, es wird ausreichend Zeit dafür eingeplant. Bisher ungenutzte Möglichkeiten liegen für die Gesundheitsförderung in Kitas vor allem in der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit, d.h. in Kooperationen mit Institutionen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs, die bereits Zugangswege zu schwer erreichbaren Zielgruppen entwickelt haben oder etwa psychosoziale Beratungsangebote vorhalten.

Die Größenordnung der zu bewältigenden Problematik ist dabei abhängig vom Standort der Einrichtung und vom Umfeld. Treten soziale Probleme gehäuft auf, sind die Beschäftigten der Kita besonderen Anforderungen an ihre pädagogische Kompetenz ausgesetzt. Um diesem Druck standzuhalten, brauchen sie den starken Rückhalt durch den Träger der Einrichtung als Arbeitgeber, adäquate Rahmenbedingungen (bis hin zu einer erweiterten Personal-, Sach- und Finanzausstattung) und geeignete, sehr praxisorientierte Instrumente.

Gesundheitsförderung und Armutsprävention in vier Handlungsfeldern

Damit sind die vier Handlungsfelder skizziert, in denen Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten mit einem erhöhten Anteil sozial benachteiligter Kinder verwirklicht werden sollte. Im einzelnen geht es um:

- Gesundheit und Wohlbefinden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Situation durch die spezifischen Anforderungen geprägt ist
- die gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen und ihre Gesundheitschancen
- Eltern, ihre speziellen Belastungen und gesundheitsbezogenen Kenntnisse
- die besonderen Bedingungen, Potentiale und Defizite des sozialen Umfelds der Einrichtung und Vernetzungsaktivitäten.

Abb. 5: Vier Handlungsfelder

Gesundheit am Arbeitsplatz	Sozial benachteiligte Mädchen und Jungen
Sozial benachteiligte Mütter und Väter	Soziales Umfeld

Jede Kindertagesstätte kann, unabhängig von ihrem individuellen Profil und ihren finanziellen und personellen Ressourcen, Gesundheitsförderung in diesen vier Handlungsfeldern durchführen. Alle Maßnahmen müssen zusätzlich unter der Perspektive

der Armutsprävention betrachtet werden. Es ist dazu unerlässlich, eine Bestandsaufnahme an den Beginn des Prozesses zu stellen. Dabei wird nicht nur gefragt, was bereits getan wird bzw. wo die besonderen Problembereiche liegen, sondern auch, welche Maßnahmen in der eigenen Einrichtung am ehesten gelingen können. Der gesamte Prozess gewinnt durch die ersten Erfolge und es wichtig, sich gleich zu Beginn auf eindeutige und erreichbare Ziele zu verständigen. Gesundheitsförderung muss, insbesondere zur Armutsprävention, immer mit dem Einverständnis des gesamten Teams durchgeführt werden. Wird gegen den Willen des Teams bzw. der Leitung gearbeitet, ist ein Scheitern schon fast vorprogrammiert. Zweifel sind selbstverständlich erlaubt und können somit besprochen werden. Dazu sollte eine Phase der Sensibilisierung eingeplant werden. Klare Kommunikationsstrukturen ermöglichen Transparenz und erleichtern die Entscheidung auch für die Skeptiker, die eventuell beim Gedanken an mögliche Mehrbelastungen zurückschrecken. Ein gewichtiges Argument, auch Unentschlossene einzubeziehen, bietet oft das Vorhaben, die eigene Gesundheit, gemeinsam und gleichberechtigt mit anderen Themen in den Mittelpunkt stellen.

Ein Leitfaden, der erläutert, wie dieser Prozess gestaltet werden kann und weitere praxisorientierte Instrumente sind im Handlungskonzept „Gesund in allen Lebenslagen“ zu finden, das sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder im Elementarbereich befasst. Es enthält in einem Manual diverse Arbeitsblätter mit Vorschlägen zur Maßnahmenplanung, die sich an ausformulierten Leitzielen zu den vier Handlungsfeldern orientieren, nennt Verbündete oder Erfolgskriterien. Ein Beispiel: Im Handlungsfeld „Mädchen und Jungen“ beziehen sich die Leitziele u.a. auf die Bereiche Sprachförderung, Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Geschlechtsspezifisches. Die Arbeitsmuster werden durch Beispiele aus dem Kita-Alltag ergänzt und können relativ einfach verwirklicht werden. Sie sind als Vorschläge und Ideengeber zu verstehen und können an die spezifischen Bedarfe der Einrichtungen angepasst werden. Damit liegt ein Instrument vor, das Raum für eigene Planungen und Interventionen lässt und vor allem handlungsleitende Empfehlungen vermittelt, die die erfolgreiche Umsetzung im Team erleichtern.

Gesund in allen Lebenslagen

Das Handlungskonzept „Gesund in allen Lebenslagen“ ist das Resultat einer Erhebung zur Ermittlung von Veränderungsbedarfen und -potenzialen in Kindertagesstätten mit einem erhöhten Anteil an sozial benachteiligten Kindern, die in Form von Gruppenbefragungen unter Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen, wie z.B. Erzieher/innen, Fachreferenten/-innen aus der Gesundheitsförderung und dem Kindertagesstättenbereich stattfand. Das Konzept wurde praxisrelevant in einen kurzen, aber umfassenden Text und in ein Manual zur Gesundheitsförderung umgesetzt.

Im ersten Teil wird die Problematik beschrieben, wie sie im Alltag von Kindertagesstätten in Erscheinung tritt und es werden Potenziale und bewährte Interventionsmöglichkeiten benannt. Das *Manual* im zweiten Teil enthält eine Anleitung, in der die verschiedenen Schritte zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Team einer Kindertagesstätte dargelegt werden, incl. einer Checkliste zur Vorbereitung gesundheitsfördernder Projekte. Daran schließen sich Anwendungsbeispiele in Form von Arbeitsmustern an, die durch Verweise auf Literatur, Materialien und Modellbeispiele ergänzt werden.⁸

Fazit

Armutsprävention aus Sicht der Gesundheitsförderung muss ganzheitlich konzipiert sein und alle Beteiligten aktiv einbeziehen. Dazu sind detaillierte Kenntnisse über sozial benachteiligenden Lebenslagen, Bedarfe von Erziehern/-innen, Zusammenarbeit mit Eltern, die Prägung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bei Mädchen und Jungen sowie die Berücksichtigung des sozialen Umfelds unverzichtbar und müssen umsetzungsorientiert betrachtet werden. Dieses Wissen ist vorhanden! Wird es in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern benachbarter Arbeitsbereiche und dem eigenen Team umgesetzt, wird deutlich: Hilfen für sozial benachteiligte Kinder in Kitas sind unverzichtbar und sie sind machbar!

Der Beitrag ist erschienen in: Aktion Jugendschutz - Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg (Hrsg.) Hauptsache gesund...? Körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. ajs-Jahrestagungsband, Stuttgart 2005.

⁸ Die Erhebung war Teil eines Kooperationsprojektes, an dem die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., der Bundesverband der Betriebskrankenkassen und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt a/M beteiligt waren.

Literatur:

Richter, Antje: Frühe Armut – Prävention durch gesundheitsförderliches Handeln. In: Ressourcen stärken – Benachteiligungen ausgleichen. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen. Tagungsdokumentation der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Hamburg 2003.

Richter, Antje, Holz, Gerda, Altgeld, Thomas (Hg.): Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotentialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. ISS-Pontifex. Berichte und Materialien aus Wissenschaft und Praxis 2/2004. Frankfurt a. M. 2004.

Feichtinger, Elfriede: Ernährung in Armut. In: Suppenküchen im Schlaraffenland. Ernährung und Armut von Familien und Kindern in Deutschland. Tagungsreader hrsg. von der Landesvereinigung für Gesundheit Nds., der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Sektion Nds. u.a. Hannover 2000.

Hurrelmann, Klaus, Klocke, Andreas, u.a. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: 2003.

Kamensky, Jutta: Gesunde Kinder – Gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe. Hg. vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Bielefeld 2003.

MASGF (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg). Soziale Lage und Gesundheit 1999. Potsdam 1999.

MASGF (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg) Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. Potsdam 2001.

Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern 2000a.

Schmidt, Werner, Hartmann-Tews, Ilse, Wolf-Dietrich Brettschneider: Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schorndorf 2003.

Kontakt:

Dr. Antje Richter
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Tel.: +49 (0)511 / 388 11 89 33

Fax: +49 (0)511 / 350 55 95

E-Mail: antje.richter@gesundheit-nds.de www.gesundheit-nds.de