

Gemeinsames Statement der AG Kindergesundheit der DGSMP

„Essener Fünfpunkte-Erklärung 2012“

zur Verringerung sozialer Ungleichheit bei der Gesundheit von Kindern

In der frühen Kindheit werden wichtige Weichen für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gestellt und damit auch die Voraussetzungen für den Erfolg im späteren Leben geschaffen. Nach den Ergebnissen der KiGGS-Untersuchung des Robert Koch-Instituts bestehen gesundheitliche Probleme, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Statusgruppen (Lampert et al. 2010). Diese Kinder, Jugendlichen und ihre Familien leben häufig unter dem Einfluss schwieriger Lebensbedingungen, so dass die Chancen für ein gesundes Aufwachsen – trotz aller Bemühungen der Eltern – oft besonders ungünstig sind.

Die oben angesprochenen Probleme im frühen Kindesalter gehen oftmals mit späteren Misserfolgen im Bildungssystem einher und führen somit nicht nur zu einer Verfestigung der sozialen Benachteiligung, sondern häufig auch zu wesentlich höheren Gesundheitsausgaben im Erwachsenenalter. Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Gelder, die für frühe Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen investiert werden, ein Vielfaches ihrer Kosten für die Gesellschaft wieder einbringen (Heckman et al. 2010; Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011). Darüber hinaus sind diese Investitionen umso profitabler, je früher im Lebensverlauf die von ihnen finanzierten Programme mit der Förderung beginnen. Ein zentrales Problem ist jedoch, dass die Ersparnisse meist nicht in das Budget derjenigen Instanzen eingehen, welche zuvor die Investitionen getätigt hatte.

Soziale Ungleichheit in Bildungs- und Entwicklungschancen zu verringern, muss aus finanziellen, sozialpolitischen und auch aus ethischen Überlegungen die wichtigste Zielsetzung für Prävention im Kindesalter sein. Hierzu braucht es Angebote, die Kinder und Familien aus sozial benachteiligten Statusgruppen auch tatsächlich erreichen. Angebote, die (wie beispielsweise das medizinische System) primär auf Komm-Strukturen basieren oder die auf das Verteilen von Informationsmaterial zu gesundem Verhalten setzen, erreichen die eigentliche Zielgruppe meist nicht. Sie können (wie viele primärpräventive Angebote, die universell angelegt sind und damit die Gesamtpopulation als Zielgruppe haben) die soziale Kluft im Bereich Gesundheit sogar noch vergrößern (De Bock et al. 2011). Diese Problematik lässt sich als „umgekehrte Wirkungspyramide“ umschreiben: Die ressourcenarmen sozialen Statusgruppen profitieren am wenigsten, die ressourcenreichen sozialen Statusgruppen am meisten von solchen Programmen. Vor diesem Hintergrund sollten Programme vor einer großflächigen Implementierung künftig einen differenziellen Wirkungsnachweis erbringen, d.h. dass die Effekte in verschiedenen sozialen Gruppen evaluiert werden müssen und vor allem in den Gruppen der sozial Benachteiligten.

Es gibt klare Evidenz dafür, dass genau auf soziale Risikogruppen abzielende, frühe aufsuchende Maßnahmen („Frühe Hilfen“) langfristig Verbesserungen in Gesundheit und Bildungserfolg ermöglichen und damit höchst kosteneffektiv sind (Lutz/Sander 2010). Weiter zeigt sich, dass ein früher Kitabesuch bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu einer besseren gesundheitlichen, sprachlichen und motorischen Entwicklung führt (Butler 2011).

Eine wichtige Voraussetzung zur Zielerreichung wäre die kostenlose Betreuung von Kindern aus dieser Zielgruppe, denn erst sie macht Kitas zu niederschweligen Hilfsangeboten. Um die intensive Förderung der Kinder aus dieser Zielgruppe zu gewährleisten, muss prioritär die Qualifikation, der Betreuungsschlüssel und die Vergütung des Erziehungspersonals vor allem in

den sozial benachteiligten Quartieren verbessert werden. Primärpräventive Maßnahmen sind vor allem in den Settings sinnvoll, wo die Zielgruppe zu finden ist: in sozial benachteiligten Quartieren, Kindertagesstätten und Schulen. Zum Abbau sozialer Ungleichheit sollte Gesundheitsförderung weniger risiko- und stärker ressourcenorientiert sein und sehr niederschwellig angeboten werden.

Das Nebeneinander von Angeboten ganz unterschiedlicher Träger von Gesundheits-, Bildungs- und sozialen Angeboten kann zu großen Reibungsverlusten führen. Die praktischen Erfahrungen „vor Ort“ zeigen, dass integrierte Gesundheitsförderungsprogramme auf kommunaler Ebene beachtliche Erfolge haben können, da sie die Mitwirkung möglichst aller Akteure koordinieren und sogenannte Präventionsketten aufbauen können (Hilgers et al.). Obwohl es bereits viele gute Ansätze zur Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern gibt, handelt es sich doch oft um kurzlebige Projekte, die wegen mangelnder Finanzierung wieder verschwinden. Ein weiterer Schwachpunkt ist, dass nur wenige der vielen Projekte hinsichtlich Effektivität und Kosten evaluiert sind und somit auch keine Einschätzung der Langzeitwirkung erlauben (Korber/Mielck 2012).

Die Weltgesundheitsorganisation hat erst kürzlich ein Gutachten mit Empfehlungen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in Europa veröffentlicht (Marmot et al., 2012). Dieses unterstreicht, dass nur ein Ansatz, der alle Politikbereiche umfasst (Whole-Governance) nachhaltig ein gesundes Aufwachsen für alle ermöglicht.

Die Expertinnen und Experten, die bei der Denkwerkstatt der DGSMP Arbeitsgruppe „Kinder-gesundheit“ versammelt sind, fordern daher von den verantwortlichen politischen Stellen folgende Maßnahmen für eine Zukunft, in der alle Kinder – unabhängig von ihrer sozialen oder kulturellen Herkunft – gleiche Chancen für Bildungserfolg und Gesundheit haben, damit alle Kinder ihr volles soziales und gesundheitliches Potenzial erreichen können:

1. Gesundheitsförderung mit dem Ziel „Verringerung sozialer Ungleichheit bei der Gesundheit“ muss regelfinanziert und gesetzlich im Rahmen eines neuartigen Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz (Geene 2012) verankert werden. Dauerhafte Koordination und Finanzierung dieser Maßnahmen sollten zu einer festen Säule sowohl des Gesundheits- und Bildungswesens als auch der Jugendförderung werden.
2. Um frühe Entwicklung, Gesundheit und Bildungschancen von Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen zu fördern, muss die Umsetzung evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Früher Hilfen vorangetrieben und bundesweit etabliert werden.
3. Wir fordern Kosten-Effektivitätsanalysen mit validen und objektivierbaren Effektivitätsparametern sowie differenziellem Wirkungsnachweis bei allen neuen Maßnahmen. Für die Projekte, welche die Zielgruppe effektiv erreichen, muss eine Regelfinanzierung und die Möglichkeit des Transfers in andere Kommunen gefunden werden.
4. Der Fokus dieser Maßnahmen muss auf der Verbesserung von Strukturen und der Vernetzung von bestehenden evaluierten Angeboten liegen, am besten über eine zentrale Koordination auf kommunaler Ebene. Die Bereiche Bildung, Gesundheit und Entwicklung von Kindern sind hierbei nicht zu trennen. Notwendig ist eine enge Verzahnung dieser Ressorts im Bereich der Prävention (wie in entsprechenden Initiativen bereits angestrebt, z.B. im kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“).
5. Anstatt durch finanzielle Anreize den frühen Kitabesuch zu verhindern (z.B. durch das „Betreuungsgeld“), sollen diese Ressourcen für den Ausbau und die Verbesserung der Betreuung in Kindertagesstätten verwendet werden. Hierbei soll insbesondere für Kinder aus sozial benachteiligten Familien eine frühe hochqualifizierte und kostenfreie außerhäusliche Betreuung mit außerhäuslichen Bezugspersonen sichergestellt werden.

Unterzeichner

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
Dr. Ullrich Bauer, Universität Duisburg-Essen
Berit Becker, MedEconRuhr GmbH
Stefan Bräunling, Gesundheit Berlin-Brandenburg, e.V.
Jeffrey Butler, Bezirksamt Mitte von Berlin
Dirk Cremer, Stadt Bielefeld, Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt
Dr. med Freia DeBock, MPH, Mannheim Institute of Public Health
Silke Dietrich, Humanistischer Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg
Dr. med. Werner Egdmann, Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal
Annika Gottschling-Lang, Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
Johanna Gutsche, Robert-Koch-Institut
Heike Hölling, Robert-Koch-Institut
Susanne Jordan, Robert-Koch-Institut
Prof. Dr. med. David Klemperer, Hochschule Regensburg
Peter Lutz, Universität Hannover
Gabriel Melloch, Stadt Mülheim, Geschäftsstelle d. kommunalen Gesundheitskonferenz
Dr. Andreas Mielck, Helmholtz Institut München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen
Anke Mrozowski, Deutsches Jugendinstitut e.V.
Prof. Dr. Jutta Lindert, Protestant University of Applied Sciences Ludwigsburg
Heike Pallmeier, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Dr. Paulo Pinheiro, Universität Duisburg-Essen
Carina Reichert, Humanistischer Verband Deutschlands, Landesverband Berlin-Brandenburg
Dipl. Ing. Kinga Salewski, MedEconRuhr GmbH
Prof. Dr. Sven Schneider, Mannheim Institute of Public Health
Petra Schröer, BKK Bundesverband
Prof. Dr. med. Andreas Seidel, Hochschule für Gesundheit Bochum

Literatur

- Belfield, C.R.; Nores, M.; Barnett, S.; Schweinhart, L.:
The High/Scope Perry Preschool Program – Cost-Benefit Analysis Using Data from the Age-40 Followup The Journal of Human Resources, 41/2006, S. 162-190
- Butler, J.
Determinante und Nutzen des längeren Kitabesuches bei sozial benachteiligten Schulanfängern. Vortrag auf DGSMP Kongress 2011 in Bremen
- De Bock, F., Breitenstein, L.; Fischer, J.
Effekt einer Ernährungsintervention mit Elterneinbezug auf das Ernährungsverhalten und die Körpermaße von Kindergartenkindern: Ergebnisse einer cluster-randomisierten Studie in Baden-Württemberg. Vortrag auf DGSMP Kongress 2011 in Bremen
- Geene, R.
10 Jahre (kein) Präventionsgesetz – Zeit für einen neuen Anlauf zu einem Gesundheitsförderungsgesetz (S. 87). Vom Scheitern des Präventionsgesetzes und der Perspektive eines Gesundheitsförderungsgesetzes. In: Prävention, 3-2012
- Heckman, J.J.; Moon, S.H.; Pinto, R.; Savelyev, P.A.; Yavitz, A.
The Rate of Return to the Highscope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics*, 2010, 94 (1-2), pp. 114-28
- Hilgers, H.; Sandvoss, U.; Jasper, C.M. (o.D.):
Von der Verwaltung der Kinderarmut zur frühen umfassenden Hilfe. Das Dormagener Modell: Was es beinhaltet und was man von ihm lernen kann.
http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich_1/Sonstiges/Das_Dormagener_Modell_01.pdf
- Korber, K.; Mielck, A.
Entwicklung eines praxistauglichen Moduls zur Erhebung der Kosten von Gesundheitsförderungsmaßnahmen – Das Beispiel ‚Maßnahmen zur Förderung des Bewegungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen‘. Vortrag auf DGSMP Kongress 2012 in Essen, Gesundheitswesen 2012; 74: S. 565
- Lampert, T.; Hagen, C.; Heizmann, B.
Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert-Koch-Institut 2010
- Lutz, P., Sandner, M.
Zur Effizienz Früher Hilfen: Forschungsdesign und erste Ergebnisse eines randomisierten kontrollierten Experiments, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Bd. 79.2010, 3, S.79-97,
- Marmot, M.; Allen, J.; Bell, A, Bloomer, E., Goldblatt, P.
WHO European review of social determinants of health and the health divide., in The Lancet Vol. 380, September 2012, S. 1011 -1029
- Meier-Gräwe, U.;Wagenknecht, I.
Kosten und Nutzen früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Herausgegeben: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). BzGA. Köln 2011