



Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen in der Schule: eine Sisyphosaufgabe?

Rosemarie Felder-Puig

Begriff „ gesundheitliche Chancengleichheit“

Die Chancen für Kinder und Jugendliche, gesund zu sein bzw. ihre Gesundheitspotenziale ausschöpfen zu können, sind ungleich verteilt.

Bestimmte Kinder und Jugendliche haben weniger Chancen als andere; Faktoren, die diese Chancen beeinflussen, sind: genetische Prädispositionen, soziale Lage der Herkunftsfamilie, kritische Life-events, Migrationshintergrund, u.a.

der Haupteinflussfaktor = **soziale Benachteiligung**

Soziale Benachteiligung und schlechte Gesundheitschancen bei **Kindern und Jugendlichen** bedeuten (empirische Evidenz):

- Gesundheitsprobleme sowie psychische und soziale Auffälligkeiten bereits im frühen Kindesalter;
- eingeschränkte Möglichkeiten, personale Ressourcen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, Gesundheitskompetenz, ...) zu entwickeln;
- weniger Möglichkeiten der sozialen Teilhabe (z.B. in Vereinen, bei organisierten Freizeitaktivitäten, ...);
- Seltenerer Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen;
- höheres Risiko, psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln sowie an Übergewicht oder Adipositas zu leiden;
- höhere Wahrscheinlichkeit, unter umweltbezogenen Belastungen aufzuwachsen (schlechte Wohnqualität, Passivrauchen, etc.);
- höheres Risiko, im Straßenverkehr zu verunfallen;
- geringere Chancen, einen guten Bildungsabschluss zu erwerben.

Welche Kinder und Jugendlichen sind sozial benachteiligt?

Oft Kinder und Jugendliche aus

- sehr jungen Familien
- kinderreichen Familien
- Familien mit Migrationshintergrund
- Familien, in denen ein Elternteil krank ist (oft psychische oder Abhängigkeitserkrankung)
- sozial isolierten Familien

In vielen dieser Familien gibt es einen Ressourcenmangel (materiell, kulturell, sozial).

Mangel an Ressourcen

- materielle Ressourcen
- kulturelle und soziale Ressourcen (Bildung, Wissen, Beziehungsfähigkeit, Entscheidungskompetenzen, nützliche Beziehungsnetzwerke, ...)

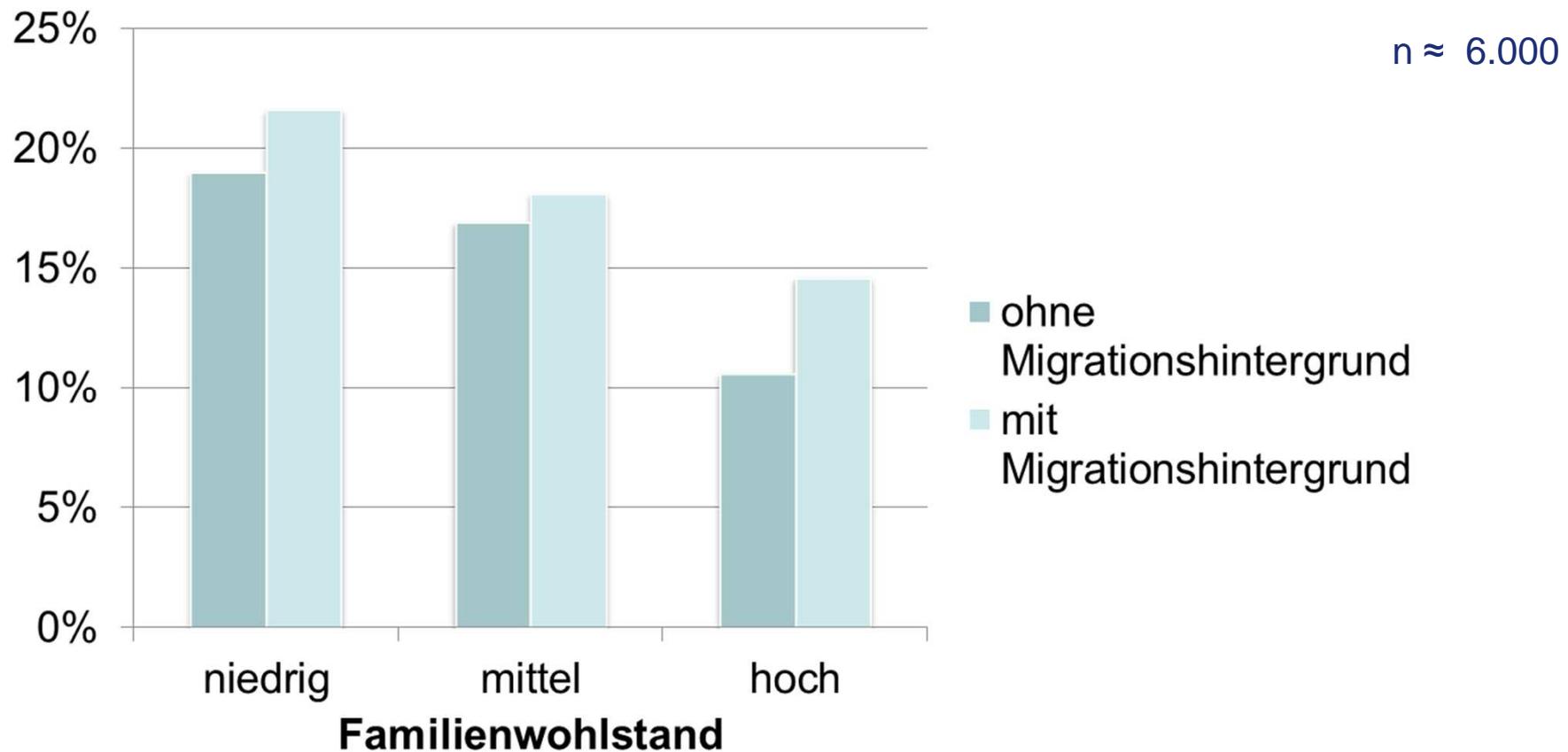
Verhältnis zur und Vergleich mit sozialer Umwelt wird als belastend und konfliktreich empfunden → psychischer Stress → auch negative Folgen für körperliche und soziale Gesundheit

Empirische Ergebnisse

Primärdaten
Sekundärdatenanalysen
Ländervergleiche

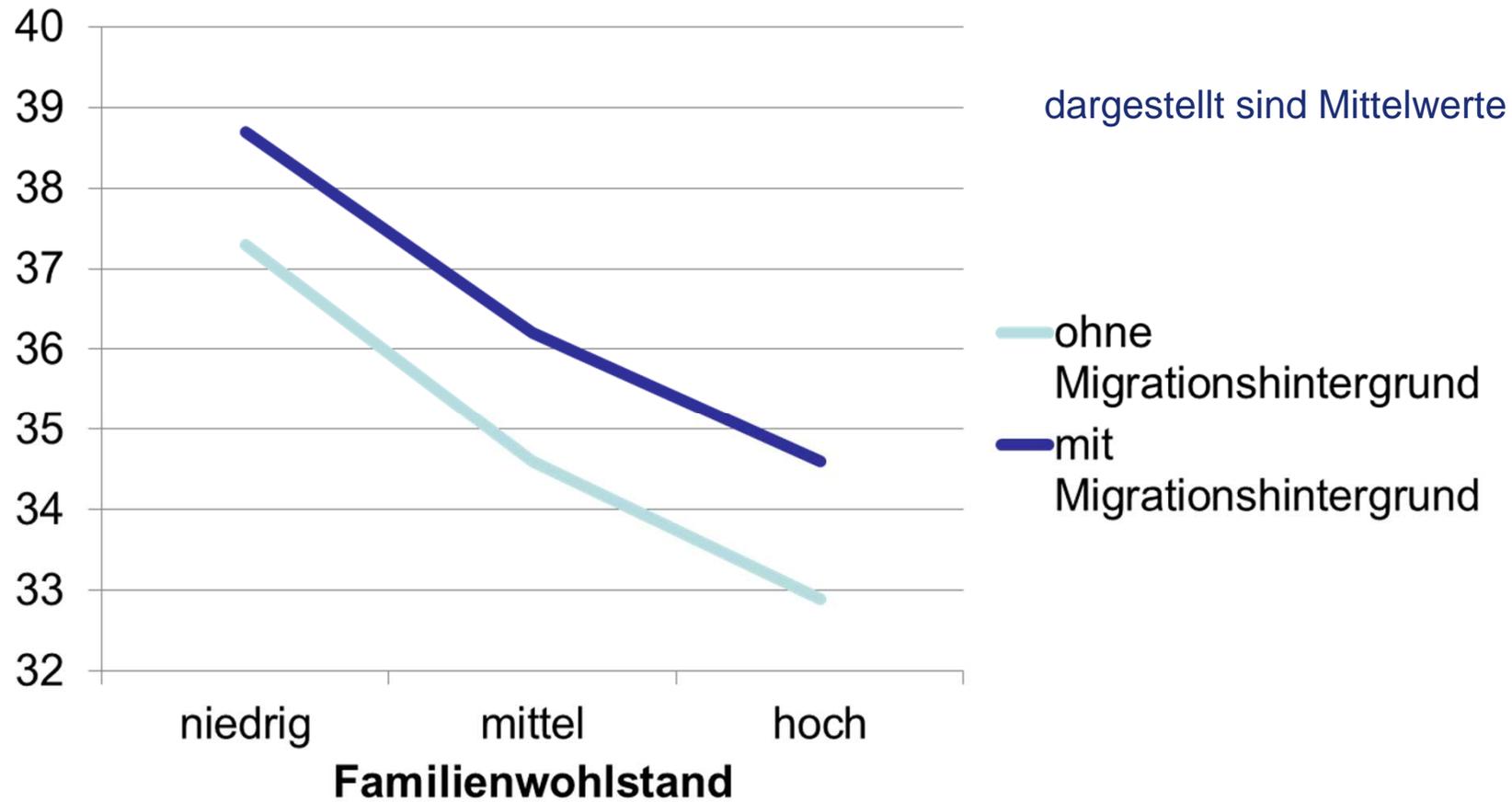
Aktuelle österr. Ergebnisse der HBSC-Studie für 11-17 jährige Schüler/innen

Relative Anzahl (%) der österreichischen Schüler/innen, die angeben, keinen guten Gesundheitszustand zu haben



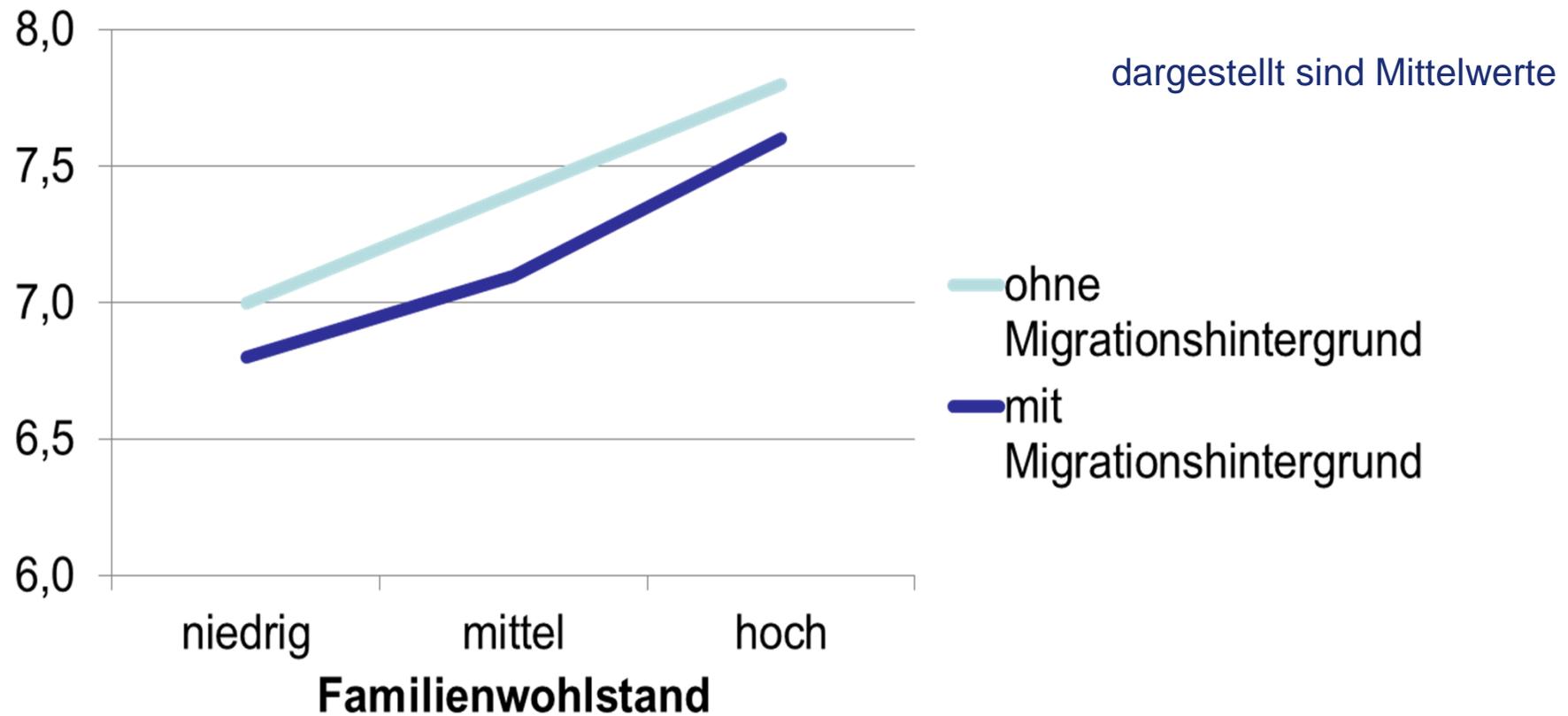
Aktuelle österr. Ergebnisse der HBSC-Studie für 11-17 jährige Schüler/innen

Beschwerdelast (= Index, der Anzahl und Intensität von körperlichen und psychischen Beschwerden subsummiert).
Je höher Index, umso höher Beschwerdelast



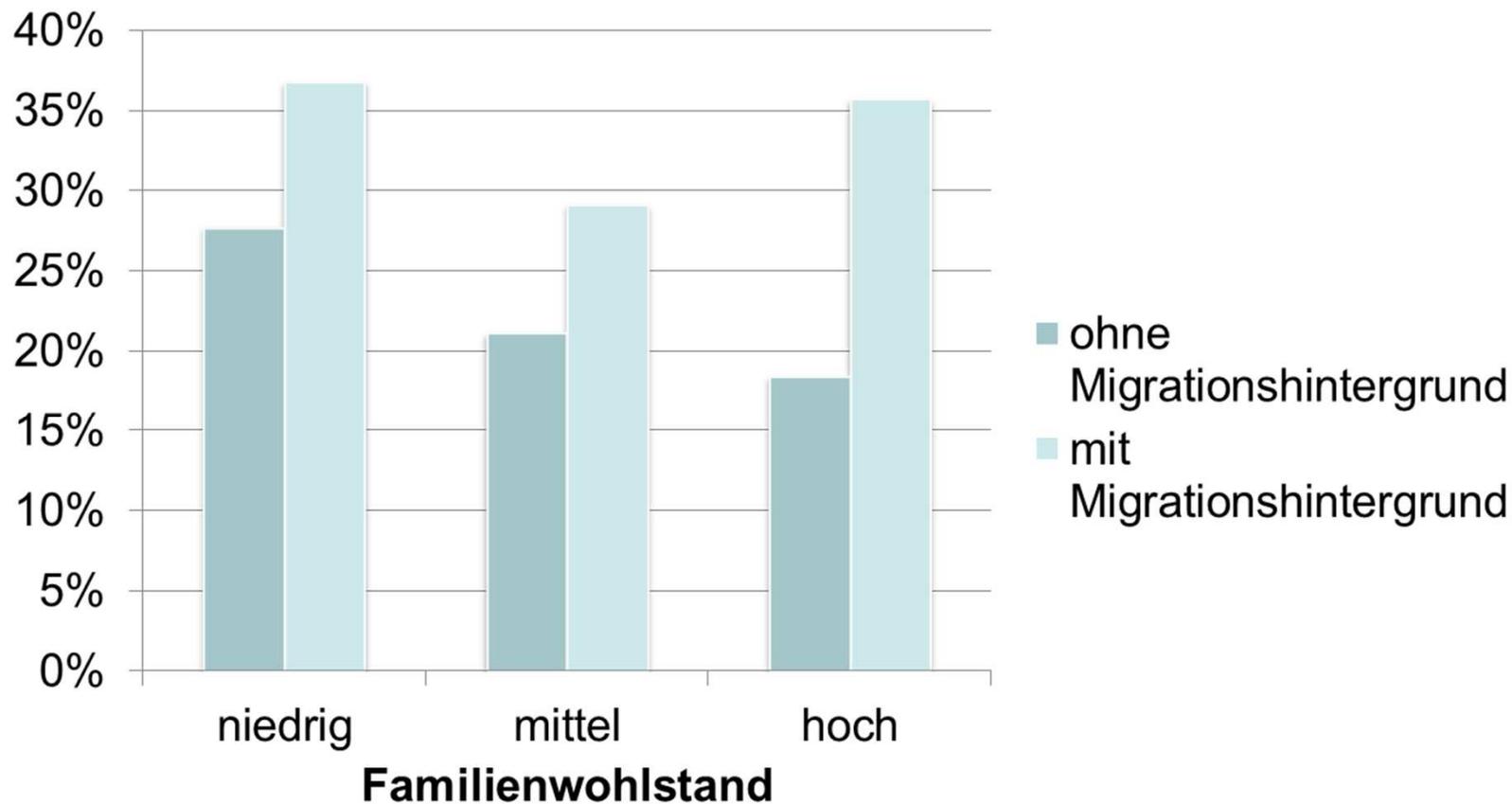
Aktuelle österr. Ergebnisse der HBSC-Studie für 11-17 jährige Schüler/innen

Lebenszufriedenheit (Mittelwerte)
0 (schlechtest mögliches Leben) bis 10 (best mögliches Leben)



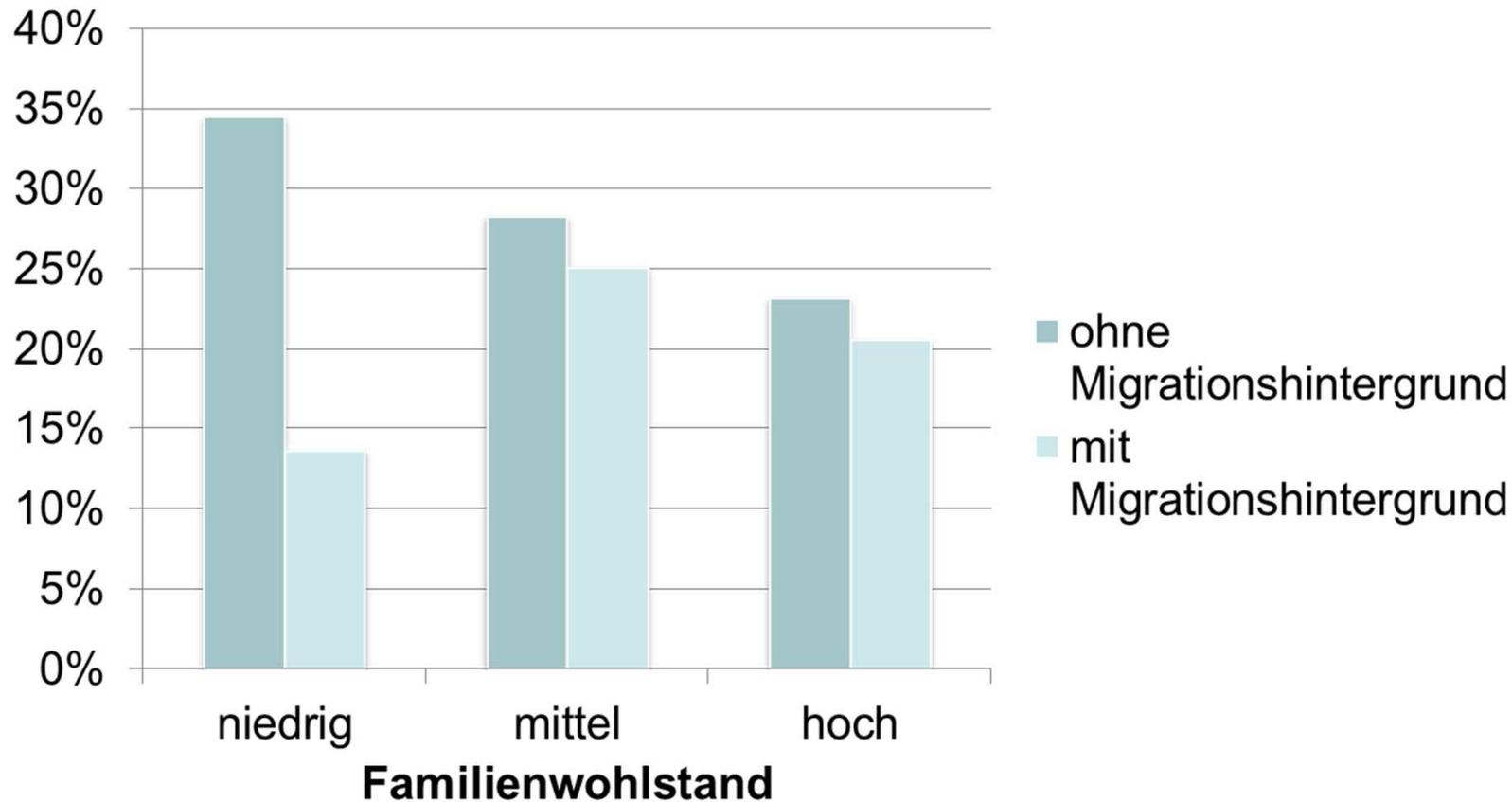
Aktuelle österr. Ergebnisse der HBSC-Studie für 11-17 jährige Schüler/innen

Relative Anzahl (%) der österreichischen Schüler/innen , die ein- oder mehrmals täglich **Softdrinks** konsumieren



Aktuelle österr. Ergebnisse der HBSC-Studie für 11-17 jährige Schüler/innen

Relative Anzahl (%) der österreichischen Schüler/innen , die gelegentlich oder täglich **Zigaretten rauchen**

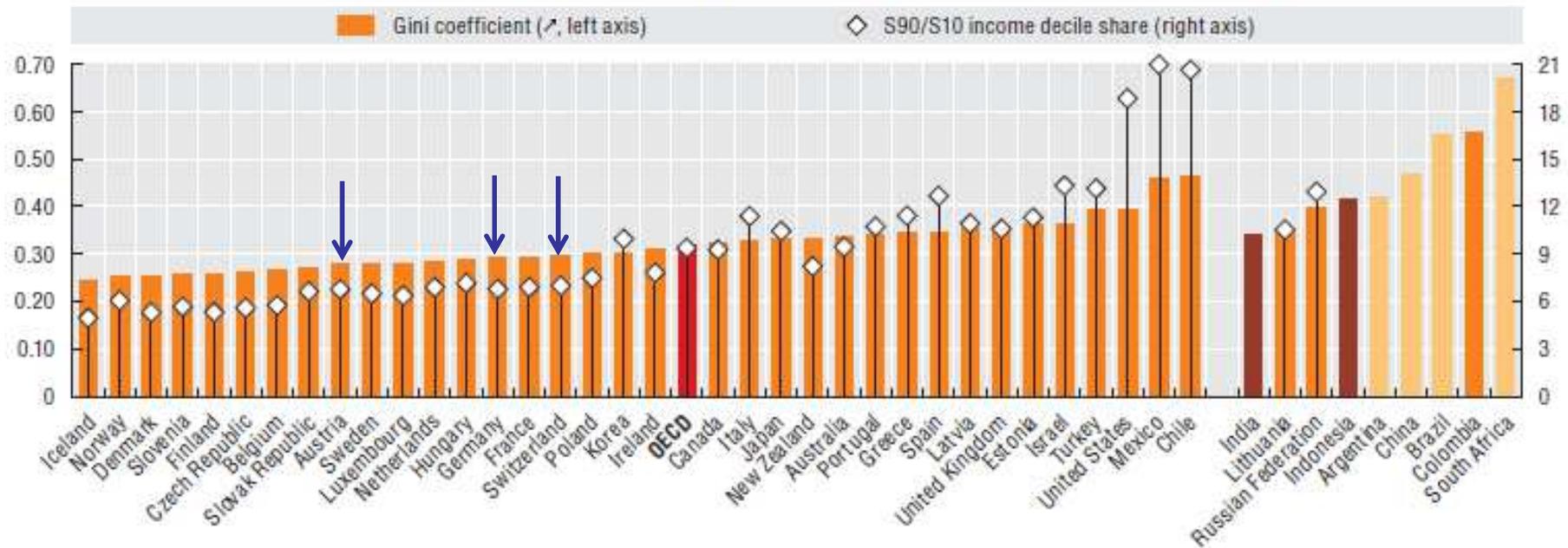




OECD-Publikation aus 2015, Kernaussagen:

- Income inequality increased in most OECD countries
- Inequality increased in good times, and it continued increasing in bad times
- The risk of income poverty has shifted from the elderly to the young
- Higher inequality drags down economic growth

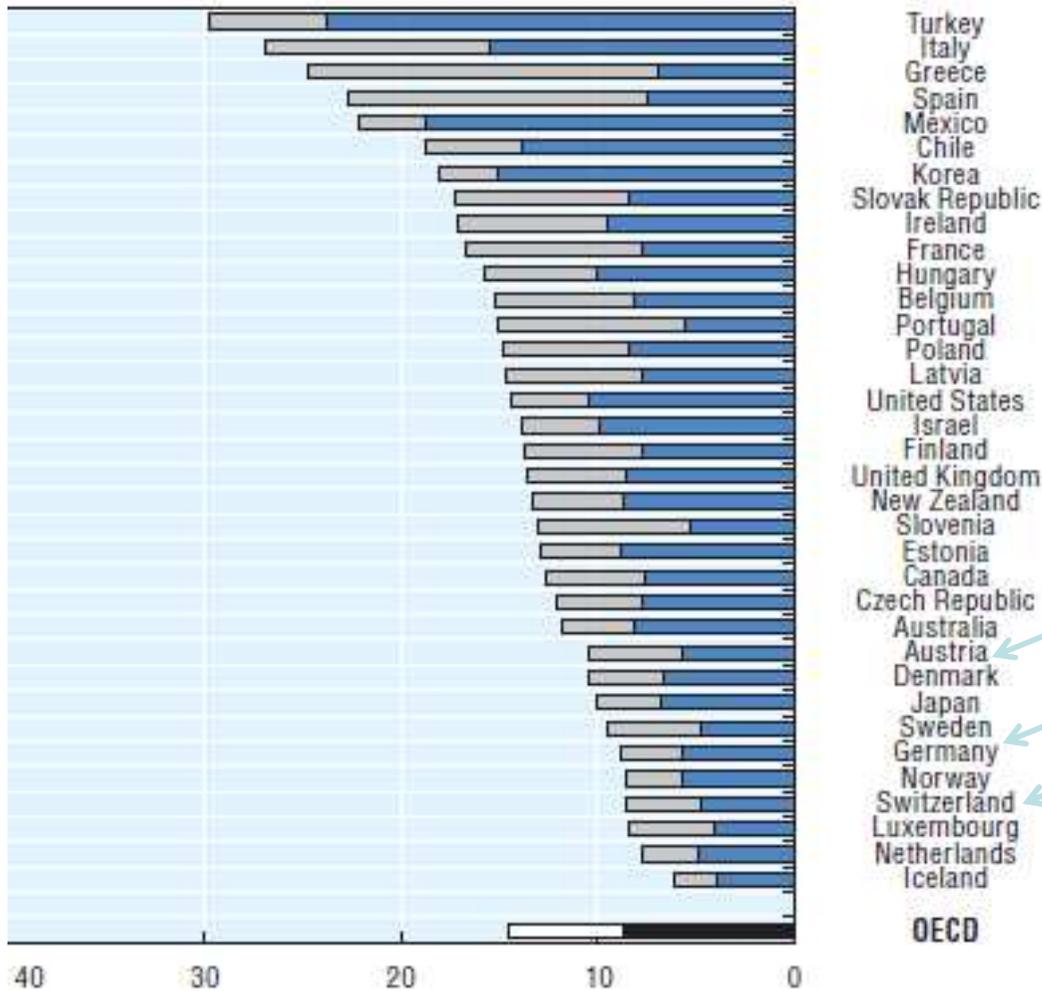
Gini coefficient of household disposable income and gap between richest and poorest 10%, in 2014 (or nearest year)



OECD-Ländervergleich zur Einkommens- und Vermögensverteilung (**GINI-Koeffizient**): **Österreich, Deutschland** und die **Schweiz** (Pfeile) sind relativ gerechte Länder (Balken) mit weniger großen Unterschieden zwischen den Ärmsten und den Reichsten (◇) als in den meisten anderen Ländern.

Aus: OECD (2016): Society at a Glance

Panel A. The share of NEETs as percentages of all young people



blau: inaktive NEETS
 grau: arbeitslose NEETS

NEETs-Raten

NEET = Not in Education, Employment or Training

Österreich, Deutschland und die **Schweiz** gehören zu den Ländern, in denen die NEETs-Raten geringer als in den meisten anderen Ländern sind (Pfeile).

In Österreich gibt es mehr arbeitslose junge Menschen als in Deutschland; die Schweiz hat die geringste Rate an NEETs von diesen 3 Ländern



Publikation der
Bertelsmann
Stiftung aus
2015

bildet Entwicklungen
seit der Wirtschafts-
krise 2008 ab

Social Justice in the EU – Index Report 2015

Social Inclusion Monitor Europe

Daniel Schraad-Tischler

sim europe
social-inclusion-monitor.eu

SGI Sustainable
Governance
Indicators

| BertelsmannStiftung

trifft auch für
Österreich und
Deutschland zu;
allerdings in weit
geringerem
Ausmaß als in
vielen anderen
Ländern

Schlagzeile von Ende Okt. 2015: **Soziale Gerechtigkeit in der EU: Kinder und Jugendliche sind die großen Verlierer**



PISA 2015 Ergebnisse

EXZELLENZ UND CHANCENGERECHTIGKEIT
IN DER BILDUNG

BAND I



Programme for International Student Assessment



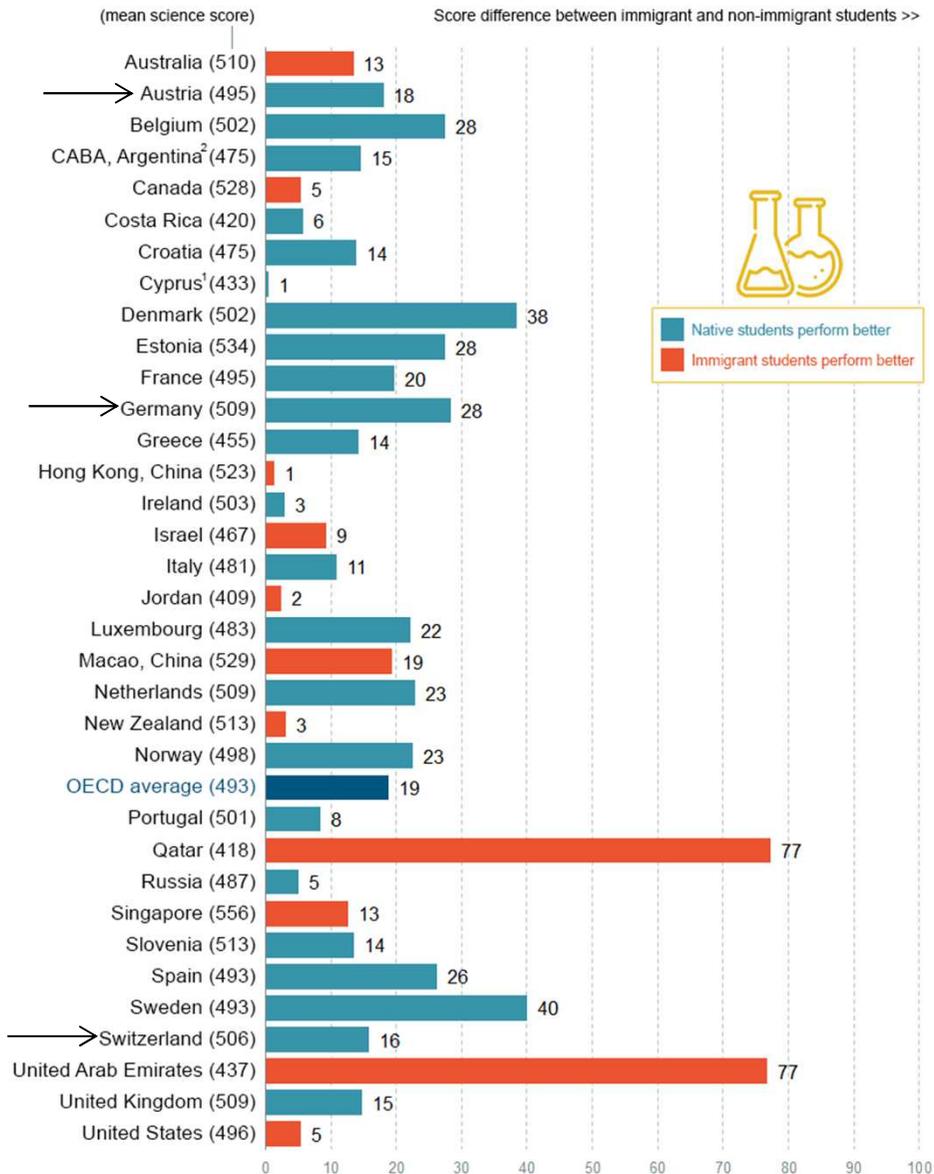
Aktuelle PISA-
Ergebnisse,
veröffentlicht am
6.12.2016

Leistungen in Lesen,
Mathematik und
Naturwissenschaften
der 15-Jährigen



PISA 2015 results

Immigrant vs native students' performance in science



Only countries where the share of immigrant students is above 6.25% (half the average across OECD countries) are shown. Data refer to difference in science performance between immigrant and non-immigrant students, after accounting for economic, social and cultural status and language spoken at home.

Leistungsunterschiede zwischen Schüler/inne/n mit und ohne Migrationshintergrund in den Naturwissenschaften

Blaue Balken: die Schüler/innen ohne Migrationshintergrund zeigen bessere Leistungen

Rote Balken: die Schüler/innen mit Migrationshintergrund zeigen bessere Leistungen

In **Österreich, Deutschland** und der **Schweiz** sind die Leistungen der Schüler/innen mit Migrationshintergrund schlechter – ebenso wie in allen anderen europäischen Ländern

Was wird zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit empfohlen?

Für Kinder und Jugendliche:

- Frühe Hilfen
- Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit
- Rechtsanspruch auf Kindergartenplatz bzw. verpflichtender Kindergartenbesuch
- Integrierte kommunale Strategien („Präventionsketten“)
- **Verankerung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten**
- **Bildungschancen steigern**

World Health Organization Ottawa Charter on Health Promotion

“Health Promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health.”



Five Health Promotion Actions:

- 1 Build healthy public policy
- 2 Create supportive environments
- 3 Strengthen community actions
- 4 Develop personal skills
- 5 Reorient health services

Wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist auf **Chancengleichheit** auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet.

Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches **Gesundheitspotenzial** zu **verwirklichen**.

Bewusstsein und politischer Wille dafür ist
in den deutschsprachigen Ländern durchaus vorhanden.

Österreichische Rahmengesundheitsziele

Ziel 2:
Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen



Empfehlungen zur
Chancengerechtigkeit in der
Gesundheitsförderung

Leitfaden

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Rezente Publikation der

Gesundheit Österreich
GmbH 

Kooperationsverbund GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Über den Verbund | Wir in den Ländern | Praxisdatenbank | Qualitätsentwicklung | Partnerprozess | Veranstaltungen | Service

Gesundheitsförderung ...

... bei Kindern und Jugendlichen

... bei Arbeitslosen

... bei Älteren

... im Quartier

... bei Geflüchteten



zu den
Arbeitshilfen



Newsletter
abonnieren

Sie sind hier: Startseite

Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland verbessern und die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten unterstützen - das sind die Leitziele des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten Verbund gehören 66 Organisationen an. Schwerpunktthemen des Verbundes sind Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen, bei Älteren und im Quartier, die zentrale Aktivität ist der kommunale Partnerprozess "Gesundheit für alle". Erfahren Sie mehr über den Kooperationsverbund und seine Aktivitäten unter...

[Videos](#) [Fachinformation](#) [Kooperationsverbund](#)

IM FOKUS

Gesundheitsförderung bei Geflüchteten

Themenblatt des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit

17.11.2016 – [Stefan Pospiech](#), Gesundheit Berlin-Brandenburg

Welche besonderen Herausforderungen an die Gesundheitsförderung und Prävention mit Geflüchteten gibt es? Wie können die Belange von Geflüchteten im Rahmen bestehender Präventionsketten aufgegriffen werden? In unserem Themenblatt werden die Ausgangslage und bestehende Zugangshürden zum Gesundheitssystem erläutert. Außerdem zeigen Beispiele, wie bereits bestehende Projekte für die Gruppe geflüchtete Menschen geöffnet werden können und wie eine Präventionskette für Geflüchtete aussehen kann.

Schlagwörter: *Forschung, Geflüchtete, Integration, Partizipation, Teilhabe*

[... weiter](#)

SCHWERPUNKTE UNSERER ARBEIT

 Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

INFORO



Hier gelangen Sie zu den Online Instrumenten des Partnerprozesses auf inforo online

[...weiter](#)

DOKUMENTE ZUM PRÄVENTIONS-GESETZ

Alle Dokumente rund um das neue Gesetz finden Sie hier

FÜR EIN GESUNDES LEBEN



Medicus Mundi Schweiz
Netzwerk Gesundheit für alle
Réseau Santé pour tous
Network Health for All

Schwerpunkte **Bulletin** Tagungen News Netzwerk

Website durchsuchen

MMS Bulletin #95 January 2005
♦ *Armut und Gesundheit*

Medicus Mundi Schweiz Netzwerk Gesundheit für alle

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Gesundheitliche Chancengleichheit muss prioritäres Ziel werden



Von Alex Schwank / Soziale Medizin

Die Vorstellung, persönliches Fehlverhalten sei für die meisten Krankheiten verantwortlich, ist fest in den Köpfen verankert. Gekoppelt ist diese Auffassung meist mit der Überzeugung, das persönliche Gesundheitsverhalten sei frei wählbar. Wer sich nicht den üblichen Verhaltensregeln anzupassen gewillt sei, schädige daher nicht nur seine eigene Gesundheit vorsätzlich, sondern verursache der Allgemeinheit auch erhebliche Kosten. Bei näherer Betrachtung erweist sich diese Sicht der Dinge ist jedoch als unzutreffend.

Joggen ist gesund und spart Gesundheitskosten, so zumindest eine weitverbreitete Meinung. Im Juli 2002 ging Präsident Bush zusammen mit Ehefrau Laura mit gutem Beispiel voran. Er joggte fünf Kilometer und rief seine Landsleute zu einer gesünderen Lebensweise mit ausgewogener Ernährung und mehr Sport auf.

"Jeder ist für seine Gesundheit in erster Linie selber verantwortlich", wurde 1982 auch als Grundsatz in die neue Baselbieter Verfassung aufgenommen. Mein Antrag, diesen Satz zu streichen, wurde von meinen Kolleginnen und -kollegen im Verfassungsrat deutlich abgelehnt.

In diesem Beitrag will ich zeigen, dass die einseitige Betonung der individuellen Verhaltensprävention zwar für Personen mit guter Bildung, hohem beruflichen Status und hohem Einkommen durchaus Sinn macht, dass sie aber für Personen aus unteren sozialen Schichten mit eingeschränktem Handlungsspielraum nicht viel bewirken kann. Der schlechtere Gesundheitszustand von Armen ist zudem nicht ausschliesslich durch risikoreicheres Gesundheitsverhalten erklärbar. Die Betonung der individuellen Selbstverantwortung wird zur Schuldzuweisung an die Opfer. Wirksame Prävention für die sozial Schwachen muss deshalb vor allem Verhältnisprävention sein, nämlich die Verbesserung ihrer sozialen Situation.

Verankerung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Gesundheitsförderung in Schulen

In Österreich stellt diese meist ein universelles Angebot und kein zielgruppenspezifisches (also z.B. nur für Kinder aus sozial schwachen Familien) dar.



Inverse Equity Hypothesis: Gesundheitspolitische oder – fördernde Maßnahmen sind prinzipiell zuerst in jenen sozialen Schichten wirksam, die sich ohnehin in einer besseren Ausgangslage befinden.

What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews

Theo Lorenc,¹ Mark Petticrew,¹ Vivian Welch,² Peter Tugwell²

erschienen 2012 im „Journal of Epidemiology and Community Health

Folgende gesundheitsförderliche Interventionen haben wahrscheinlich folgenden Effekt auf die Ungleichheit zwischen sozialen Gruppen:

vergrößern Ungleichheit	reduzieren Ungleichheit	keinen Effekt
Medienkampagnen, Folder /Infoblätter zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, z.B. zum Rauchen	direktive gesundheitsrelevante Maßnahmen am Arbeitsplatz; Erhöhung Zigarettenpreise	Warnungen auf Zigarettenpackungen; gratis Schulobst; Bewegung und gesundes Essen in der Schule

Schule

Präv Gesundheitsf 2014 · 9:16–21
DOI 10.1007/s11553-013-0414-1
Online publiziert: 21. November 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Felix Hofmann · Edith Flaschberger · Rosemarie Felder-Puig
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Wien, Österreich

Wirkung schulischer Gesundheitsförderung auf soziale Ungleichheit

Systematischer Review

Über universelle Angebote der schulischen Gesundheitsförderung und ihre ungleichheitssteigernden oder –reduzierenden Wirkungen

Als Indikatoren wurden in den Studien berücksichtigt:
Geschlecht, sozioökonomischer Status und Ethnie

Wirkung auf Ungleichheit	in Bezug auf	Thema der Angebote
erhöht Ungleichheit	Geschlecht	Ernährung, Bewegung
reduziert Ungleichheit	SES	Zahngesundheit
gemischte Ergebnisse	SES	Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Substanzkonsum
reduziert Ungleichheit oder kein Effekt	Ethnie	Ernährung, Bewegung

Erfolgsfaktoren für Reduktion der Ungleichheit

konsequente und langfristige Integration der Maßnahme in die Lebenswelt
Schule; Setting-übergreifend; kompensatorisch wirkend

Habitus (nach Elias & Bourdieu)

- Der individuelle **Habitus** eines Menschen, der sich in Auftreten, Geschmack, Sprache, Konsumverhalten, u.A. ausdrückt, sind verinnerlichte Gewohnheiten und Vorlieben, die Mitgliedern einer sozialen Gruppe gemeinsam sind
- Habitus ändert sich – zumindest kurzfristig – nicht

Welche Angebote der Gesundheitsförderung würden bei diesen jungen Menschen gut ankommen?



Gesundheitsförderung für Jugendliche / junge Erwachsene

Einige Grundregeln:

- Habitus berücksichtigen
- Nicht belehrend, nicht moralisierend, nicht langweilig!
- Fitness, gutes Aussehen und sich Wohlfühlen sind attraktiver als „Gesundheit“
- Anstrengungen müssen sich für die Betroffenen subjektiv lohnen
- Benefit der in der nahen Zukunft liegt, muss erkennbar sein

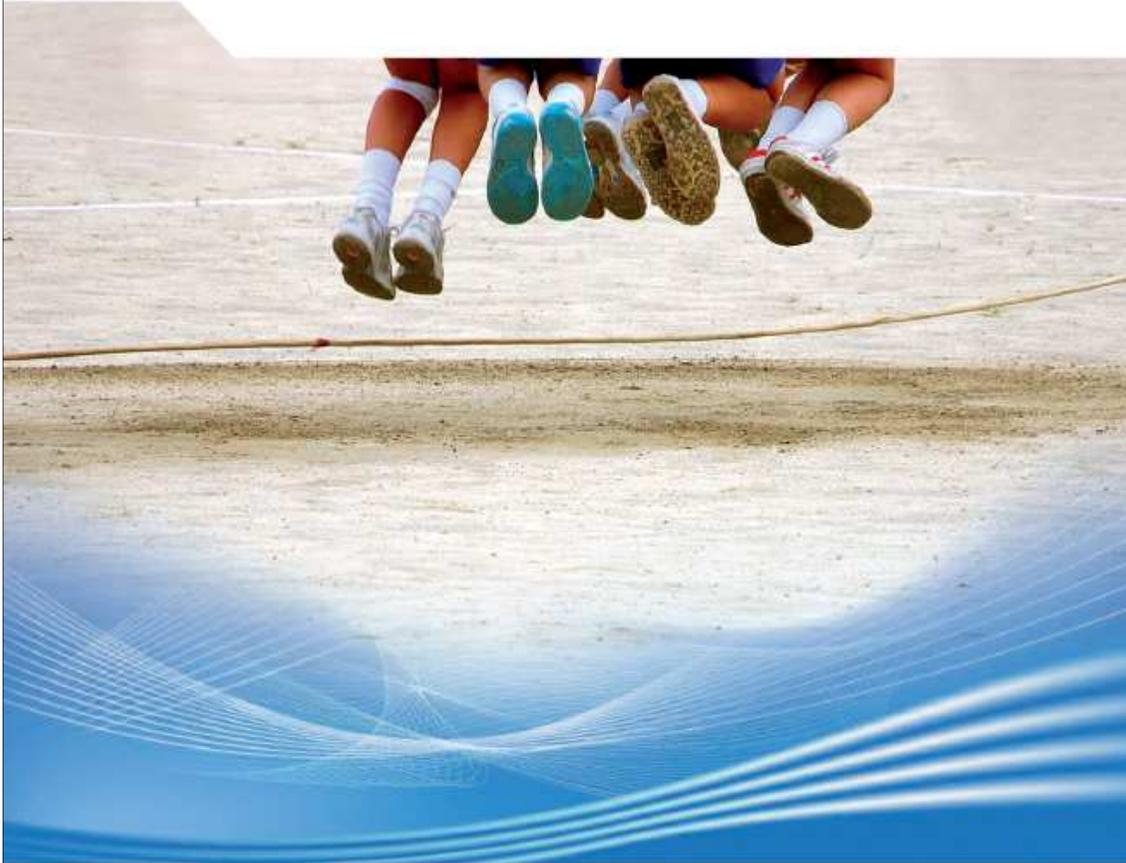
Capability Approach – „Befähigungsansatz“ in der Förderung junger Menschen (kommt aus der sozialen Arbeit), auch für Gesundheitsförderung zu empfehlen, speziell bei sozial Benachteiligten:

- Verbesserung von Verwirklichungschancen statt Konzentration auf Probleme, Defizite, Hemmnisse
- Abschied nehmen vom „Ich weiß, was gut für dich ist!“
- Wertschätzung und Anerkennung wichtiger als Aufklärung, gute Ratschläge, Motivations- oder Aktivierungsstrategien



Equity and Quality in Education

SUPPORTING DISADVANTAGED STUDENTS
AND SCHOOLS



**Bildungschancen von
sozial Benachteiligten
steigern**

Eine Aufgabe der
Gesundheitsförderung?

Schulische Gesundheitsförderung im Spannungsverhältnis gesundheitlicher Ungleichheit

- Schule als Produzentin und Reproduzentin gesundheitlicher Ungleichheit
- Denn Schule ist eingebettet in gesamtgesellschaftliche Ungleichheitsstrukturen und Aufgabe der Schule ist nicht nur Erziehung und Bildung, sondern auch Allokation und Selektion
- „Matthäus-Effekt“ in der Schule: *„Denn wer da hat, dem wird gegeben werden, und er wird die Fülle haben; wer aber nicht hat, dem wird auch, was er hat, genommen werden“.*

Maßnahmen (oder Hoffnungen) der Bildungspolitik

- individualisierter Unterricht, „Unterricht neu denken“, ...
- mehr Unterstützungspersonal (Förderlehrer/innen, Sozialarbeiter/innen, Psycholog/inn/en, ...)
- schulische Qualitätssicherungssysteme
- gratis Förderunterricht, Sprachkurse, Nachhilfe
- Hauptschule wird zur Neuen Mittelschule
- Gesamtschule
- Ganztagschule
- mehr Schulautonomie
-

begleitet von endlosen, tlw. ideologischen Debatten, mit unzähligen Bildungsexpert/inn/en (tatsächlich oder selbsternannt)

Womit kann Gesundheitsförderung unterstützen?

Bei der Verbesserung der atmosphärischen Aspekte in der Schule, den Beziehungen, dem Verhalten der Lehrer/innen gegenüber ihren Schüler/inne/n und umgekehrt.

Schulen mit einem hohen Anteil an Kindern oder Jugendlichen aus schwierigen Lebenslagen und/oder fremden Kulturen sind weniger an neuen Ernährungs- und Bewegungsprogrammen interessiert, sondern brauchen mehr Unterstützung in der **Beziehungsarbeit**.

... denn viele Schulabbrüche basieren (auch) auf Kränkungen, Respektlosigkeit, Negativprognosen, Beziehungslosigkeit, mangelndem Vertrauen.





Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist das anspruchsvollste Ziel in der Gesundheitsförderung. Ein relativ hohes Risiko zu scheitern und immer wieder neue Herausforderungen machen diese „Sisyphos“-Arbeit schwierig.

Albert Camus schließt sein Werk „Le Mythe de Sisyphe“ mit:

„Der Kampf gegen Gipfel vermag ein Menschenherz auszufüllen. Wir müssen uns Sisyphos als einen glücklichen Menschen vorstellen.“