



# Kinder- und Familienarmut in Deutschland

Prof. Dr. Raimund Geene, MPH – Hochschule Magdeburg-Stendal

Schon 1989 hat Richard Hauser den Begriff der „*Infantilisierung der Armut*“ geprägt (Hauser 1989), und seit Beginn der Kongressreihe zu Armut und Gesundheit 1995 sind die wachsenden sozialen und gesundheitlichen Probleme von Kindern breit thematisiert (Geene 2004). Erst in den letzten Jahren hat die Kinderarmut – bei der es ja genauer gesagt um die Armut von Familien mit Kindern, also eigentlich „*Familiarisierung der Armut*“ geht - endlich den Weg in das öffentliche Bewusstsein und auf die parteipolitische Agenda gefunden, wobei sich vor allem eine dramatische Kinderarmut im Osten Deutschlands zeigt. Doch die erfolgte Thematisierung ist durchaus ambivalent zu sehen. PISA-Schock, die schlechten Gesundheitschancen armer Kinder und die Fälle von Kindesverwahrlosung werden oft nicht als Alarmsignale einer sozial auseinander brechenden Gesellschaft diskutiert, sondern mit weiterer Verantwortungsverschiebung hin zu den Eltern beantwortet, wie schon Butterwegge et al. (2004) kritisieren und sich in den gesundheitspolitischen Strategien immer wieder ausdrückt (als Zusammenstellung: RKI/ BZgA 2008). Im folgenden Beitrag möchte ich skizzieren, in welchem kulturellen Spannungsverhältnis die Debatte steht, und Ansätze empathisch geprägter Familienförderung aufzeigen.

## Gesundheitsgefahr Armut

Wenn wir uns der Frage der Kindergesundheit in Deutschland unbefangen nähern, erscheinen zunächst die Fakten: Kinder sind in Deutschland die gesündeste Bevölkerungsgruppe, und ihre Aussicht auf ein langes, gesundes Leben ist so gut wie nie zuvor in der Geschichte der Menschheit<sup>1</sup>. Junge Eltern und insbesondere (werdende) Mütter können heute voller Zuversicht ihrer Familiengründung entgegen sehen. Nie zuvor war die Kinder- und Müttersterblichkeit so gering wie heute. Und nie zuvor hatten Kinder und ihre Eltern derart gewaltfreie, man könnte fast sagen: friedliche Zukunftsperspektiven.

Doch gleichzeitig sind noch nie so viele Kinder in Deutschland in Armut geboren. Wie passt die Ausgangssituation mit den gesellschaftlichen Problemen zusammen? Und was bedeutet es, wenn die soziale Lage gerade mit Begriffen wie „*Unterschicht*“ oder „*Prekariat*“ als neue Sau durchs Medien-Dorf getrieben wird?

Dahinter stehen erste Anzeichen einer gesellschaftlichen Einsicht über die Benachteiligung der Kinder, die zu Sorgen Anlass gibt. Kinder statt Job und daher Armutsrisiko oder Karrierehindernis, Übergewicht von Kindern wegen Bewegungsmangel in der autogerechten Stadt, Probleme von Gewalt

---

<sup>1</sup> Tatsächlich spiegelt sich dies auch in der Selbstwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen: je nach Altersgruppen bezeichnen zwischen 85 und 97% ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein (RKI 2007).

und Vernachlässigung und zu guter Letzt die Bildungsmisere werden schlaglichtartig beleuchtet. Geführt wird die Debatte nicht nur in den kleiner werdenden Kreisen der Eltern und Familien, sondern auch darüber hinaus - ist sie doch auch im Interesse der kinderlosen Generation einer mutmaßlich „*kinderentwöhnten Gesellschaft*“ (Schirmacher 2006), fürchtet diese doch um die eigene Rente.

Mit Maßnahmen wie dem neuen Elterngeld, besserer Kleinkindbetreuung und Bildungsförderung schon im Vorschulalter soll die Lage von Kindern und Eltern verbessert werden. Ob dies jedoch Wirkung zeigt, kann bislang nur bedingt beantwortet werden, etwa aus der Perspektive einzelner Fachdisziplinen wie der Pädagogik (die für ein Mehr an Pädagogik eintritt), der Pädiatrie (hier werden Vorsorgeuntersuchungen als Schlüssel gesehen) oder der Psychologie (die aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie argumentiert). In der Binnenlogik der Fachdisziplinen herrschen jeweils die eigenen Wertesysteme, und diese sind anbieter- und nicht nutzerzentriert. Nutzerzentriert wäre die Frage: Wie steht es um die Selbstwahrnehmung der Eltern und insbesondere auch der Kinder? Welche Interessen verfolgen sie, welche Schwerpunkte setzen sie?

Schon im Ansatz zeigt sich hier die Problematik, dass eine gebündelte Perspektive nicht nur fehlt, ihr wird sogar implizit die Berechtigung abgesprochen. Denn wie alle Fachdisziplinen ihren eigenen Gesetzen folgen, so sehen auch die kindheitsbezogenen sich selbst als Maßstab. Pädagogische, psychologische oder medizinische Anforderungen werden als Parameter der Beschreibung des Zustandes der Kinder und Jugendlichen genommen. Kinder werden noch immer kaum als selbstständige Personen wahrgenommen, sondern als zu betreuende. Solch wohlmeinender Paternalismus übersieht aber die Vielfalt kindlicher Sozialisationsprozesse und die unterschiedlichen Möglichkeiten, sich dieser zu stellen. Sie geht aus von einem eher mittelständischen Blick, der die subjektiven Rationalismen von Kindern oder auch Eltern, die gerade in sozial benachteiligten Lebenslagen als unselbstständig und erziehungsunfähig diskreditiert werden, nicht zu verstehen mag.

## **Soziale Belastung statt sozialer Unterstützung**

Das in (West-)Deutschland dominierende Bild der bürgerlichen Familie sieht die Mutter weiterhin als Betreuerin ihrer Kinder, als Nachhilfelehrerin, Chauffeurin durch die Stationen einer verinselten Kindheit und Spielanimateurin im eigenen Garten hinterm Reihenhäuser. Allen Emanzipationsbestrebungen zum Trotz und ungeachtet der angedachten Frauenerwerbsförderung stagniert die Pädagogik ebenso wie Pädiatrie, Prävention oder die Kinder- und Jugendsozialarbeit bei dem antiquierten Bild. So wird die Unterstützung der Eltern für die Konzepte der Fachleute unhinterfragt vorausgesetzt. Die völlig anderen Realitäten der sozial Benachteiligten, die Mentalitäten und kulturellen Ziele sozial Benachteiligter spielen in dieser Konzeption keine Rolle. Wie junge Frauen ohne Hauptschulabschluss die Hausaufgabenbetreuung ihrer Kinder übernehmen, wie Mehrfachmütter in vom Sozialamt finanzierten kleinen Mietwohnungen die Botschaften zur Unfallprävention umsetzen, wie Migrant/innen ihre Ernährung auf die Optimierte Mischkost umstellen, wie die arbeitslosen Eltern die vermeintlichen Diagnosen des Kinderarztes ob der befürchteten Entwicklungsrückstände nicht als weitere Demütigung der Gesellschaft empfinden, wie junge Mütter den Spagat ihrer Identitäten

zwischen jugendlichen Subkulturen und Mütterlichkeitsanspruch hinbekommen – all diese existenziellen Fragen sind noch nicht angekommen in den Programmen zur Prävention von Verwahrlosung und zur Förderung des Humankapitals.

Die bürgerliche Illusion der schönen Kindheit stößt auf ein besonderes Paradox: Gerade die Mittel- und Oberschichten, die die (ver)öffentlich(t)e Meinung repräsentieren, leiden unter dieser von Frank Schirrmacher (2006) beschriebenen „*Kinderentwöhnung*“. Doch gleichzeitig prägen sie die Bilder und Anforderungen einer Kindheit, der sie sich in ihren eigenen Lebenswelten bereits weitgehend entledigt haben. Den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die – wie beispielsweise türkische Familien oder auch die aus Russland ausgesiedelten – weiterhin Kinder bekommen und dies in fast unveränderter Anzahl, wird das bildungsbürgerliche Kindheitsbild hingegen übergestülpt. Diese Diskrepanz zwischen erlebter Realität und bürgerlichem Anspruch setzt nicht nur die sozial benachteiligten Eltern, sondern auch die Kinder unter enorme Spannung und ist letztendlich kaum auflösbar.

Gleichzeitig scheint Handlungsbedarf angezeigt durch die jüngsten Fälle von Kinderverwahrlosung. So sehr das gewachsene öffentliche Bewusstsein darüber zu begrüßen ist, muss gleichzeitig festgestellt werden, dass Verwahrlosung – früher sprach man von „Devianz“ – schon immer existiert hat: die Kindern und Jugendlichen zugeschriebene Abweichung des Idealbildes ist ein jahrhundertealtes Bild, ursprünglich gar davon ausgehend, dass Kinder und Jugendliche per se schlecht und verwahrlost seien, bis sie in engmaschigen Kontrollen von Heimen und Militär diszipliniert werden (Schilling 2005). Tatsächlich stellt der Kriminologe Christian Pfeiffer (2005) in seinen Studien heraus, dass Verwahrlosung nicht zunimmt, sondern sogar rückläufig ist. Grund dafür ist vor allem, dass die noch vor 30 Jahren weit verbreitete Gewalt in den Familien stark abnimmt, ausgelöst nicht durch Repression, sondern durch gesellschaftliche Lernprozesse. Doch gerade hier stellt sich dem (bürgerlichen) Westen der (proletarische) Osten als ideale Projektionsfläche – ein Klischee, das selbst ostdeutsche Politiker wie der ehemalige Brandenburgische Innenminister Schönbohm oder jüngst in der Diskussion um Schwangerschaftsabbrüche auch Sachsen-Anhalts Ministerpräsident Böhmer all zu leichtfertig bedienen.

## **Kinderarmut in Ostdeutschland**

Auch wenn Bremerhaven eine fast ähnlich hohe Quote hat – Görlitz und Hoyerswerda nehmen mit jeweils über 40 % von Kindern, die von ergänzenden Sozialtransfers leben, die bundesweite Spitzenstellung ein, folgt man dem in den Medien breit zitierten Gutachten des Bremer Instituts für Arbeitsmarkt- und Jugendforschung von 2006. Allerdings ist Armut nicht nur im Bezug von Hilfeleistungen festzumachen, sondern wird vor allem an ihren Folgen in Bildung, Gesundheit und sozialer Situation deutlich. Hier zeigt sich: viele Kinder in Armut haben keinen regulären Schulzugang, und umgekehrt geht mit hohem sozialen Status eine deutlich höhere Empfehlungschance für das Gymnasium einher (Hutsch 2009). Während Kinder aus dem oberen Einkommensfünftel der Gesellschaft mit einer Wahrscheinlichkeit von gut 90 % zu einem Fachhochschul- oder

Universitätsbesuch gelangen, sind es nur 11 % aus sozial schwachen Familien (unteres Fünftel). Hier wird normgerechtes Verhalten schlechter erlernt, entsprechend fallen arme Kinder auf durch geringere Frustrationstoleranz, weniger Selbstwertgefühl und problematisches Gruppenverhalten, was neben schlechten Schulnoten auch soziale Ausgrenzungen befördert.

Ausführlich sind diese Entwicklungen in der erste Langzeitstudie zur Kinderarmut (1997-2004) dargestellt, die durch das Frankfurter Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt erstellt wurde (Holz 2005), klar belegt auch durch die Ergebnisse des ersten bundesweiten Kindergesundheitssurveys kiggs (RKI 2007) und hier insbesondere das BELLA-Modul zur psychischen Gesundheit (Ravens-Sieberer et al. 2007). Ausgewiesen ist hier eine Zunahme von Armut, wobei bundesweit jedes 7. Kind und in Sachsen-Anhalt sogar jedes vierte bis fünfte Kind betroffen ist.

Wie bei allen Phänomenen zeigt sich dabei: prinzipiell stellen sich die Fragen für West- und Ostdeutschland gleich, doch sind sie in Ostdeutschland von stärkerer Ausprägung. Eine starke Korrelation besteht beispielsweise mit der in Ostdeutschland deutlich höheren Zahl der allein Erziehenden. Als Vermeidungsmöglichkeit des intergenerationalen Armutszirkel (Abbildung) (Altgeld et al. 2006) gelten Strategien der Ressourcenstärkung nach dem Modell der Salutogenese (Antonovsky 1997). Hier geht es um die Fragen von Bewältigungsformen und Konfliktlösungen, wobei insbesondere elterliche Bewältigungsverhalten und soziale Integration im Mittelpunkt stehen.

Doch Armut führt auch zum Raubbau an elterlichen Ressourcen, Familienaktivitäten (gemeinsames Essen, Hausaufgaben machen usw.) werden dadurch blockiert und im Ergebnis erscheint das Problem der elterlichen Überforderung. Umgekehrt haben arme Kinder mehr Entscheidungsspielräume, die sich jedoch all zu häufig auch als Pflichten erweisen, vor denen sie kapitulieren, z. B. beim Hausaufgabenmachen. Mitunter müssen arme Kinder auch früh Verantwortung übernehmen, gerade auch bei Krankheit der Eltern. Die ostdeutsche Problematik des Wegzugs wiegt hier mehrfach schwer: einmal sind es vor allem die ländlichen Regionen, die unter dem Bevölkerungsschwund leiden, obgleich das Problem der Kinderarmut wegen der vorhandenen sozialen Netze hier deutlich schwächer ausfällt als in den Städten (Reißlandt 2006). Andererseits sind es insgesamt vor allem die Frauen und vor allem solche mit höherer Bildung, die nach Westdeutschland ziehen und zur Stabilisierung der Strukturen gut gebraucht werden könnten (Dienel 2005).

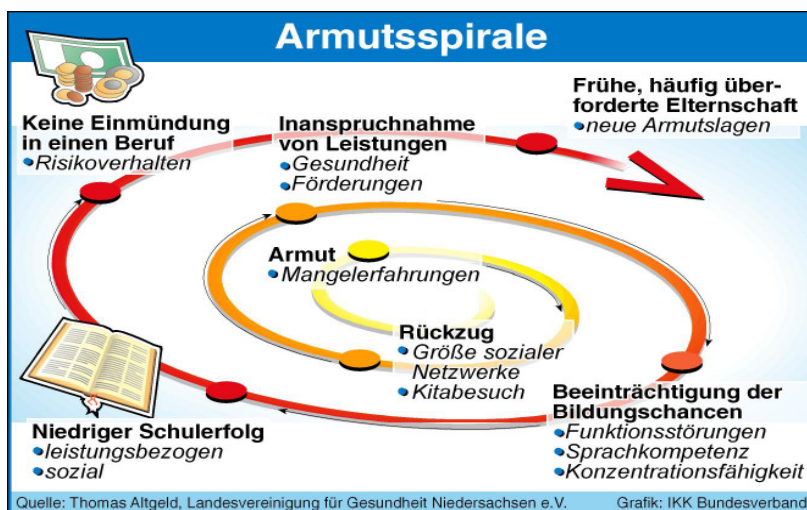


Abb: Armutszirkel entnommen aus: Diskussionspapier „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Friedrich Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Sozialpolitik, Bonn, April 2006 (hier zitiert als Altgeld et al. 2006)

In einem Lehrforschungsprojekt an der Hochschule Magdeburg-Stendal werden gegenwärtig die spezifischen Belastungen und Sichtweisen junger benachteiligter Mütter auf die soziale und gesundheitliche Versorgung in Stendal und der umgebenden Altmark (Wolf-Kühn/Geene 2009) untersucht. Bislang können wir unsere Beobachtungen nur in Form von Hypothesen darstellen, die wir im Laufe unseres Projektes zu verifizieren versuchen. Auffällig scheint uns zunächst die Allgegenwärtigkeit von Kinderarmut in diesem weitgehend ländlich strukturierten Bereich. Die Armutsspirale wird wenig versteckt, sondern vergleichsweise offen dargestellt, was prinzipiell gute Ansatzpunkte für eine sozialemanzipatorische Bearbeitung bietet. Im Rahmen einer Diplomarbeit an unserem Fachbereich (Pfausch 2007) konnte jedoch ermittelt werden, dass die Autoritätsfixierung junger Mütter stark ausgeprägt ist. Zumindest den Angaben nach wird den Ärzten besonders eine hohe Bedeutung beigemessen, wenn gleich ihr Aufsuchen eine erhebliche Hürde darstellt.

Gewünscht wird mitunter auch leicht konsumierbare, niedrigschwellige Information, gerade die RTL-Serie „Die Super-Nanny“ trifft dieses Bedürfnis offenbar gut. Die in diesen Sendungen oft verzerrende und diskriminierende Darstellung der Mütter wird dabei nicht übersehen, vielmehr werden die pädagogischen Methoden als Unterrichtsmaterial für die eigene Erziehung verstanden, der es an Vorbildern zu mangeln scheint. Hier zeigt sich das von Westdeutschland schon aus den 80er Jahren bekannte Phänomen der intergenerativen Brüche, wegen derer junge Mütter oft auf die Hilfe der Großmütter verzichten (müssen). Gerade die Präsenz der Omas und Ur-Omas war ein stabilisierendes Phänomen, das auch in der Nach-Wende-Zeit Ostdeutschlands gegriffen hat. Inwieweit dieser protektive Faktor im Abnehmen ist oder möglicherweise schon auf dem schlechten Ausgangsniveau Westdeutschlands angekommen ist, darüber kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. In jedem Fall fehlt in der intergenerativen Folge aber vor allem der Wohlstand der westdeutschen Mittelschichten, die hier einen wesentlichen Finanztransfer an ihre Kinder und Enkel möglich machen

(Dienel 2002). Inwieweit aber dennoch von diesem westdeutsch orientierten Mittelschicht-Bild in Erziehung und Versorgung ausgegangen wird, ist Thema des folgenden Abschnittes.

## **Bürgerlich geprägtes Versorgungssystem**

Welche Unterstützung liefert das Versorgungssystem in der Phase der frühen Kindheit? Die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt werden zunächst von den Eltern aller sozialen Schichten wahrgenommen. Während Mittel- und Oberschichten die Ratschläge des Kinderarztes zumeist gut aufnehmen und umsetzen können, fühlen sich sozial Benachteiligte vielfach nicht verstanden und akzeptiert, die Tipps und Anweisungen sind mit ihrer Lebensrealität oft nicht vereinbar (Meurer/Siegrist 2005 sowie Wolf-Kühn/Geene 2009).

Tatsächlich ist die Unterstützung junger Eltern anbieterseitig von einer unüberschaubaren Flut von Botschaften und Informationsmaterial für junge Mütter gekennzeichnet. Die jeweiligen Hinweise betreffen Bewegung, Ernährung und Stillförderung, ergonomische Fragen, Sicherheitsfragen hinsichtlich Unfallprävention und plötzlichem Kindstod, Bekleidung, Impfen, Karies- und Vitamin D-Prophylaxe, Phänomene wie Schreibabys und Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADHS) und vieles mehr. Auch die Absender der Botschaften sind schwer einzuschätzen, vermischen sich doch gesundheitliche oder medizinische mit eher gewerblichen Interessen, wie sich am Beispiel der gesponsorten „*Starterpakete*“ bei Entlassung aus der Entbindung mit Schnuller und Zufütternaehrung exemplarisch zeigt. Nachgerade grotesk ist es hier, dass in der Gesundheitsberichterstattung zeitgleich skandalisiert wird, dass 75% der Kinder in Deutschland nicht ausreichend gestillt werden, weil man hier von dem hohen Maßstab der von der Nationalen Stillkommission geforderten sechsmonatigen Phase vollen Stillens ausgeht (RKI/ BZgA 2008).

Wie ist es zu erklären, dass das Gesundheitswesen Schwangeren und jungen Eltern derart diffus begegnet? Fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz, die Flut der Verhaltensbotschaften zu klassifizieren und zu priorisieren? Oder mangelt es der Wissenschaft an Einfluss, ihre Erkenntnisse gegen gewerbliche Interessen durchzusetzen? Oder fehlt es vielleicht der gynäkologischen und pädiatrischen Praxis grundsätzlich an Bewusstsein über die vermittelten Ambivalenzen? Es ist zu befürchten, dass alle drei Fragen bejaht werden müssen.

Auch in der weiteren kinderärztlichen Karriere ihrer Kinder erleben Eltern ähnliche Verunsicherungen, wie die enormen regionalen Unterschiede in der Diagnostik des ADHS zeigen: Während in Mecklenburg-Vorpommern nur 0,4 % der Kinder zwischen 6 und 14 Jahren entsprechende Medikamente verschrieben bekommen, liegt die Behandlungshäufigkeit in der Region Würzburg bei den 9- bis unter 12-jährigen Jungen bei 9,5 %, bei den 12- bis unter 15-jährigen Jungen in der Region Koblenz sogar bei 11,8 % (Glaeske/Janhsen 2002). Bundesweit werden rund 30 % der verordneten Methylphenidatmenge (Arzneistoff mit anregender Wirkung auf das Nervensystem) von nur 66 Ärzten rezeptiert - die weiteren 70 % werden von 4.008 Ärzten verschrieben (ebd.). Auch hier

mangelt es an Evidenzen, an Leitlinien und einer entsprechenden Überprüfung, und vor allem an Bewusstsein über die sozialen Implikationen gesundheitlicher Hilfen.

## **Vorsorgeuntersuchungen als Pflichtmaßnahme?**

Auf diesem Hintergrund befremdet es besonders, wenn sich auch Gesundheits- und Sozialforscher wie Klaus Hurrelmann für Zwangsmaßnahmen bei jungen, sozial benachteiligten Müttern aussprechen. In Anbetracht der eklatanten Qualitätsmängel der fachlichen Unterstützung – und anders ist diese Diskrepanz zwischen psychosozialen Unterstützungsbedarf und medizinischer Leistungserbringung nicht zu bewerten – reagieren Eltern wie alle kritischen Konsumenten: Sie verzichten auf die weitere Inanspruchnahme. Diese mangelnde Bereitschaft ist ihr gutes Recht und im Übrigen auch eine legitime Antwort auf ein diffuses Sammelsurium moralischer Verhaltensbotschaften und Warnungen zu Ernährung und plötzlichem Kindstod, Vitaminen und Impfungen, Prophylaxen und Therapien. Für die Sozial- und Gesundheitsversorgung sollte es Anlass sein, die eigene Leistungserbringung rund um die zentrale, aber auch äußerst kritische Lebensphase der Geburt und des Kleinkindalters grundsätzlich in Frage zu stellen. Es bedarf noch eines langen Weges, die Leistungen den Anforderungen anzupassen – selbst die ersten Schritte auf diesem Weg sind kaum zu erkennen, denn immer wieder dominiert die ordnungspolitische Orientierung: Wird ein Verwahrlosungsfall skandalisiert, müssen politisch und administrativ Verantwortliche mitunter persönliche Konsequenzen ziehen, weil die Kontrolle versagt habe. Die systematische Unterversorgung mit präventiven Angeboten hingegen wird in Sonntagsreden beklagt, der ursächliche Zusammenhang hingegen ignoriert, die Verantwortung nicht realisiert.

Dass dies nicht allein ein bundesdeutsches Problem ist, zeigt die von Meurer und Siegrist (2005) für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erstellte internationale Überblicksstudie zu Determinanten der Inanspruchnahme. In Skandinavien und anderen Ländern ist die Versorgung inzwischen stärker auf die Problemlagen der jungen Mütter und Väter und ihrer schwierigen sozialen Situation abgestimmt, mit höherer Betreuungsdichte und lebensnäheren Unterstützungssystemen.

Aktuell gibt es in Sachsen-Anhalt erste Ansätze mit Familienhebammen (Paul/Backes 2009), den Eltern-AGs (Armbruster/Schlabs 2009) oder dem Projekt „ELAN“ (Lehmann et al. 2007)). Diese Programme und Projekte verstehen sich als niedrigschwellige Unterstützungsangebote, in denen die Lebensrealität der jungen Familien zum Ausgangspunkt genommen wird und in der Folge eine Selbstorganisation unterstützt wird. In der professionellen Arbeit mit und für Kinder und Eltern muss ein solches empathisches, Empowerment förderndes Konzept etabliert werden, um fachlichen Ansprüchen der Förderung des Kinder- und Elternwohls gerecht zu werden.

Welche Rolle können die Kinderärzte in einem solchen Konzept einnehmen? Zunächst einmal müssen sie die ihr bereits in einigen Bundesländern aufgetragene Kontrollfunktion strikt von sich weisen. Unterstützung und Kontrolle passen nicht zueinander! Gleichwohl zeigt eine Untersuchung zu Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, dass es gerade bei den Projekten ein großes Interesse gibt, mit niedergelassenen Ärzten zusammen zu arbeiten (Walter

et al. 2005). Kinderärzte müssen sich mit der Ambivalenz der neuen Lebenssituation junger Eltern vertraut machen und ihre eigenen professionellen Grenzen erkennen. Sie sind aufgefordert, sich mit den Unterstützungsstrukturen vor Ort vertraut zu machen und ihren privilegierten Zugang zu Eltern in schwierigen Lebenslagen zu nutzen, um Unterstützungen zu vermitteln, die jungen Familien wirklich nutzen (Geene 2009).

## **Projekte der frühkindlichen und familiären Stärkung**

Dass es solche Unterstützungsstrukturen gibt, zeigt die Vielfalt der Projekte, die sich in der Datenbank „*Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*“ ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) abbilden. Von den dort eingestellten 1.000 Projekten in ganz Deutschland sind bereits einige als so genannte „*Good Practice*“ identifiziert, die beispielhaft Wege der Unterstützung aufzeigen. Bereits angesprochen wurden hier die Magdeburger „*Eltern-AGs*“ (Armbruster/Schlabs 2009), in denen Mütter und Väter mit fachlicher Anleitung zu Selbsthilfegruppen zusammengeführt werden. Ziel ist nicht die Belehrung der Eltern, sondern vielmehr die Stärkung ihrer elterlichen Intuition. Es geht von einem positiven Elternbild aus, wissend, dass alle Eltern sich ein glückliches familiäres Zusammenleben wünschen und dabei Handlungsmuster entwickeln, die ihren sozialen Bedingungen entsprechen. Mit der Eröffnung weiterer Handlungsperspektiven durch die fachlichen Mentoren und der Knüpfung eines Netzwerkes mit anderen jungen Eltern wird diese Grundbedingung konstruktiv aufgegriffen und geformt. Ähnlich problemnah und niedrigschwellig arbeitet das Flensburger Unterstützungsprojekt „*Schutzengel*“ (Lehmann et al. 2007), das auf Grund seines durchschlagenden Erfolges nun in allen Landkreisen Schleswig-Holsteins eingeführt wird. Auch das Hamburger Familienprojekt Adebar (ebd.), 2006 mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet, sieht seine Aufgabe vor allem in der vorurteilslosen Unterstützung junger Eltern.

Allen Projekten ist gemeinsam, dass sie unkonventionelle Wege suchen, Eltern anzusprechen und ihre Interessen aufzugreifen. Zentral dafür ist der Ansatz des Communitybuildings, mit dem überhaupt erst Möglichkeiten zur Kommunikation junger Eltern und damit erste Grundlagen für Entwicklungsprozesse geschaffen werden. Statt weiterer paternalistischer Betreuung, der sich viele junge Eltern nach Schulende und Trennung aus dem eigenen Elternhaus gerade erst entzogen haben, setzen diese Projekte auf eine Stärkung elterlichen Selbstbewusstseins und elterlicher Intuition. Dabei werden die Eltern in ihrem individuellen Lebensstil nicht bewertet, sondern die jeweilige Subjektivität wird zum Ausgangspunkt der Gemeinschaftserfahrung. Ganz im Sinne der Ottawa-Charta: Jede Mutter, jeder Vater ist zunächst Experte des eigenen Alltags.

Die unterschiedlichen sozialen und kulturellen Realitäten als positiven Ausgangspunkt zu setzen ist das zukunftsweisende Konzept des Diversity-Managements, das in Deutschland insgesamt noch wenig angekommen ist. Zahlreiche Beispiele aus England, Holland, Frankreich oder Belgien zeigen das Potenzial dieser Strategie, gerade auch in der sozialen und gesundheitlichen Begleitung junger Eltern. Hier versteht sich die Unterstützungsarbeit als Inklusion, also als aktives Kennenlernen der elterlichen Wünsche und Ziele. Diese aufzugreifen und zu unterstützen ist die Aufgabe sogenannte „*Early*



*Excellence Center*“, eine Mischform aus Kita und lokalen Familienzentren. Der Einstieg in die Center erfolgt nicht als Information über die Hausordnung, vielmehr befragen die Erzieher/innen und Sozialarbeiter/innen die Eltern über ihre Erziehungsziele und arbeiten in der Folge daran, die Eltern bei der Umsetzung zu unterstützen.

Auch wenn eine solche Herangehensweise in Deutschland noch utopisch erscheint, sollte sie doch dazu dienen, der weiteren Entwicklung gesundheitlicher und sozialer Unterstützung junger Familien als Orientierung zu dienen – gerade auch in der schwierigen Situation des tief greifenden sozialen Wandels in Ostdeutschland.

## Literaturverzeichnis

- Altgeld, T./Geene, R./Glaeske, G./Kolip, P./Rosenbrock, R./Trojan, A., (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich Ebert-Stiftung. Bonn.
- Antonovsky, A., (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Armbruster, M.M./ Schlabs, S., (2009): Elternarbeit – ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut. In: Geene, R./Gold, C. (Hg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern.
- Butterwegge, C./ Klundt, M./ Zeng, M., (2004): Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. Wiesbaden.
- Dienel, C., (2002): Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme. Weinheim.
- Dienel, C., (Hrsg.) (2005): Abwanderung, Geburtenrückgang und regionale Entwicklung. Ursachen und Folgen des Geburtenrückgangs in Ostdeutschland. Wiesbaden.
- Geene, R., (2004): Armut und Gesundheit. In: Luber, E./Geene, R., (Hrsg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt.
- Geene, R., (2009): Kinderärzte und Frühe Hilfen. In: Die Krankenversicherung 1-09.
- Glaeske, G./ Janhsen, K., (2002): GEK-Arzneimittel-Report 2002. St. Augustin.
- Hauser, R., (1989): Entwicklungstendenzen der Armut in der Bundesrepublik Deutschland. In: Döring, D./Hauser, R., (Hrsg.), Politische Kultur und Sozialpolitik. Frankfurt/M./New York.
- Holz, G., (2005): Frühe Armutserfahrungen und ihre Folgen – Kinderarmut im Vorschulalter. In: Zander, M. (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Wiesbaden.
- Hutsch, S., (2009): Kinderarmut nach ALG II – Erfassung eines gesellschaftlichen Problems und seiner Auswirkungen. In: Wagner, R./Hutsch, S. (Hg.): Kinderarmut in einem reichen Land. Magdeburg
- Lehmann, F./Geene, R./Kaba-Schönstein, L./Kilian, H./Meyer-Nürnberg, M./Brandes, S./Bartsch, G., (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Köln.
- Meurer, A./Siegrist, J., (2005): Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 25. Köln.
- Paul, M./ Backes, J., (2009): Kinderschutz durch Frühe Hilfen. In: Geene, R./Gold, C. (Hg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern.
- Pfautsch, B., (2007): Angebote selektiver Prävention für risikoreiche Mutter-Kind-Dyaden. Diplomarbeit. Hochschule Magdeburg-Stendal.
- Pfeiffer, C., (2005): Weniger Verbrecher, mehr Panikmache. In: Die Zeit (60) 23 vom 10.11.2005, S. 9.
- Ravens-Sieberer, U./Erhart, M./ Wille, N., (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Band 50. Heft 5/6. Mai/Juni 2007. Berlin.
- Reißlandt, C., (2006): Kinderarmut im Stadtteil: Intervention und Prävention. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 26 vom 26.06.2006.
- RKI Robert Koch Institut (2007): Die KIGGS Basispublikation. Erste Ergebnisse. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Band 50. Heft 5/6. Mai/Juni 2007. Berlin.
- RKI Robert Koch Institut/ BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.
- Schilling, J., (2005): Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. München.
- Schirmacher, F., (2006): Minimum. Vom Vergehen und Neuentstehen unserer Gesellschaft. München.
- Walter, D./Kilian H./Bartsch, G./Geene, R., (2005): Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten von und mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Gutachten im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin.
- Wolf-Kühn, N./Geene, R., (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen. In: Geene, R./Gold, C. (Hg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern.