

Gesundheitliche Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen

Stefan Bräunling

1. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen

Eine große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland bezeichnet ihren eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Diese allgemeine Aussage wird allerdings in den letzten Jahren mit immer mehr Einschränkungen versehen. Psychosomatische Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten nehmen zu, ebenso wie Einsamkeit. Politik und Medien sprechen auch viel von einer Zunahme von Übergewicht und einem zunehmenden Bewegungsmangel. Die Forschung bestätigt diese Sorgen.

Es besteht eine Ungleichverteilung der Gesundheitschancen je nach sozioökonomischem Status. Während die meisten Kinder und Jugendlichen gesund aufwachsen, haben 15 bis 20 Prozent deutlich schlechtere Gesundheitschancen. Sie leben unter schwierigeren sozialen Bedingungen, sind stärkeren gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt und verfügen über geringere Bewältigungsressourcen.

Die Ungleichverteilung der Gesundheitschancen ist im Jugendalter immerhin schwächer ausgeprägt als noch im Kindesalter.

2. Der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

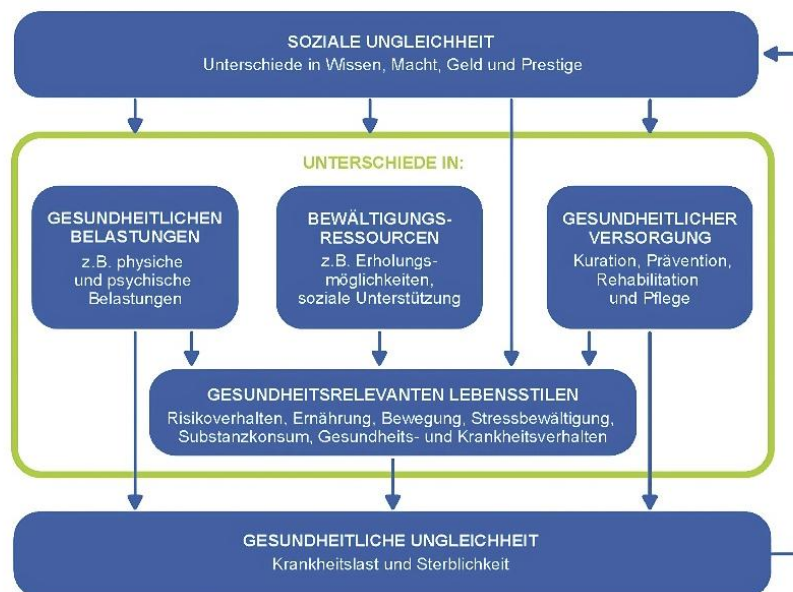
Die Frage drängt sich auf, wie sich soziale Ungleichheit in gesundheitliche Ungleichheit überträgt. Dies hat Mielck in der hier dargestellten Abbildung aus dem Jahr 2000 veranschaulicht: Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen, gesundheitsrelevanten Lebensstilen und gesundheitlicher Versorgung wirken sich sämtlich zuungunsten der Gesundheitschancen der sozial schlechter gestellten Gruppen aus.

Angehörige sozial benachteiligter Gruppen, die über weniger Wissen, Geld, Macht und Prestige verfügen,

- sind höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt als privilegiere Personen,
- verfügen über geringere Bewältigungsmöglichkeiten als privilegiere Personen,
- haben einen schlechteren Zugang zu Angeboten gesundheitlicher Versorgung als privilegiere Personen („Zwei-Klassen-Medizin“) und
- pflegen in der Regel ungesündere bzw. riskantere Lebensstile als privilegiere Personen.

Darüber hinaus wirkt der Zusammenhang auch in die andere Richtung: Grob gesagt, kann nicht nur soziale Benachteiligung krank machen, sondern Krankheit kann auch soziale Schwierigkeiten verschärfen. Armut macht krank, und Krankheit macht arm.

► WARUM MACHT ARMUT KRANK?



Grafik: Britta Willim nach Mielck (2000)

Abb. 1: Erklärungsmodell Gesundheitliche Ungleichheit

„Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien haben häufiger kein eigenes Zimmer, fahren seltener in den Urlaub, sind zu einem geringeren Anteil in einem Sportverein aktiv, erhalten weniger Taschengeld und können sich viele Dinge nicht leisten, die für Gleichaltrige selbstverständlich sind. Außerdem sind sie häufiger psychosozialen Belastungen ausgesetzt, zum Beispiel durch Konflikte in der Familie und der Nachbarschaft oder auch durch schulischen Stress.“ (Lampert, 2018, S. 4)

Es sind in hohem Maße soziale Faktoren wie die Einkommenslage und der Berufsstatus der Eltern, die Bildungsmöglichkeiten sowie die Wohn- und Umweltbedingungen, die die Gesundheit eines Kindes oder Jugendlichen beeinflussen. Vergewärtigen wir uns nur einmal, welchen Unterschied es macht, ob man in einer „Mietskaserne“ an einer lauten, von Abgasen belasteten Straße im Vorderhaus wohnt oder in einem Einfamilienhaus in ruhiger Lage mit schönem Garten. Aber auch näher am Individuum verortete Dimensionen wie das Alter, das Geschlecht, die sexuelle Orientierung, eine Behinderung oder die ethnische Herkunft wirken sich stark auf die Gesundheit aus. Hier müssen wir davon ausgehen, dass Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen einen großen Anteil an der Beeinträchtigung der Gesundheit sozial schlechter gestellter Personen haben.

In dem Erklärungsmodell von Mielck ist eine zentrale Herausforderung für alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit angesprochen, das sogenannte Präventionsdilemma: Es ist grundsätzlich so, dass Adressat:innen mit höherem Unterstützungsbedarf Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention weniger in Anspruch nehmen als sozial und bildungsbezogen Bessergestellte mit eher niedrigerem Unterstützungsbedarf. Das heißt, mit jeder Maßnahme, mit der wir nicht gezielt beeinflussen, welche Gruppen davon den größten gesundheitlichen Nutzen haben, laufen wir Gefahr, die „Schere“ der gesundheitlichen Ungleichheit weiter zu vergrößern.

3. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung ist in Deutschland nur schwach und uneinheitlich geregelt. Im Sozialgesetzbuch V, das die gesetzliche Krankenversicherung

zum Handeln und zu Ausgaben verpflichtet, steht genau ein entsprechender Satz, im § 20: „Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen“. Andere Sozialversicherungszweige haben einen derartigen Auftrag nicht. Die Bundesregierung engagiert sich hauptsächlich über das dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit in diesem Handlungsfeld. Die zentralen regulatorischen Instanzen für das deutsche Gesundheitswesen sind die Regierungen der Bundesländer, sie formulieren auch die diesbezüglichen Aufgaben der Kommunen. Gesundheitsförderung ist in vielen Landes-Gesundheitsdienstgesetzen allerdings eine freiwillige kommunale Leistung. Diese schwache Regulierung ist ein wesentlicher Hintergrund für die Existenz des zivilgesellschaftlich geprägten, bundesweiten Netzwerks Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Dem im Jahr 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, heute: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, initiierten Kooperationsverbund gehören derzeit 75 Organisationen an, bundes- oder landesweite Verbände und Institutionen. Der Kooperationsverbund hat es sich zur Aufgabe gemacht, die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in der öffentlichen Wahrnehmung wie auch in der praktischen Umsetzung zu fördern und weiterzuentwickeln.

Um dies zu erreichen,

- fördert der Kooperationsverbund die Transparenz im Handlungsfeld,
- unterstützt der Kooperationsverbund die Weiterentwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsorientierte und nachhaltige Gesundheitsförderung,
- trägt der Kooperationsverbund zur Vernetzung der Akteur:innen sowie zur Bündelung der vorhandenen Ressourcen bei.

Die sehr leistungsfähige dezentrale Arbeitsstruktur des Kooperationsverbundes sind die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC), Teams von jeweils etwa

drei bis sechs Personen in allen Bundesländern. Ihr Auftrag ist es, die Zusammenarbeit zwischen den Akteur:innen anzuregen und die Qualitätsentwicklung zu fördern. Sie begleiten und beraten Kommunen in deren Aufbau von Strategien zur Gesundheitsförderung („Präventionsketten“, siehe 4.2.). Mit ihrer Arbeit knüpfen sie an Strukturen und Ziele in ihren jeweiligen Ländern an.

Der Kooperationsverbund hat zwölf Qualitätskriterien („Good Practice-Kriterien“) zusammengestellt, um ein Verständnis darüber zu vermitteln, was erfolgversprechende Gesundheitsförderung zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit ausmacht. Anhand dieser Kriterien lassen sich Maßnahmen charakterisieren, die einen effektiven Beitrag zur Verringerung der Chancenungleichheit leisten. Die Good Practice-Kriterien sollen die Entwicklung eines ressortübergreifenden Verständnisses fördern und können als Werkzeug zur (Selbst-)Reflexion der eigenen Arbeit genutzt werden.



Abb. 2: Die Good Practice-Kriterien; Grafik: Britta Willim

Die zwölf Kriterien lauten, hier in drei Gruppen eingeteilt und kurz erläutert:

1. Basiskriterien:

- **Zielgruppenbezug:** Die Personengruppen, deren gesundheitliche Situation durch die Maßnahme verbessert werden soll, sind klar benannt.
- **Konzeption:** Ziele, Wirkungsweisen und -wege sind klar benannt.
- **Setting-Ansatz:** Lebenswelten werden gesundheitsgerecht gestaltet.

2. Zielgruppenorientierung der Maßnahmen:

- **Empowerment:** Einzelne und Gruppen werden befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.
- **Partizipation:** Entscheidungsbefugnisse werden an die Mitglieder der Zielgruppe übertragen.
- **Niedrigschwellige Arbeitsweise:** Zugangshürden werden vermieden.
- **Multiplikator:innenkonzept:** Multiplikator:innen werden systematisch qualifiziert und einbezogen.

3. Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung der Maßnahmen:

- **Nachhaltigkeit:** Die Maßnahme wird verstetigt und dabei kontinuierlich weiterentwickelt.
- **Integriertes Handeln:** Die Maßnahme ist in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden.
- **Qualitätsmanagement:** Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet.
- **Dokumentation und Evaluation:** Arbeitsergebnisse werden dokumentiert und kritisch reflektiert.
- **Belege für Kosten und Wirkungen:** Indikatoren zur Bewertung der Kosten und der Wirksamkeit des Angebotes werden ermittelt

Der Kooperationsverbund stellt die zwölf Kriterien in einer Broschüre (aktuelle Fassung von 2021) ausführlich vor, mit Definitionen, Stufenleitern zur Umsetzung und Beispielen. Zur Vermittlung der Kriterien an die Praktiker:innen bei Projektträger:innen oder in Kommunen bieten die KGC Qualifizierungen mit dem Titel „Lernwerkstatt Good Practice“ an.

4. Kompensatorische Maßnahmen

Was können Maßnahmen der Gesundheitsförderung überhaupt bewirken und was nicht? Gesundheitsförderungsmaßnahmen können nicht an „der Quelle“ ansetzen, sie sind nicht zuständig für die direkte Bekämpfung von Armut und sozialer Ungleichheit. Sie können Menschen nicht auf direktem Wege zu einer besseren Ausbildung oder zu einem adäquaten Arbeitsplatz verhelfen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung können aber kompensatorisch wirken: Sie können einen Beitrag leisten, indem sie die Folgen von Armut und sozialer Benachteiligung abmildern. Sie beziehen sich auf Faktoren, die im unmittelbaren Alltag von den Menschen erfahren werden, also die konkreten Lebens- und Wohnbedingungen und die dadurch beeinflussten individuellen Lebensweisen.

Um die Gesundheitschancen von Personen(-gruppen) in schwieriger sozialer Lage zu stärken, ist Gesundheitsförderung grundsätzlich zweigleisig darauf ausgerichtet, gesundheitliche Belastungen zu verringern sowie individuelle und gemeinschaftliche Bewältigungsressourcen zu stärken.

4.1 Good Practice-Beispiele

Es stellt eine fortlaufende Aufgabe des Kooperationsverbundes dar, auf Grundlage der oben beschriebenen zwölf Kriterien Projekte als „Good Practice-Beispiele“ auszuzeichnen, die anderen Projektgestaltenden als Anregungen und Vorbilder dienen sollen. Mittlerweile sind 126 solcher Auszeichnungen zusammengekommen, die neueste gerade kürzlich für das Umwelt- und Gesundheitsprojekt „Klimakiez Badstraße“ in Berlin. Viele Good Practice-Projekte arbeiten mit Kindern und Jugendlichen.

- Ein Beispiel: „Naschgarten Holzminden“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/detailseite/kinder-gestalten-ihren-naschgarten) ist ein als Good Practice-Beispiel ausgezeichnetes Projekt, „das Mädchen und Jungen Naturspielerlebnisse verbunden mit einem natürlichen Obst- und Gemüseanbau zugänglich macht, dabei den Bedarf an offenen Erfahrungs-, Bewegungs- und Spielräumen aufgreift und partizipativ die Zielgruppe mit einbezieht. Auf einem 8.000 qm großen Grundstück werden (...) die Kinder aktiv in die Planung und Gestaltung ihrer Lebenswelt eingebunden. Auf eine spielerisch erlebbare Art und Weise werden die Mädchen und Jungen auf den Geschmack einer gesunden Ernährung gebracht. Das Gelände wird von den Kindern sowohl über die kooperierenden Einrichtungen, in denen sie sich täglich aufhalten, wie auch selbständig in ihrer Freizeit genutzt.“ Dieses Projekt wurde für seine vorbildliche Umsetzung der Kriterien Integriertes Handeln, Partizipation und Niedrigschwellige Arbeitsweise ausgezeichnet.
- Ein weiteres Beispiel: Das Good Practice-Beispiel „Body+Grips-Mobil“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/detailseite/gesund-mit-grips) „tourt als mobiles Einsatzfahrzeug durch Westfalen-Lippe und widmet sich mit seinem "Gesund mit Grips"-Parcours dem Thema Gesundheitsförderung und spricht Heranwachsende zwischen elf bis 15 Jahren an. Ein niedrigschwelliges Programm mit insgesamt 18 Parcoursstationen des Jugendrotkreuzes im DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e.V., welches mit seinen Projekttagen allen Jugendlichen Teilhabe garantiert und ein inklusives Leitbild fördert. Um die Chancengleichheit aller Kinder und Jugendlichen sicherzustellen, gibt es bei den abwechslungsreichen Stationen des Body+Grips-Mobils mehrere Schwierigkeitsstufen. Auf diese Art und Weise werden unterschiedliche Lerntypen gleichermaßen angesprochen. Dies ermöglicht die Bedürfnisse und Interessen der Teilnehmer/innen in das Zentrum zu stellen und an ihre alltäglichen Lebenswelten anzuknüpfen.“ Dieses Projekt wurde für die Umsetzung der Kriterien Niedrigschwellige Arbeitsweise und Nachhaltigkeit ausgezeichnet.

4.2 Präventionsketten

Städte, Kreise und Gemeinden können gezielt darauf hinwirken, die Chancen aller Menschen auf ein gesundes, selbstbestimmtes und selbstständiges Leben langfristig zu verbessern und zu fördern. In den letzten 15 Jahren hat sich die Idee der Präventionskette in Deutschland immer stärker verbreitet. Als Präventionsketten werden integrierte kommunale Strategien bezeichnet, welche die vielfältigen fördernden und unterstützenden Angebote zur Gesundheit – und zwar zumeist für Kinder, Jugendliche und Familien – zielorientiert aufeinander abstimmen. Präventionsketten sind darauf ausgerichtet, ein umfassendes und tragfähiges Netz von Beratung, Förderung und Versorgung unter Beteiligung der Fachämter, Einrichtungen, zivilgesellschaftlichen Akteure sowie insbesondere der Kinder, Jugendlichen und Familien selbst zu knüpfen. Dabei werden die biografischen Übergänge zwischen den Lebensphasen (z.B. aus der Familie in die Kita oder aus der Kita in die Grundschule) als besonders sensible Momente angesehen. In den Übergängen besteht eine vergrößerte Chance, dass gesundheitsbezogene Lebensstile verändert werden, aber auch die Gefahr, dass unterstützende Kontakte verloren gehen.

Weitere wesentliche Merkmale von Präventionsketten sind die „Priorität der Partizipation“ und die Kindzentriertheit, insbesondere bei der Entwicklung von Angeboten: Die Leitfrage lautet hier immer, „Was braucht das Kind?“ bzw. „Was braucht die Familie?“

Der Kooperationsverbund unterstützt Kommunen beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten über seinen Kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“. Die zentralen Angebote im Rahmen dieses Programms sind a) eine fachliche Beratung und Begleitung durch die Expert:innen in den KGC der Bundesländer und b) unterstützende Materialien und Angebote zum Fachaustausch durch die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes, die im Auftrag des Bundesinstituts bei der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. in Berlin ansässig ist. Die Expertise hinter diesem Programm speist sich hauptsächlich aus vielfältigen Erfahrungen mit der Umsetzung der zwölf Good Practice-Kriterien. Alle drei kommunalen Spitzenverbände und das Gesunde Städte-Netzwerk fungieren als zentrale Unterstützer des Partnerprozesses. Knapp 80 Kommunen in Deutschland beteiligen sich mittlerweile hieran.

Auch hier werden beispielhafte Vorgehensweisen beschrieben und der Fachöffentlichkeit vorgestellt, und zwar in recht knapper Form als Steckbriefe „Auf-den-Punkt.“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess/materialien-zu-integrierten-kommunalen-strategien/auf-den-punkt-steckbriefe). Die zwölf vorliegenden Steckbriefe stellen gewissermaßen einen bunten Strauß von Vorgehensweisen zum Aufbau von Präventionsketten dar. Darunter finden sich:

- die Zusammenarbeit in einem breiten Akteur:innenetzwerk rund um den einen Verwaltungsbereich für soziale Angelegenheiten (Stadt Dormagen im Landkreis Rhein-Kreis Neuss),
- die Gesamtstrategie über alle Lebensphasen hinweg, mit den kreisangehörigen Kommunen als zentrale Lebenswelten (Landkreis Marburg-Biedenkopf) oder
- die zeitgleiche Planung und Implementierung der Präventionskette mit dem Siedlungsbau und der Realisierung einer inklusiven Infrastruktur (Stadtteil München-Freiham).

Es gibt eine Reihe weiterer fachlicher Begleitprogramme für den Aufbau kommunaler Präventionsketten, beispielsweise in den Bundesländern Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen oder Thüringen. Andere Programme bieten Kommunen fachliche Unterstützung bei integrierten Strategien zu ähnlichen Handlungsfeldern an; hierzu zählt beispielsweise das Programm „Kinderfreundliche Kommunen“, das die Umsetzung der Kinderrechte auf kommunaler Ebene zum Ziel hat, oder das Bündnis „Communities That Care“, das ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen mit einem stärkeren Fokus auf Sucht- und Kriminalitätsprävention unterstützt.

4.3 Gesundheitsfachkräfte an Schulen

In einigen Bundesländern und in einer wachsenden Zahl von Kommunen konnten in den letzten Jahren Gesundheitsfachkräfte an Schulen eingesetzt werden. Sie sind größtenteils ausgebildete Pfleger:innen mit einer entsprechenden Weiterbildung. Zu ihren Aufgaben

gehören die Unterstützung von Schüler:innen in besonderen (gesundheitlichen) Lagen, die Erstversorgung bei Unfällen oder Erkrankungen, die Ansprechbarkeit als Vertrauenspersonen für die Schüler:innen, die Früherkennung gesundheitsrelevanter Problemlagen und vieles mehr (die Erwartungen an diese Fachkräfte sind zumeist viel größer als ihr Zeitbudget). Es lohnt sich sehr, Schulgesundheitsfachkräfte einzusetzen: Für Modellprojekte in mehreren Bundesländern und mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen liegen Evaluationen mit eindeutig positiven Ergebnissen vor (Metzner-Guczka et al., 2025). Fehlzeiten von Schüler:innen gehen zurück, Lehrer:innen werden entlastet. In vielen anderen Ländern ist diese Struktur („School nurses“) ohnehin sehr gut etabliert. Bemühungen in deutschen Bundesländern und Kommunen um Regelfinanzierungen für diese Maßnahmen gestalten sich bisher allerdings bedauerlicherweise sehr schwierig.

5. Abschluss

Zur Überwindung des sogenannten Präventionsdilemmas sind Projekte und Maßnahmen zielführend, die in der sozialräumlichen Lebenswelt der adressierten Gruppen verankert sind und soweit möglich auch von diesen selbst mitgestaltet werden. Unter aktiver Beteiligung der Kinder und Jugendlichen aus Familien in schwieriger sozialer Lage sollten Problemdefinitionen, Lösungsansätze und Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden, die bedarfsgerecht sind und Akzeptanz finden. Dort, wo weniger über als vielmehr mit den betroffenen Menschen gesprochen wird, und das gilt nicht nur für Erwachsene, kann das Potenzial gesundheitsförderlicher Maßnahmen am ehesten ausgeschöpft werden.

Autor: Stefan Bräunling, Dipl.-Psychologe und Master of Public Health, Leiter der Geschäftsstelle des deutschen Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, die im Auftrag des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. angesiedelt ist,

E-Mail: braeunling@gesundheitbb.de

Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Literatur:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, 4. Auflage. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Themenblatt 1/2024. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Newsletter/Themenblatt_1-2024_bf.pdf
- Lampert, Th. (2018). Gesundheitliche Chancengleichheit: Zur Bedeutung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen. Impulse für Gesundheitsförderung, (99). www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr99-web.pdf
- Metzner-Guczka, F. et al. (2025). Schulgesundheitsfachkräfte in Deutschland - Modellprojekte und Verstetigungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-025-04104-7>
- Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung. www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/20.html

Alle Internetverweise wurden zuletzt am 24.9.2025 geprüft.