

*Differenzen in der Wahrnehmung präventiver Angebote  
und von Elternpartizipation im Setting Kita.  
Eine Analyse der Wechselwirkung schicht- und migrationsspezifischer Einflüsse*

*Dissertation*

*zur Erlangung des Doktorgrades an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften: „Doctor of  
Public Health“ (Dr. PH)*

*vorgelegt von*

*Diana Sahrai*

*(Bielefeld, September 2010)*

**Erstgutachter: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann**  
**Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel**

*Im Gedenken an meinem Vater  
Noorullah Sahrai*



## Danksagung

Die vorliegende Arbeit wäre ohne die Unterstützung und Hilfe vieler Beteiligter sicherlich nicht zu Stande gekommen. Bedanken möchte ich mich beim Bundesministerium für Bildung und Forschung für die finanzielle Unterstützung des Projektes BEEP, in dessen Rahmen die vorliegende Dissertation entstanden ist. Zu danken wäre an dieser Stelle zunächst Tuba Hastaoglu, Melanie Lutz und Irene Moor, die im Teilprojekt unmittelbar tatkräftig mitgewirkt haben. Zur Dank verpflichtet bin ich ebenfalls der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, besonders der Arbeitsgruppe 4, in der das Projekt angebunden war. Besonderer Dank gilt allen Mitwirkenden des Forschungskolloquiums in Bielefeld, die über die Jahre mit ihren kritischen Rückmeldungen, Anregungen und Diskussionen die Arbeit bereichert haben. Meinen „neuen“ Kollegen im Projekt HaBil – Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer, Stephan Drucks, Tuba Hastaoglu, Igor Osipov und Hidayet Tuncer – möchte ich ganz herzlich für ihre Geduld und ihr Verständnis danken, dass ich auch weiterhin an der Dissertation arbeiten durfte.

Meiner Mutter, meinen Geschwistern Omar Khaled, Laila, Elias und Fereshta sowie Petra Feldmann möchte ich für ihre Liebe, ihre bedingungslose Anerkennung und ihren Respekt danken, die mich vor allem in den wenig motivierten Phasen der Arbeit mit Sinn erfüllt haben. Mein Vater ist sicherlich ursprünglich verantwortlich für jeden kritischen Impuls, der in dieser Arbeit zu finden ist.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Klaus Hurrelmann, der die Arbeit nicht nur inhaltlich vorbildlich betreut hat, sondern der immer zum richtigen Moment geduldig „künstlich“ Druck auf mich ausgeübt hat, um die Arbeit weiter zu führen. Peter-Erst Schnabel danke ich für die Zweitbetreuung der Arbeit sowie für die jahrelange fruchtbare Zusammenarbeit. Mein größter Dank gilt meinem Mann Uwe H. Bittlingmayer, der jeden Augenblick an meiner Seite stand und ohne dessen Liebe sowie moralische, intellektuelle und tatkräftige Unterstützung ich diese Arbeit sicherlich nicht einmal begonnen hätte.

Bielefeld, November 2010

Diana Sahrai

# Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i> .....	4	
<i>Tabellenverzeichnis</i> .....	6	
<b>Einleitung</b> .....	7	
<b>Kap. 1: Präventionsdilemma – Setting – Zielgruppen:</b>		
<b>Einige vorbereitende Anmerkungen</b> .....	16	
1.1 Das Präventionsdilemma.....	16	
1.2 Allgemeine Strategien zur Reduzierung des Präventionsdilemmas.....	24	
<b>Kap. 2: Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung:</b>		
<b>Normative Ansprüche und praktische Umsetzungszwänge</b> .....	32	
2.1 Gesundheitsförderung als normativer Hintergrund des Setting-Ansatzes .....	33	
2.2 Der Setting-Ansatz zwischen Emanzipation, Mittelschichtorientierung und New Speech.....	37	
2.3 Das Setting Kindertagesstätte .....	44	
<b>Kap. 3: Migration, Sozialstruktur und Gesundheit: Die Multidimensionalität der Zielgruppen einer zielgruppenspezifischen Prävention.....</b>		51
3.1. Ausländer – Nichtdeutsche – Migranten: Empirisch-terminologische Gegen- standsbestimmungen und ihre normativen Implikationen .....	54	
3.2 Migranten als soziale Gruppe: Ethnizitätskonzepte.....	64	
3.3 Ethnische Unterschichtung Deutschlands oder sozialstrukturelle Integration der Migranten: Die sozio-ökonomische Lage der Menschen mit Migrations- hintergrund in Deutschland .....	80	
3.3.1 Sozialstruktur und Migration in Deutschland .....	83	
3.3.2 Die gesellschaftliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland.....	90	
3.4 Schichtspezifische und/oder migrationspezifische gesundheitliche Ungleich- heit? Einige sozialepidemiologische Befunde.....	110	

<b>Kap. 4: Das „BEEP-Projekt“: Forschungskontext, Forschungsdesign und Datenbeschreibung einer Kita-Untersuchung.....</b>	<b>123</b>
4.1 Das Forschungsprojekt „Bielefelder Evaluation von Elternbildungsprogrammen“ (BEEP).....	124
4.2 Operationalisierung der unabhängigen Variablen.....	128
<b>Kap. 5: Sozioökonomische und soziokulturelle Varianzen im Umgang mit den Vorsorgeuntersuchungen U7-U9:.....</b>	<b>135</b>
5.1 Primär- und Sekundärprävention bei Kindern: Die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9.....	135
5.1.1 Die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 und ihre präventive Bedeutung .....	137
5.1.2 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern: Ein Überblick .....	141
5.1.3 Erklärungsversuche für die unterschiedliche Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen.....	149
5.2 Inanspruchnahme der und Einstellungen gegenüber den Vorsorgeuntersuchungen zwischen sozioökonomischen und soziokulturellen Differenzen.....	153
5.2.1 Die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nach unterschiedlichen sozialen und demographischen Merkmalen .....	154
5.2.2 Die Erfahrungen und Zufriedenheit der Eltern mit den U-Untersuchungen.....	161
5.2.3 Zusammenfassung: Die zwei Ebenen des Präventionsdilemmas bei den Vorsorgeuntersuchungen.....	170
5.3 Das Projekt „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ und die Wirksamkeit einer Settinganbindung.....	172
5.3.1 Reichweite einer Settinganbindung: Überwindung oder Verfestigung eines institutionellen Präventionsdilemmas?.....	175
5.3.2 Die Wahrnehmung des Programms nach soziodemographischen Merkmalen der Eltern .....	178
5.3.3 Die Rolle des pädagogischen Personals im Setting .....	181
<b>Kap. 6: Elternarbeit im Setting Kita: Elternpartizipation im Spannungsfeld zwischen kulturellen Differenzen und sozialer Benachteiligung .....</b>	<b>183</b>
6.1 Die Beteiligung der Eltern an Veranstaltungen und Partizipationsmöglichkeiten in der Kita.....	185
6.2 Subjektive Gründe der Nicht-Teilnahme an Elternveranstaltungen in der Kita .....	195

6.3	Die Erwartungen und Bedarfe der Eltern an das Setting Kita .....	203
6.4	Elternarbeit im Setting Kita: Einige zusammenfassende Betrachtungen.....	216
<b>Kap. 7: Die mehrdimensionale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter. Resümierende Bemerkungen, theoretische Anschlüsse und praktische Konsequenzen für Public Health.....</b>		<b>221</b>
7.1	Elternarbeit und Vorsorge vor dem Hintergrund kultureller Differenzen und sozialer Ungleichheiten. Zusammenfassende Diskussion der empirischen Ergebnisse .....	221
7.2	Die Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit: Das Präventionsdilemma als erklärungskräftige Ausgangsdiagnose mit Theoriedefizit .....	238
7.3	Gesundheitspolitische Konsequenzen .....	254
<b>Literaturverzeichnis.....</b>		<b>263</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Strukturbezogene Differenzierung der Elterngruppen und die Abhängigkeit ihrer wahrscheinlichen Erreichbarkeit, eigene Darstellung .....	29
Abb. 2	Das Vestersche Milieumodell .....	86
Abb. 3	Das „Hausmodell“ von Geißler.....	88
Abb. 4	Schichtzugehörigkeit von erwerbstätigen Ausländern.....	93
Abb. 5	Einkommensverteilung im Jahr 2003 nach Zuwanderergruppen.....	100
Abb. 6	Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung; alle Erwerbstätigen in Deutschland .....	115
Abb. 7	Vergleich altersspezifischer Sterberaten von ausgewählten Migrantengruppen und Deutschen für Männer.....	116
Abb. 8	Vergleich altersspezifischer Sterberaten von ausgewählten Migrantengruppen und Deutschen für Frauen .....	117
Abb. 9	Anteil an Kindern und Jugendlichen mit günstigem bzw. ungünstigem Ernährungsmusterindex nach Herkunft.....	121
Abb. 10	Anteil an Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen mit günstigem Ernährungsmusterindex nach Sozialstatus.....	121
Abb. 11	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder (U9), 2004 .....	144
Abb. 12	Einflussgrößen auf die Teilnahme der Vorsorgeuntersuchungen .....	151
Abb. 13	Teilnahme an den U-Untersuchungen, N=ca. 586 für U1-U7, N=453 für U8 und N=150 für U9 .....	155
Abb. 14	Nicht-Teilnahme an der U7-U9 nach sozialer Schichtzugehörigkeit. N=ca. 586 für U7, N=453 für U8 und N=150 für U9 .....	157
Abb. 15	Nicht-Teilnahme an der U7-U9 nach Migrationshintergrund. N=ca. 586 für U7, N=453 für U8 und N=150 für U9.....	158
Abb. 16	Nicht-Teilnahme an der U7 und U8 nach Migrationshintergrund und Schichtzugehörigkeit. N=ca. 586 für U7, N=453 für U8 und N=150 für U9.....	160
Abb. 17	Allgemeine Beurteilung der U-Untersuchungen durch die Eltern (N=635).....	163
Abb. 18	Erfahrungen mit den Vorsorgeuntersuchungen (alle Eltern, N=635) .....	165
Abb. 19	Settinganbindung der U-Untersuchungen.....	169
Abb. 20	Teilnahmeraten der Düsseldorfer Kitas am U-Boot-Programm nach sozialem Unterstützungsbedarf; N=272 .....	177
Abb. 21	Interventions- und Kontrollkitas nach Migration und Schichtzugehörigkeit der Eltern, 1. Welle, N=622, Interventionskita=296, Kontrollkita=326.....	178
Abb. 22	Elterliche Kenntnis der Durchführung des U-Boots in Abhängigkeit von Migration und Schichtzugehörigkeit, N=234.....	180

Abb. 23	Angebote der Elternpartizipation in Kindertagesstätten, 2. Welle (N=397-435) .....	187
Abb. 24	Mittelwerte Freizeitaktivitäten in der Kita nach Schicht und Migration, 2. Welle .....	191
Abb. 25	Mittelwerte für die Teilnahme an Elternpflegschaften und Elternabenden in der Kita nach Schicht und Migration .....	192
Abb. 26	Gründe für die Nicht-Teilnahme am Kita-Alltag, 2. Welle, (N=407-418) .....	196
Abb. 27	Mittelwerte des Faktors Externalität nach Schicht und Migration .....	200
Abb. 28	Einschätzung des Einflusses von Familie und Kita aus Sicht der Eltern: Bereich Bildung, 1. Welle, N=535-551 .....	206
Abb. 29	Einschätzung des Einflusses von Familie und Kita aus Sicht der Eltern: Bereich Gesundheit, 1. Welle, N=555-557 .....	206
Abb. 30	Einschätzung des Einflusses von Familie und Kita aus Sicht der Eltern: Bereich soziale Kompetenzen, 1. Welle, N=570-584 .....	207
Abb. 31	Einschätzung des Einflusses der Kita nach sozialer Herkunft und Migrationshintergrund der Eltern: Bereich Bildung, 1. Welle .....	208
Abb. 32	Einschätzung des Einflusses der Kita nach sozialer Herkunft und Migrationshintergrund der Eltern: Bereich Gesundheit, 1. Welle .....	211
Abb. 33	Einschätzung des Einflusses der Kita nach sozialer Herkunft und Migrationshintergrund der Eltern: Bereich soziale Kompetenzen, 1. Welle .....	213

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Quote der Bildungsbeteiligung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege 2009 nach Migrationshintergrund, Alters- und Ländergruppen .....	103
Tab. 2	Schulartverteilung* 15-jähriger Schülerinnen und Schüler im Jahr 2003 und 2006 nach Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status (HISEI).....	105
Tab. 3	Schulbildung und Lebenserwartung.....	114
Tab. 4	HBSC-Studie, Richter et al. 2008 .....	119
Tab: 5	Untersuchungsraster gesundheitlicher Ungleichheit bei Migrantengruppen gegenüber autochthonen Gruppen.....	129
Tab. 6	Verteilung nach sozialen Schichten	130
Tab. 7	Anteil der Befragten mit und ohne Migrationshintergrund 1. und 2. Welle .....	131
Tab. 8	Migration und Schicht 1. Welle, Gesamt N=635; Reihenprozent.....	133
Tab. 9	Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern .....	138
Tab. 10	Vorsorgeuntersuchungen und Entwicklungsverzögerungen.....	141
Tab. 11	Häufigkeit der Beteiligung an ausgewählte Veranstaltungen der Kita .....	189
Tab. 12	Signifikanz Werte für unterschiedliche Teilnahme an Kitaangebote .....	190
Tab. 13	Gründe für die Nicht-Teilnahme am Kitaalltag (Rotierte Komponentenmatrix(a).....	198

## Einleitung

Die vorliegende Dissertation soll einen theoretischen und empirischen Beitrag zur Analyse sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten liefern. Die zusammenhängenden Gegenstandsbereiche, in denen die gesundheitlichen Ungleichheiten genauer untersucht werden sollen, sind die Vorsorgeuntersuchungen und die Elternpartizipation im Setting Kita.

Kindergärten und Kindertagesstätten sind in den letzten Jahren zunehmend ins Blickfeld öffentlicher, wissenschaftlicher und politischer Interessen gerückt. Bemerkenswert ist dabei, dass sich der Grund für dieses enorme Interesse in erster Linie den schlechten Ergebnissen der deutschen Schülerschaft in den Pisa-Studien verdankt. Um diese schlechten Ergebnisse der deutschen Schüler im internationalen Vergleich in Zukunft nachhaltig zu korrigieren, sind – neben anderen Maßnahmen wie etwa der Einführung von Ganztagschulen oder des Zentralabiturs – Kindertagesstätten in den Fokus bildungspolitischer Bemühungen geraten.

In Kindergärten und Kindertagesstätten soll das Potential, das die frühe Förderung mit sich bringt, stärker genutzt werden und die Maßgabe, Bildungsinhalte stärker als bislang in den Kitaalltag zu integrieren, ist zum aktuellen Ziel der Bildungspolitik avanciert. Kitas<sup>1</sup> sollen vor diesem Hintergrund vor allem Kinder aus Migrantenfamilien, die in den Pisa-Studien ganz besonders schlechte Ergebnisse erreicht haben, durch Früh- und Sprachförderung stärken. In diesem Zusammenhang wird deshalb Kitas nicht nur ein allgemeiner Bildungsauftrag für Kinder mit Migrationshintergrund zugesprochen, sondern diese Institutionen sollen zudem Verantwortung übernehmen für eine bessere Integration von Migranten, vor allem der kommenden Generationen.

Daneben ist – in etwa zeitlich parallel – die Kita als spezifischer und besonders geeigneter Ort der Gesundheitsförderung und Prävention entdeckt worden, ebenfalls mit der Idee, bei der Herausbildung von gesundheitsförderlichen Lebensstilen oder Präferenzstrukturen möglichst früh durch Förderung und Erziehung anzusetzen. Damit wird die institutionelle Schnittstelle der Elternarbeit adressiert. Kitas sollen gerade auch in diesem Zusammenhang die Elternzusammenarbeit stärken, gerade um sozial benachteiligte Eltern und Migrantenelemente in der Erziehung besser zu unter-

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit werden die Begriffe Kindergarten, Kindertagesstätte und Kita synonym verwendet.

stützen. In diesem Rahmen werden in den letzten Jahren Bemühungen von Kitas, sich in Familienzentren zu verwandeln, staatlich gefördert.

Genau in diesem Kontext wurde in den letzten Jahren die Kita von Initiativen, Programmen und Projekten, die das Ziel haben, Eltern in der Erziehung zu stärken und Erziehungs- und Gesundheitsfragen zu unterstützen und zu beraten, zunehmend als Handlungsfeld entdeckt. Denn im Kontext solcher Präventions- und Gesundheitsförderungsbemühungen sind Kitas nicht nur als Interventionsort bedeutsam, in dem Programme für Eltern initiiert werden. Sondern darüber hinaus, weil die Elternpartizipation und in diesem Kontext die Elternunterstützung und Elternberatung unabhängig von externen Elternbildungsangeboten als normaler und zentraler Bestandteil des Kitaalltags angesehen werden kann.

Neben diesen strukturellen Gründen des angestiegenen Interesses ist als weiterer wichtiger Grund für die verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit in Richtung Kitas die in den letzten Jahren öffentlich diskutierte Fälle von Misshandlungen und Vernachlässigungen bei Kindern zu benennen. Im Zusammenhang mit den zusätzlichen bzw. ausgeweiteten Verantwortungsbereichen, die Kindergärten in jüngerer Zeit übernehmen sollen, wurden auch die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen genannt) verstärkt ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Forderungen nach einer obligatorischen Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen wurden in vielen Bundesländern laut, auch wenn es bei der Durchsetzung eines obligatorischen Charakters von U-Untersuchungen massive Widerstände gab und gibt. Der Hintergrund für solche Forderungen ist, dass die Vorsorgeuntersuchungen nicht von allen Eltern gleichermaßen in Anspruch genommen werden. Genau deshalb wurden in den letzten Jahren in Kindergärten und Kindertagesstätten Programme und Projekte auf dem Weg gebracht, die Eltern für die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen sensibilisieren sollten. Die hier vorgelegte Arbeit wird u.a. ein spezielles Projekt zur Elternaufklärung vorstellen und seine Reichweite, Möglichkeiten und Grenzen diskutieren.

### *Die U-Untersuchungen*

In der vorliegenden Untersuchung stehen auf der einen Seite die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 und auf der anderen Seite die Elternaufklärung im Setting Kita im Mittelpunkt der Analysen. Verbindungsglied dieser beiden Bereiche ist die Evaluation des Programms „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ der AOK Rheinland-

Hamburg, das im Setting Kita Eltern über die Mitwirkung der Erzieherinnen über die Wichtigkeit der Vorsorgeuntersuchungen aufklären und sensibilisieren möchte. Aus der Präventionsforschung ist bekannt, dass sozial benachteiligte Eltern und Migranteltern seltener an den Vorsorgeuntersuchungen – besonders der U8 und U9 teilnehmen. Ferner werden sie durch Präventionsprogramme, die z. B. für die Vorsorgeuntersuchungen sensibilisieren sollen, signifikant seltener erreicht (vgl. Langness 2008). Dasselbe gilt auch für andere Elternbildungsangebote, die Eltern in Fragen der Erziehung und Gesundheit ihrer Kinder unterstützen möchten. Und schließlich nehmen die genannten Elterngruppen ebenfalls seltener an Veranstaltungen und Angeboten der Kitas teil.

Geht man davon aus, dass Präventionsmaßnahmen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive sinnvoll sind, dann bedeutet die in diesen Bereichen beobachtbare mangelnde Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Eltern einen erheblichen Nachteil in der gesundheitlichen Versorgung dieser Gruppen. Dieser Befund verweist auf eine besondere Materialisierung gesundheitlicher Ungleichheit, die in dieser Untersuchung einen wichtigen Platz einnehmen wird.

### *Elternpartizipation im Setting Kita*

Eine zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche Einbindung von Elternbildungsprogrammen in Settings wie Schule und Kindergarten ist, wie gut die Elternpartizipation in den jeweiligen Institutionen überhaupt funktioniert. Denn die Anbindung von speziellen Programmen oder Maßnahmen – wie etwa dem Projekt „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ – in Settings setzt voraus, dass die zu erreichenden Eltern in den jeweiligen Settings präsent sind. Wie aus der Literatur zu Elternpartizipation in Schulen und Kindergärten bekannt, ist dies jedoch keineswegs der Fall. Denn die schwere Erreichbarkeit von Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen gilt ebenfalls für die Elternpartizipation in Schulen und Kindertagesstätten. Die Formen der Kommunikation innerhalb der jeweiligen Einrichtungen, die angebotenen Veranstaltungen der Elternbeteiligung, die zur Verfügung stehenden Zeitressourcen auf Seiten der Erzieherinnen etc. spielen eine sehr wichtige Rolle dabei, ob und inwieweit sozial benachteiligte Eltern am Kitaleben teilnehmen. Eine zentrale Frage, wie diese Institutionen gestaltet sein müssen, um Eltern mit anderen sozialen und kulturellen Hintergründen besser zu berücksichtigen, schließt sich an die bisherigen Überlegungen an. In diesem Zusammenhang ist die Thematisierung von politischen Vorgaben in

Bezug auf die Institutionen gerade vor dem Hintergrund der Umstrukturierung von Kindertagesstätten von Bedeutung, denn diese schaffen die Rahmenbedingungen dafür, inwieweit und in welcher Form Einrichtungen sich auf die jeweiligen Gruppen einlassen können.

### *Strategien zur Erreichung sozial Benachteiligter*

Um die bislang durch Präventionsprogramme schwer erreichbaren sozialen Gruppen besser erreichen zu können, sind in den letzten Jahren im Bereich der sozialen Arbeit und der Gesundheitswissenschaften verschiedene Zugangswege und Möglichkeiten theoretisch diskutiert und praktisch erprobt worden. Zwei Barrieren sind dabei als besonders schwerwiegend identifiziert worden. *Erstens* ist bekannt, dass gerade sozial benachteiligte Eltern durch so genannte „Kommstrukturen“, die den meisten Kursformaten zu Grunde liegen, nicht gut erreichbar sind. *Zweitens* werden die bestehenden Programme und Initiativen als mittelschichtorientiert identifiziert und es wird kritisiert, dass diese in ihren Inhalten und ihren Methoden nicht genügend die Lebenswelten, Bedarfe und Bedürfnisse sozial benachteiligter Gruppen berücksichtigen (vgl. hierzu grundlegend Kühn 1994). Diese beiden Defizitdiagnosen für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme beanspruchen ebenfalls Geltung für den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen und der präventiven Elternarbeit. Zur Überwindung der ersten Barriere hat sich in der Public Health Forschung und Praxis der Settingansatz als viel versprechend erwiesen. Präventionsprogramme sollen dort angesiedelt werden, wo Menschen sich ohnehin befinden, also in Schulen, Kindergärten, Stadtteilen oder Krankenhäusern. Zur Überwindung der zweiten Barriere gilt eine zielgruppenspezifische Herangehensweise, eine stärkere Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse der jeweiligen nicht erreichten sozialen Gruppen, ein stärkerer Lebensweltbezug und die Berücksichtigung des kulturellen und sozialen Hintergrund des Betroffenen als Erfolg versprechende Strategie.

Die Analyse dieser beiden im Augenblick in der Public Health und der sozialen Arbeit sehr populären Methoden zur besseren Erreichbarkeit sozial benachteiligter Gruppen steht auch in der hier vorliegenden Arbeit im Zentrum, und zwar am Beispiel der Vorsorge, der Elternaufklärung und Elternarbeit.

### *Zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung*

Einen breiten Raum wird die genauere Betrachtung der zielgruppenspezifischen Herangehensweise zur besseren Erreichung sozial benachteiligter Eltern einnehmen. Während für die Strategie der Settinganbindung inzwischen eine recht breite Forschung in den Gesundheitswissenschaften vorhanden ist, ist die Analyse der zielgruppenspezifischen Bedarfe besonders sozial benachteiligter Eltern bislang eher vernachlässigt worden. Aus diesem Grund liegt ein Schwerpunkt der hier vorliegenden Arbeit darin, nach den Barrieren, Hürden und Schwierigkeiten zu fragen, die bei der Implementierung einer zielgruppenspezifischen Elternarbeit bzw. der Inanspruchnahme an den Vorsorgeuntersuchungen vorhanden sein können. Aus diesem Grund wird *die genaue Bestimmung der Zielgruppen*, die Frage, welche Dimensionen berücksichtigt werden müssen, um tatsächlich zielgruppenspezifisch vorgehen und die Bedarfe und Bedürfnisse der betreffenden Zielgruppen abschätzen zu können, in dieser Arbeit ganz besondere Beachtung finden (vgl. hierzu ausführlich Kap. 3). Hintergrund dafür ist, dass nach Durchsicht der relevanten Literatur in der Forschung und Praxis der Gesundheitswissenschaften die komplexe und gleichzeitig präzise Bestimmung von Zielgruppen die größte Lücke zu bilden scheint.

Die Schwäche der bisherigen Zielgruppenbestimmung in den Interventions- und Kommunikationsstrategien von Public Health ist, dass die Zielgruppen zumeist entlang einzelner Merkmale bestimmt werden. Entweder werden Menschen aus sozial benachteiligten Milieus adressiert oder Menschen mit Migrationshintergrund oder ältere Menschen oder Frauen oder Alleinerziehende. Dass sich alle diese Merkmale verschränken und überlagern, verstärken oder abschwächen können, wird kaum berücksichtigt. In der vorliegenden Arbeit wird anhand einer zweidimensionalen Analysestrategie das empirische Material dahin gehend befragt, inwieweit die Strukturmerkmale soziale Schicht und Migration bzw. Migrationshintergrund einzeln oder gemeinsam Auswirkungen auf die alltägliche Lebensführung, auf Einstellungsmuster oder das Vorsorgeverhalten haben. Es geht also darum, die Beziehung zwischen diesen beiden zentralen gesellschaftlichen Strukturmerkmalen genauer zu untersuchen und sie nicht gegen einander auszuspielen. Das dritte zentrale Strukturierungsprinzip – die Geschlechtszugehörigkeit – spielt für diese Arbeit deshalb keine Rolle, weil mehr als 90% der Teilnehmenden der empirischen Studie weiblich waren. Diese genderbezogene Verzerrung lässt sich durch die Besonderheiten des Settings Kita erklären, ist aber auch in Schulbefragungen die Regel. Die Vermittlung aller drei Struktu-

rierungsprinzipien, die für eine komplexe und präzise Zielgruppenbestimmung in Public Health prinzipiell notwendig ist, kann sich im Kontext des Settings Kita deshalb auf eine zweidimensionale Analysestrategie und Zielgruppenbeschreibung beschränken. Die unterkomplexe Bestimmung der Zielgruppen ist – so eine wichtige These dieser Arbeit – einer der Hauptgründe für das Vorhandensein eines so genannten *Präventionsdilemmas* im Bereich Elternarbeit.

### *Das Präventionsdilemma als diagnostischer Bezugsrahmen*

Den empirischen Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bilden soziale und gesundheitliche Ungleichheiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Den theoretischen Hintergrund bildet das in der Public Health-Forschung und -Praxis unter dem Begriff des Präventionsdilemmas bekannte Phänomen, dass bestimmte Elterngruppen – in der Regel Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen, Eltern mit Migrationshintergrund oder alleinerziehende Elternteile – kaum oder nur sehr schwer durch präventive Programme und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erreicht werden, weil diese Programme in der Regel in der Mehrzahl von Mittelschichteltern in Anspruch genommen werden. Es wird in den Gesundheitswissenschaften deshalb mittlerweile kaum noch bestritten, dass Prävention und Gesundheitsförderung sich gegenüber gesellschaftlichen Ungleichheiten keineswegs neutral verhalten.

Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass sozial Benachteiligte nicht nur aufgrund ihrer schlechteren Lebensumstände, sondern auch durch ihr Präventionsverhalten stärker von gesundheitlichen Risiken betroffen sind. Es ist eine weit verbreitete Annahme in Public Health, dass Maßnahmen, die darauf abzielen durch Prävention und Gesundheitsförderung Gesundheitsrisiken zu reduzieren, Menschen aus sozial benachteiligten Milieus am ehesten nützen. Es ist jedoch aus der gesundheitswissenschaftlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung, aber auch in der Praxis von Public Health bekannt, dass Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen sinnvolle und wirksame Interventionen seltener in Anspruch nehmen.

Dieser Umstand – dass Menschen, die ohnehin eine schlechtere Gesundheit aufweisen, seltener, und diejenigen, die aufgrund ihrer privilegierten sozialen Position eine bessere Gesundheit haben, häufiger Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Anspruch nehmen, führt zu wachsenden gesundheitlichen Ungleichheiten. Denn die Bessergestellten können durch die Nutzung der Maßnahmen ihre Gesundheit verbessern, die Schlechtergestellten können ihre Gesundheit

nicht verbessern. In der Konsequenz vergrößert sich gerade durch Public Health-Interventionen der Abstand zwischen diesen Gruppen und die gesundheitliche Ungleichheit wird größer (Hurrelmann 2006a; Graham 2008). Diese spezielle Form einer gesundheitlichen Ungleichheit ist in den Gesundheitswissenschaften unter dem Label Präventionsparadox oder Präventionsdilemma (Bauer 2005) bekannt geworden, das in dieser vorliegenden Arbeit den diagnostischen Bezugsrahmen bildet.

In der Public Health Forschung und in der sozialen Arbeit sind bislang sehr viele Möglichkeiten erprobt worden, um dem Präventionsdilemma entgegenzuwirken und den Zugang von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen an präventiven Maßnahmen zu erleichtern. Zwei dieser Wege, um die Barrieren abzubauen bzw. Möglichkeiten zu erschaffen, dass Menschen aus sozial deprivierten Gruppen in der gleichen Weise in der Lage sind von krankheitspräventiven und gesundheitsfördernden Initiativen zu profitieren, sind erstens der Settingansatz (in der sozialen Arbeit dominiert eher das Konzept der Sozialraumorientierung, das starke konzeptionelle Ähnlichkeiten mit dem Settingansatz aufweist) und zweitens ein zielgruppenspezifischer und bedarfsgerechter Zugang. Diese beiden Formen des Zugangs zu sozial benachteiligten Gruppen werden im Zentrum der hier vorliegenden Dissertation stehen. Es wird der Frage nachgegangen werden, inwieweit, unter welchen Umständen und in welcher Form diese beiden Zugänge einen erfolgreichen Weg darstellen, um sozial benachteiligten Gruppen den Zugang zu Prävention und Gesundheitsförderung zu vereinfachen und somit gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Um gesundheitliche Ungleichheiten zu beheben bzw. mehr gesundheitliche Gleichheit durch Prävention und Gesundheitsförderung zu ermöglichen, ist es am Besten, wenn diese möglichst früh im Lebensverlauf ansetzen, d.h. möglichst früh im Kindesalter anzusetzen. Als besonders relevante präventive Handlungsfelder im frühen Kindesalter können dabei neben der Familie zwei Bereiche identifiziert werden, die für die Gesundheit und die Entwicklung von Kindern eine zentrale Rolle spielen: die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 und das Setting Kita. Da Kinder in diesen jungen Jahren nur sehr eingeschränkt als handlungsautonom gelten können, spielen die Eltern in dieser Lebensphase die zentrale Rolle für die Gesundheit der Kinder. Wenn Kinder von Prävention und Gesundheitsförderung profitieren sollen, dann müssen die Eltern für die entsprechenden Maßnahmen sensibilisiert werden. An diesem Punkt zeigt sich ebenfalls die intergenerationale Vererbung des Präventionsdilemmas: wenn Erwachsene selbst durch Präventionsprogramme nicht erreichbar sind,

dann nutzen sie diese auch seltener für ihre Kinder, womit sich die Benachteiligungen im frühen Kindesalter direkt sozial vererben kann.

### *Aufbau der Arbeit*

Der Argumentationsgang der vorliegenden Dissertation setzt an beim zentralen diagnostischen Ausgangspunkt der Untersuchung, beim Präventionsdilemma. Im ersten Kapitel werden der Begriff des Präventionsdilemmas und weitere abgeleitete Annahmen einer genaueren Betrachtung unterzogen. Wie sich im Verlauf der Arbeit zeigen wird, muss der Begriff des Präventionsdilemmas weiter ausgearbeitet und präzisiert werden.

In den aktuellen theoretischen gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen sowie in der aktuellen Praxis von Public Health lassen sich zwei zentrale Strategien identifizieren, die zur Reduktion des Präventionsdilemmas und auf diese Weise zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten führen sollen: die Settinganbindung von Interventionen und die zielgruppenspezifische Ansprache. Beide Strategien werden einer ausführlichen Betrachtung unterzogen.

Im zweiten Kapitel werden unterschiedliche Lesarten und normative Reichweiten des Settingansatzes vorgestellt. Ausgehend von den normativen Idealen, die mit dem Settingansatz im Rahmen der Ottawa Charta verbunden waren, wird diskutiert, inwieweit eine settingbezogene Strategie unter den gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen tatsächlich im Alltag der Kita zur Förderung von Gesundheit bzw. zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten erfolgversprechend eingesetzt werden kann. Das dritte Kapitel soll insbesondere eine genauere Analyse der deutschen Migrationsbevölkerung liefern, um der Forderung nach Zielgruppenspezifität theoretisch und empirisch besser gerecht werden zu können. Dieses Kapitel bildet den theoretischen Kern der vorliegenden Arbeit, weil in den Gesundheitswissenschaften gerade im Kontext einer zielgruppengerechten Prävention und Gesundheitsförderung in Hinblick auf die Migrantenbevölkerung m. E. die größte Lücke festzustellen ist. Das dritte Kapitel zielt darauf ab, die unterkomplexe theoretische und empirische Bestimmung von Public Health „Zielgruppen mit Migrationsgeschichte oder Migrationshintergrund“ zu überwinden. Die ersten drei Kapitel bilden das theoretische Fundament der vorliegenden Studie.

In den anschließenden drei Kapiteln steht die Empirie im Vordergrund. Im vierten Kapitel wird zunächst das Forschungsdesign, der Projekthintergrund, die Daten und

die Analysestrategie detaillierter vorgestellt. Kapitel fünf wird zunächst sozialepidemiologische Befunde zur Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen vorstellen, die einen soliden Vergleichsrahmen für die eigene empirische Studie liefern. Im Anschluss daran wird u.a. die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sowie die elterlichen Erfahrungen und Einschätzungen einer zweidimensionalen Analyse nach Schicht und Migration bzw. Migrationshintergrund unterzogen. Ebenfalls Bestandteil des fünften Kapitels ist die Untersuchung des Projekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“. Analysiert wird einerseits, inwieweit die Settinganbindung dieses Programms die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Eltern fördert und andererseits ob das Programm im Setting auch von allen Elterngruppen gleichermaßen wahrgenommen wird. Schließlich nimmt am Ende des empirischen Teils das sechste Kapitel genauer das Elternhandeln im Setting Kita in den Blick: Untersucht wird die alltägliche Teilnahme und Partizipation der Eltern aus den unterschiedlichen sozialen Gruppen in der Institution Kita. Dabei steht auch hier das Verhältnis zwischen Schichteffekten und Migrationseffekten im Zentrum der Betrachtungen.

Das siebte und letzte Kapitel der Dissertation beinhaltet nicht nur zusammenfassende und resümierende Bemerkungen, sondern interpretiert in einem ersten Abschnitt die empirischen Befunde noch einmal in einem größeren theoretischen Rahmen. Anschließend plädiere ich dafür, auf der Grundlage der Adaption der Theorie segmentierter Assimilation sowie der Intersektionalitätsforschung eine eigenständige Theoriebildung in den Gesundheitswissenschaften voranzutreiben. Zum Schluss benenne ich gesundheitspolitische und sozialpolitische Konsequenzen, die aus den hier vorgelegten Ergebnissen resultieren.

## **Kap. 1: Präventionsdilemma – Setting – Zielgruppen:**

### **Einige vorbereitende Anmerkungen**

#### **1.1 Das Präventionsdilemma**

##### *Die unterschiedlichen Ausprägungen gesundheitlicher Ungleichheit*

Dass soziale Ungleichheit und Gesundheit selbst in einem Land wie der Bundesrepublik, das eines der besten Versorgungs- und Krankenversicherungssysteme der Welt aufweist, sehr stark zusammen hängen, ist inzwischen hinlänglich bekannt und hinreichend empirisch belegt (Mielck 2005; Richter 2005; Richter & Hurrelmann 2006; Mielck & Helmert 2006; RKI 2008a, 2008b). Die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit manifestiert sich entlang ganz unterschiedlicher Ausprägungen – z. B. in der unterschiedlichen Versorgung von privaten und gesetzlich Krankenversicherten (Kolb & Wolf 2006; Janßen et al. 2006; s. auch die Beiträge in Bauer & Büscher 2008), aber auch durch die Einführung von Praxisgebühren, Zuzahlungen bei Medikamenten oder bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (Tiesmeyer et al. 2008; Remmers 2009; Gerlinger & Stegmüller 2009). Ferner haben bestimmte Migrantengruppen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus (z. B. Duldung) oder noch dramatischer Menschen, die illegal in Deutschland sind, nur einen eingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen (Mielck 2008; Borde 2006) (Ungleichheit in der Versorgung).

Darüber hinaus drückt sich die gesundheitliche Ungleichheit in den je nach sozialem Status differenten sozialökologischen allgemeinen Verhältnissen aus, wie z. B. in ungleich belastenden Arbeitsbedingungen, gesundheitsschädlichen Wohnverhältnissen und Wohnlagen (vgl. Dangschat 2000 Keller 1999; Mielck 2005; Mielck 2008; Bittlingmayer et al. 2009), geringeren Einkommen, niedrigeren Bildungs- und Berufsabschlüssen, höherem Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko, prekären Arbeitsverhältnissen sowie weniger verwertbarem kulturellem und sozialem Kapital (Abel et al. 2006; Siegrist et al. 2006). Diese Ungleichheiten äußern sich zuletzt in sozial bedingten ungleichen Sterbe- und Erkrankungsraten (siehe hierzu ausführlich Kap. 3.4).

Ebenfalls bekannt ist, dass bestimmte soziale Gruppen ungleich stark von den genannten gesundheitlichen Risikofaktoren betroffen sind. Geringe Bildung oder Einkommensarmut gelten als besonders schwerwiegende gesundheitliche Risiken. Des-

halb muss es bedenklich stimmen, wenn z. B. nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes mehr als ein Drittel (36%) der Alleinerziehenden im Jahr 2008 armutsgefährdet sind (Statistisches Bundesamt 2009)<sup>2</sup>. Ebenso, dass der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und vor allem der Anteil derjenigen ohne deutsche Staatsbürgerschaft stärker gesundheitsgefährdenden Armutslagen und dauerhaften Arbeitslosigkeitserfahrungen ausgesetzt ist als die autochthone Bevölkerung (Arbeitsgruppe Bildungsberichterstattung 2010) (Ungleichheit in den gesundheitsrelevanten strukturellen Rahmenbedingungen).

Die sozialen Ungleichheiten bestehen aber nicht nur im Bereich der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen oder sozialökonomischen und sozialökologischen gesundheitlichen Risikolagen. Selbst für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ist bekannt, dass sozial benachteiligte Gruppen Programme zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung seltener nutzen als sozial privilegierte Gruppen (Kühn 1993; Kühn & Rosenbrock 2009; Bauer 2005; Bauer & Bittlingmayer 2005; Rosenbrock & Kümpers 2006; Marzinzik & Kluwe 2007; Schnabel 2008) (Präventive Ungleichheit).

Schließlich werden im Hinblick auf das individuelle/familiäre gesundheitliche Verhalten soziale Ungleichheiten sichtbar: Angehörige sozial benachteiligter Gruppen ernähren sich schlechter, treiben weniger Sport und sind häufiger von Übergewicht betroffen (Delekat 2003). Sie zeichnen sich also ganz allgemein durch einen gesundheitsschädlicheren Lebensstil aus (Abel et al. 2006; Helmert & Schorb 2006; Hradil 2006; Hurrelmann 2006c; RKI 2008a; Vester 2009) (Ungleichheit im individuellen und familialen Verhalten).

Ungleiche Gesundheit verläuft also in der Bundesrepublik entlang ganz unterschiedlicher Ebenen. Sowohl auf der Ebene des individuellen Gesundheitsverhaltens als auch der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie schließlich der gesundheitsrelevanten sozialen Rahmenbedingungen gibt es benachteiligte soziale Gruppen, die die Grundlage der Diagnose einer gesundheitlichen Ungleichheit bilden (s. genauer Kap. 3).

---

<sup>2</sup> Im Durchschnitt waren nach diesen Berechnungen insgesamt 15,0% der Bundesbürger armutsgefährdet (ebda).

### *Gesundheitliche Ungleichheit im Rampenlicht der Öffentlichkeit*

Die zunehmenden sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten erregten in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit und zwar sowohl in politischen und öffentlichen Diskussionen als auch in den Gesundheitswissenschaften, s. z. B. den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 2009) mit dem Themenschwerpunkt Gesundheit oder der anvisierte Schwerpunkt des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zum Thema Migration und Pflege (BAMF 2010). In der Öffentlichkeit präsent ist das Thema Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit nicht zuletzt wegen der Bemühungen der letzten Jahre um eine Gesundheitsreform.

### *Barrieren zur Begrenzung gesundheitlicher Ungleichheiten*

Dabei werden für die oben genannten unterschiedlichen Ebenen verschiedene Strategien entwickelt, um den gesundheitlichen Ungleichheiten zu begegnen. Allerdings stehen dem Ziel der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten vor allem ökonomische Aspekte entgegen. So wurden etwa auf der Ebene der Versorgung trotz bestehender sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten die finanziellen Einganteile der Patienten in Form von Medikamentenzuzahlungen und Praxisgebühr eingeführt, um, so die Argumentation, die Kosten für Pflege und Versorgung (drastisch) zu reduzieren. Auch auf der Ebene gesundheitsrelevanter struktureller Rahmenbedingungen stehen der Schaffung und Förderung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen spezifische ökonomische Interessen oder gesellschaftliche Zustände wie etwa Massenarbeitslosigkeit, Arbeitsverdichtung oder steigende Armutsquoten entgegen, die ebenfalls sozial benachteiligte Gruppen am stärksten treffen.

### *Verhaltensprävention als machbare Lösung*

In den letzten zehn bis fünfzehn Jahren ist eine deutliche Verschiebung der Aufmerksamkeit im Gesundheitssektor in Richtung des individuellen Gesundheitsverhaltens beobachtbar und die meisten aktuellen Interventionen und Programme zielen auf diese Ebene ab (Bauer 2006; Rosenbrock 2006; Bittlingmayer 2008; Gerlinger 2008; vgl. auch die Beiträge in Hensen & Hensen 2008). So dominieren mittlerweile folgerichtig diejenigen Stimmen die öffentlichen Diskurse, die fordern, dass alle Individuen sich gesünder und gesundheitsbewusster verhalten und somit mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen sollen (besonders laut sind diese

Stimmen in den aktuellen gesundheitspolitischen Diskursen und den Stellungnahmen der Krankenkassen wahrnehmbar; kritisch und lesenswert hierzu s. etwa die Beiträge in Schmidt & Kolip 2007. Damit sollen einerseits Folgekosten der Versorgung reduziert, andererseits aber auch der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung verbessert werden.

In diesem Kontext und innerhalb dieser Diskurse hat auch das Thema der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung stärkeren Eingang in die öffentlichen und politischen Diskurse gefunden (Altgeld 2008; Schnabel 2008). Durch präventives, gesundheitsbewusstes und gesundheitsförderliches Verhalten sollen Individuen Krankheiten vorbeugen, einen gesunden Lebensstil verfolgen, mehr für die eigene Gesundheit tun und somit auch die Kassen entlasten. So hat die Zahl der Maßnahmen etwa zur Suchtprävention, Bewegungs- und Ernährungsangebote, Life-Skill Förderprogramme an Schulen oder auch der Elternbildungskurse stark zugenommen (s. z. B. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. 2009; Geene 2009). Auch wenn bislang der Beschluss das lange diskutierte und von vielen Beteiligten geforderte Präventionsgesetz noch immer nicht verabschiedet werden konnte, hat das Thema Prävention also längst einen zentralen Stellenwert im Gesundheitssektor erreicht.

Die Stärkung von präventiven Maßnahmen auf der Ebene der Individuen scheint einen doppelten positiven Effekt zu haben: Einerseits werden dadurch Krankheiten oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen vermieden und demzufolge die öffentlichen Kassen entlastet. Andererseits ist damit die Hoffnung verbunden, dass damit langfristig der gesundheitliche Zustand aller Bevölkerungsgruppen verbessert wird.

### *Grenzen verhaltenspräventiver Maßnahmen*

Verhaltenspräventive Maßnahmen kommen allerdings dort an ihre Grenzen, wo gesellschaftliche, institutionelle und kulturelle Rahmenbedingungen die Gesundheit so stark prägen, dass auch ein gesundheitsförderliches Verhalten bzw. Verhaltensänderung nicht zu besseren gesundheitlichen Outcomes führen würde. Aber auch für sinnvolle Präventionsprogramme verweisen sowohl wissenschaftliche Studien aus der Evaluation verschiedener Präventionsprogramme als auch die Erfahrungen aus der Public Health-Praxis auf eine ganz andere Realität. Während Personen vor allem aus den Mittelschichten und aus der autochthonen Bevölkerung verhaltensbezogene, individuelle Präventionsprogramme, die häufig in Kursformaten angeboten werden,

am häufigsten nutzen, werden diese von den sozial benachteiligten Gruppen – die ohnehin von gesundheitlichen Ungleichheiten stärker betroffen sind – kaum wahrgenommen (bezogen auf eine institutionelle Ebene Bauer 2005; für den Bereich Elternarbeit Bauer & Bittlingmayer 2005; Marzinzik & Kluwe 2007). Die geringere Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen durch sozial benachteiligte Gruppen wirkt sich aus der Perspektive gesundheitlicher Ungleichheiten doppelt negativ aus. Nicht nur, dass sozial benachteiligte Gruppen, die ohnehin einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, die Präventionsprogramme nicht nutzen, um ihre Gesundheit zu verbessern; dadurch, dass die sozial ohnehin besser gestellten und gesundheitlich weniger beeinträchtigten sozialen Gruppen Präventionsprogramme gehäuft wahrnehmen, verbessert sich ihre gesundheitliche Lage zusätzlich. Für dieses aus der Perspektive gesundheitlicher Ungleichheiten besondere Problemfeld hat sich der Begriff Präventionsdilemma in der Public Health Forschung etabliert.

#### *Das Präventionsdilemma*

Der Dissertation liegt die *These* zu Grunde, dass sowohl *die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder* als auch *Elternaufklärungsprogramme zur Sensibilisierung* für die Teilnahme dieser Untersuchungen und schließlich die *Partizipation von Eltern im Alltag von Kindertagesstätten* unter *Bedingungen eines Präventionsdilemmas umgesetzt werden* (maßgeblich hierzu Bauer 2005). Dieses theoretische Modell geht, wie oben kurz angeschnitten, davon aus, dass diejenigen Gruppen, die am stärksten von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren würden, bislang am wenigsten durch entsprechende Programme erreicht werden können. Der soziologischen Bildungsforschung sowie der Forschung in der Erwachsenenbildung liegen eine große Anzahl von Studien vor, die immer wieder nachweisen, dass diese Regelmäßigkeit ein prinzipielles Problem von Erwachsenenbildung ist (vgl. u.a. Bolder & Hendrich 2000; BMBF 2002; Bremer 2006; Bolder 2006; Bremer 2007). Im Zusammenhang mit Erwachsenenbildung wird dieses Phänomen als „Matthäus-Effekt“ bezeichnet.

Unabhängig von der Terminologie scheint es also einen übergreifenden Zusammenhang zu geben, der vergleichsweise sozial privilegierte Individuen oder soziale Gruppen stärker auf Angebote der Erwachsenenbildung im Allgemeinen, der Prävention und der Gesundheitsförderung im Besonderen und in den für die vorliegende Arbeit zentralen Bereich der Vorsorgeuntersuchungen und Elternarbeit im Setting

Kita zurückgreifen lässt. Über das Problem der selektiven Erreichbarkeit hinaus – und dieses Motiv macht die dargestellten Zusammenhänge zu echten Dilemmata – kann gerade auf der Grundlage wirksamer Interventionsmaßnahmen der Abstand zwischen erreichten ressourcenstarken und nicht erreichten ressourcenschwachen Gruppen noch weiter anwachsen (Hurrelmann 2006a; vgl. auch Graham 2008). Die gesundheitliche Ungleichheit kann mithin ausgerechnet durch sinnvolle und wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme weiter ansteigen, wenn die Programmwahrnehmung in dieser Weise selektiv verläuft. Denn dadurch, dass privilegierte und sozial begünstigte Individuen oder soziale Gruppen häufiger entsprechende Programme in Anspruch nehmen und auf dieser Grundlage etwa gesundheitsbezogenes Risikoverhalten minimieren oder gesundheitsförderliches Verhalten stärken, gleichzeitig aber unterprivilegierte Individuen oder soziale Gruppen seltener ihre ohnehin statistisch signifikant höheren riskanteren Verhaltensweisen durch entsprechende Angebote ändern, droht sich die bestehende Kluft eher auszudehnen als zu reduzieren (Hurrelmann 2006a).

#### *Präventionsdilemma im Alltag der Präventionspraxis*

Der *erklärungskräftige Begriff des Präventionsdilemmas* muss allerdings – so eine weitere wichtige These der vorliegenden Arbeit – *weiter ausdifferenziert* werden, sobald es um die konkrete Umsetzung und Erreichbarkeit geht. Eines der Ziele der vorliegenden Dissertation ist es auf der Grundlage empirischer Ergebnisse aus zwei Kitabefragungen in den Kapiteln 5 und 6 am Beispiel der Implementierung der Vorsorgeuntersuchungen, der Teilnahme an dem Projekt „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ zur Sensibilisierung der Eltern für die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen und der Partizipation der Eltern im Setting Kita, die Barrieren und Hindernisse genauer zu identifizieren, durch die das Präventionsdilemma im Alltag konstituiert wird. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass sich die Barrieren und Hindernisse je nach Kontext unterscheiden, in dem sie implementiert werden. Deshalb ist die Berücksichtigung der jeweiligen Kontextbedingungen ebenfalls zentral für die hier vorliegende Untersuchung.

*Es wird sich im Verlauf der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Analyse der genauen Ursachen und Mechanismen, die das so genannte Präventionsdilemma bewirken und die Strategien zur Überwindung dieses sozialen Dilemmas als zentrale Aufgaben*

*einer ungleichheitsorientierten Gesundheitswissenschaft und gleichzeitig als ein notwendiger Schritt zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten gelten müssen.*

#### *Das Präventionsdilemma in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U1-U9)*

Das oben beschriebene Dilemma in der Erreichbarkeit von bestimmten sozialen Gruppen durch Präventionsangebote gilt auch für den Bereich der medizinischen Vorsorgeuntersuchungen, wie etwa bei der Krebsvorsorge bei Erwachsenen. Die ungleiche Inanspruchnahme gilt aber ebenfalls für die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 für Kinder (Langness 2007; Langness 2008). Diese Untersuchungen werden bei Kindern vom Tag der Geburt bis zum 6. Lebensjahr regelmäßig durchgeführt und sollen Krankheiten oder körperliche und psychische Beeinträchtigungen frühzeitig erkennen um sie zu therapieren. Obwohl die Angebote für Eltern kostenneutral sind, ist bekannt, dass gerade in den späteren Untersuchungen (U7-U9) die Teilnahme-raten sinken. Dabei weist die Abnahme in der Inanspruchnahme einen gravierenden sozialen Gradienten auf, Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen und Eltern mit Migrationshintergrund nehmen seltener an den Untersuchungen teil. Es liegt also auch hier ein spezifisches Präventionsdilemma vor. Dieses spezifische Präventionsdilemma des unterschiedlichen Vorsorgeverhaltens im Kontext von kindlicher Erziehung liegt an der Schnittstelle intergenerationalen Gesundheitsverhaltens, elterlichen Erziehungshandelns, Versorgungsangeboten und institutionellen Einbettungen der Angebote. Damit ist ein für diese Untersuchung maßgebliches Handlungsfeld identifiziert. Ungeklärt sind jedoch noch die Ursachen dafür, die Eltern daran hindern, mit ihren Kindern an den Untersuchungen teilzunehmen. Das ist wichtig, damit bislang nicht erreichte Eltern bedarfsgerechter und zielgruppenspezifischer angesprochen werden können.

#### *Das Präventionsdilemma in der Inanspruchnahme von präventiven Programmen*

In den letzten Jahren sind sehr viele Maßnahmen und Initiativen ergriffen worden, um bislang nicht erreichte Eltern für die Wichtigkeit der U-Untersuchungen zu sensibilisieren, wie z. B. das von der BZgA initiierte Projekt „Ich geh’ zu U und du?“ (IFUMA 2004). Doch auch die Programme zur Sensibilisierung für die U-Untersuchungen können selbst einem Präventionsdilemma unterliegen. Der größte Teil dieser Programme ist universell ausgerichtet. Bei dieser Ausrichtung ist bekannt, dass sie stärker Menschen aus der Mittelschicht bzw. autochthone Gruppen erreicht,

seltener aber sozial benachteiligte Gruppen oder Menschen mit Migrationshintergrund. Es wäre also für die Aufklärungsangebote ebenfalls zentral zu analysieren, welche Inhalte und welche Art der Ansprache notwendig sind, um bislang nicht erreichte Gruppen besser zu erreichen. In der hier vorliegenden Arbeit wird am Beispiel des Projekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“, das Eltern für die Inhalte der U-Untersuchungen sensibilisieren möchte und ein universelles, jedoch settinggebundenes Programm darstellt, untersucht, inwieweit sozial benachteiligte Elterngruppen das Programm wahrnehmen und ob und wenn ja, in welchen Bereichen ein Präventionsdilemma auch hier diagnostiziert werden kann.

#### *Das Präventionsdilemma in der Elternarbeit in der Kita*

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Eltern und dem pädagogischen Personal wird in der pädagogischen Praxis als eine der wichtigsten Bedingungen für das Gelingen einer Erziehungspartnerschaft und damit für eine optimale Entwicklung von Kindern und somit auch als ein entscheidender präventiver Schutzfaktor angesehen. Für den Bereich der Zusammenarbeit mit Eltern in der Institution Kita ist eine regelmäßige und vertrauensvolle Kommunikation zwischen Eltern und dem pädagogischen Personal gerade für die Eltern maßgeblich, die einen Bedarf nach Erziehungsberatung haben könnten bzw. von präventiven Programmen, die im Setting Kita angeboten werden, am meisten profitieren können. Denn hier können Erzieher Eltern bei Bedarf sehr flexibel in Erziehungsfragen unterstützen und beraten, diese an professionelle Erziehungshilfen weiterleiten oder Elternbildungskurse im Setting anbieten.

Doch gerade aus Kindergärten und Kindertagesstätten ist bekannt, dass sozial benachteiligte Eltern und viele Eltern mit Migrationshintergrund seltener die vorhandenen Partizipationsmöglichkeiten im Setting Kita nutzen (Fthenakis 2003; Textor 2006; Kuhlemann 2008; Tietze 2008; Huppertz 2010). Gerade für die Erreichbarkeit der Eltern in diesem Setting sind jedoch auch die settingbezogenen Maßnahmen und Programme von entscheidender Bedeutung, denn sie bilden die Bedingung der Möglichkeit dafür, dass Präventionsprogramme im Setting überhaupt eine Erfolgchance haben. Vor dem Hintergrund bisheriger Forschungsergebnisse lässt sich also davon ausgehen, dass auch in der allgemeinen Elternarbeit und Elternpartizipation im Setting Kita ein Präventionsdilemma vorliegt.

### *Die kulturelle Passung zwischen Eltern und der Institution Kita*

Viele der Schwierigkeiten, die es in der Elternarbeit in Kitas gibt, rühren daher, dass Eltern und das pädagogische Personal unterschiedliche soziale und kulturelle Hintergründe aufweisen und somit differente Vorstellungen über Erziehung, Gesundheit, Bildung etc. haben; das *Passungsverhältnis* zwischen der Institution Kita – für die Institution Schule ist diese Schwierigkeit in der ungleichheitsorientierten Bildungsforschung bereits umfassender untersucht worden (vgl. etwa Grundmann et al. 2004, 2006) und Eltern aus sozial benachteiligten Schichten oder Eltern aus anderen kulturellen und ethnischen Kontexten, kann also stark variieren, mehr oder weniger ausgeprägt sein und im Extremfall zu sozio-kulturellen Missverständnissen führen.

So können Eltern aus bestimmten sozialen Gruppen Vorstellungen über die Aufgaben der Kita haben, die nicht mit der Selbstbeschreibung der Institution Kita oder der Selbstbeschreibung der Funktionsrolle der Erzieher übereinstimmen. Diese Divergenzen können gerade bei Eltern aus unteren Schichten und Milieus sowie Eltern aus anderen als der dominanten Mehrheitskultur stammenden Gruppen am größten bzw. das Passungsverhältnis am wenigsten ausgeprägt sein.<sup>3</sup> Die Bestimmung und die Berücksichtigung dieser kulturellen und sozialen Differenzen im Alltag von Kitas ist – so eine weitere These dieser Arbeit – eine zentrale Voraussetzung für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten.

### **1.2 Allgemeine Strategien zur Reduzierung des Präventionsdilemmas**

Für die bessere Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Eltern und zur Überwindung bzw. Verringerung des Präventionsdilemmas sind also *erstens* die Art der Ansprache, *zweitens* die Inhalte von Präventionsprogrammen und Präventionsmaßnahmen sowie *drittens* der Umgang der Institutionen mit diesen Gruppen, viel bedarfsgerechter zu gestalten und stärker auf ihre kulturellen und sozialen Besonderheiten auszurichten als bislang. In der Public Health Forschung und in der Praxis im Gesundheitswesen, aber auch in der sozialen Arbeit gelten in diesem Zusammenhang zwei Strategien als besonders viel versprechend, sozial benachteiligte Gruppen durch Maßnahmen der Prävention bzw. der Weiterbildung besser zu erreichen bzw. das

---

<sup>3</sup> Das ungleichheitstheoretische Konzept des kulturellen Passungsverhältnisses ist sehr gut in den bildungssoziologischen Studien Pierre Bourdieus herausgearbeitet worden. Vgl. hierzu ausführlich Bourdieu & Passeron 1971; Bourdieu & Passeron 1973.

Präventionsdilemma zu überwinden: a) Settinganbindung von Präventionsprogrammen (Gehstruktur) und b) eine zielgruppenspezifische Herangehensweise (Altgeld 2006b).

### *Der Settingansatz*

Gerade von sozial benachteiligten Gruppen ist seit langem bekannt, dass sie durch so genannte „Kommstrukturen“ kaum erreicht werden können. Präventionskurse, die etwa Volkshochschulen oder Krankenkassen anbieten, werden fast ausschließlich von Mittelschichten (und Frauen) genutzt (vgl. u.a. Bremer 2007; Bolder 2006). Zur Überwindung dieser allerersten Hürde werden deshalb in den letzten Jahren zunehmend Präventionsprogramme in Settings hineingetragen, in denen sich Menschen und besonders bislang schwer erreichbare Gruppen ohnehin befinden und bewegen (WHO 1986; zur Settinganbindung von Programmen s. Kap. 2).

Settings lassen sich in einer allerersten Annäherung nach der klassischen Definition der WHO, aber auch nach dem Verständnis des aktuell initiierten „Gesunde Städte-Netzwerks“ als soziale Handlungsfelder verstehen, zu denen so unterschiedliche Orte gezählt werden wie Städte oder Stadtteile, Betriebe, Gefängnisse, Krankenhäuser oder Schulen. Im Laufe der Jahre wurden weitere Settings der Gesundheitsförderung identifiziert bzw. der Settingbegriff über die von der WHO 1986 identifizierten Handlungsfelder erweitert. So wird neben dem Setting Kita, dem Setting Gefängnis oder dem Setting Altersheim inzwischen auch von einem Setting Familie oder einem Setting Freizeit gesprochen. Die Bedeutung und die Reichweite des Settingansatzes in der Public Health-Literatur werden dabei sehr kontrovers diskutiert (z. B. Altgeld 2006a; Hurrelmann & Laaser 2006; Rosenbrock 2003; Schnabel 2008; Sahrai 2009b; ausführlicher hierzu Kap. 2). An dieser Stelle lässt sich ein vorläufiger Minimalkonsens aller relevanten Positionen benennen: Durch eine Settinganbindung wird versucht, Menschen dort mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erreichen, wo sie sich ohnehin in ihrem alltäglichen Handeln aufhalten.

Die Einbindung in Settings überwindet zwar die erste Hürde der Erreichbarkeit, dies sagt jedoch noch wenig darüber aus, ob die betreffenden Eltern tatsächlich diese Programme in Anspruch nehmen und ob sie bei diesen Gruppen tatsächlich ankommen und wirksam sind.

### *Zielgruppenspezifität und Schwierigkeiten der Zielgruppenbestimmung*

Eine anspruchsvollere und erweiternde Strategie, um durch den Setting-Ansatz diejenigen Gruppen besser zu erreichen, die bislang von präventiven bzw. gesundheitsfördernden Programmen kaum angesprochen werden konnten, ist die Strategie der zielgruppenspezifischen Herangehensweise (Armbruster 2006, 2009; Schlösser 2004; Bauer & Bittlingmayer 2006; Kuhlemann 2008). Programminhalte und die Art und Weise der Ansprache sollten sich demnach stärker an die jeweiligen Zielgruppen anpassen. Denn ausgerechnet Programme, die den Anspruch haben universell zu sein, werden häufig nur von bestimmten sozialen Gruppen – im Kontext der allgemeinen Elternarbeit vor allem Mittelschichteltern aus eher akademischem Umfeld – wahrgenommen und genutzt (Bauer 2005).

Eine zielgruppenspezifische Herangehensweise steht allerdings immer in der Gefahr, für die jeweilig bestimmte Gruppe stigmatisierend und diskriminierend, für die anderen nicht angesprochenen Gruppen wiederum ausgrenzend zu sein. Die Frage, *wie viel Zielgruppenspezifität also ein Programm verträgt*, damit es auf der einen Seite diese Gefahren vermeidet, auf der anderen Seite aber in einer Weise gestaltet wird, mit der auf die speziellen kulturellen, ethnischen und soziökonomischen Besonderheiten und Bedarfe von bestimmten Gruppen eingegangen wird, damit sie tatsächlich erreicht werden, *verweist auf ein prinzipielles Spannungsfeld in den Gesundheitswissenschaften, das nicht theoretisch vorentschieden und dadurch aufgelöst werden kann, sondern stets auf konkrete empirische soziale Verhältnisse bezogen bleibt (Mielck 2006).*<sup>4</sup>

Es ist also wichtig erstens zu bestimmen, *wie* die Zielgruppe ausgewählt wird (anhand welcher Kriterien) und zweitens, *was* die Bedarfe und Bedürfnisse dieser Zielgruppen sind, damit Programme in Form von „tailored messages“ („maßgeschneiderte Angebote“) auf bestimmte Zielgruppen auch tatsächlich zugeschnitten werden können. Um jedoch bislang nicht erreichte Gruppen zu erreichen muss als erstes bestimmt werden, welche Gruppen nach welchen Kriterien nicht erreicht werden und zweitens müssen Zielgruppen nach bestimmten Merkmalen und einem bestimmten Bedarf identifiziert werden, auf die dann die Programme (u.U. lebensweltorientiert bzw. kultursensibel und an die jeweiligen Lebensstile angepasst) bedarfsgerecht zugeschnitten werden bzw. die jeweiligen Gruppen „auf ihre Art“ angesprochen werden.

---

<sup>4</sup> In diesem Spannungsfeld zwischen Programmtreue auf der einen Seite und dem Ziel der Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Gruppen bewegen sich im Übrigen alle als universal geltenden Präventionsprogramme.

Wie bereits beschrieben, bezieht sich die Diagnose des Präventionsdilemmas auf die ungleiche Inanspruchnahme von Präventionsdiensten durch Gruppen, die aufgrund ihrer unterschiedlichen sozialen Lage ohnehin einen besseren resp. schlechteren gesundheitlichen Zustand aufweisen (Mielck 2006).

Doch zu den Gruppen von Menschen, die durch Präventionsprogramme – vor allem in Form ihrer klassischen Kommstruktur – nicht erreicht werden, gehören neben Menschen aus unteren sozialen Schichten:

- Menschen mit Migrationshintergrund,
- Männer,
- Menschen aus höheren sozialen Schichten/ökonomische Eliten,
- Alleinerziehende,
- Kinder und Jugendliche (wenn Programme nicht in Settings eingebunden werden),
- ältere Menschen sowie
- Menschen, die von Arbeitslosigkeit und von Armut betroffen sind

#### *Die Mehrdimensionalität der Zielgruppen*

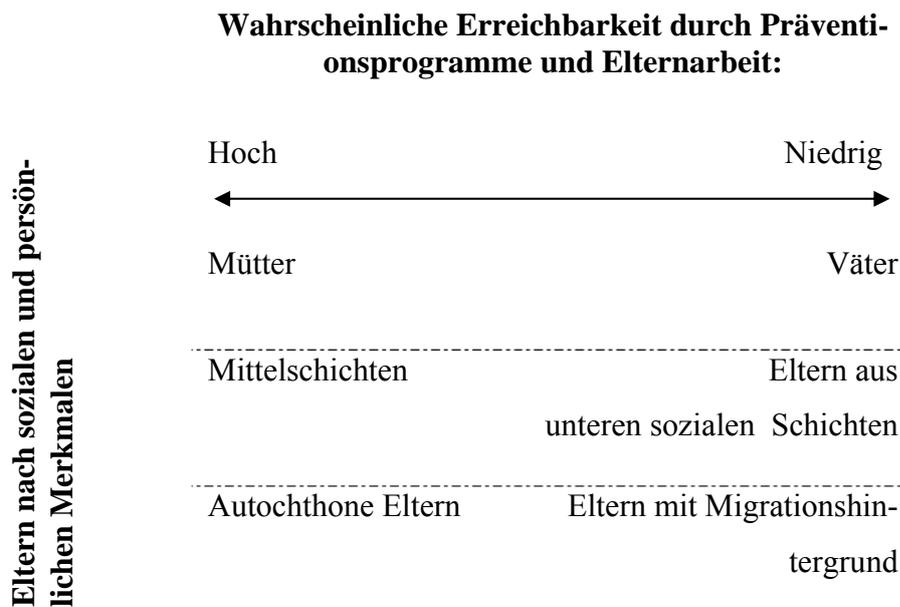
Diese beispielhafte Aufzählung macht bereits deutlich, dass die „Zielgruppen“, die bei der Implementierung von Präventionsprogrammen gesondert zu berücksichtigen wären, sich entlang ganz unterschiedlicher Kategorien sortieren lassen. Komplizierter wird die Bestimmung der Zielgruppen und ihrer Bedarfe und Bedürfnisse vor allem dadurch, dass sich hier mehrere Dimensionen überlappen. So werden Frauen zwar im Gegensatz zu Männern besser durch Präventionsprogramme erreicht, sie gehören jedoch häufiger zu den Ressourcenschwachen und bilden die große Mehrheit der Alleinerziehenden, die wiederum nicht von präventiven Programmen angesprochen werden. In ihrem Präventionsbericht 2008 hält z. B. die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fest, dass Frauen besser durch Kurse erreicht werden, Männer durch betriebliche Gesundheitsförderung und Kinder und Jugendliche durch Anbindung in den Settings Schule und Kindertagesstätte (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes des Bundes deutscher Krankenkassen 2008). Würde man nur nach diesen Dimensionen vorgehen, dann wären z. B. arbeitslose Männer von Präventionsprogrammen ausgeschlossen. Es wird hier offensichtlich, dass die oben genannten Dimensionen, wenn sie eindimensional zur Bestimmung von Zielgruppen für Präventionsprogramme bestimmt werden, nicht ausreichend sind.

### *Die Zielgruppen in der vorliegenden Studie*

Es ist im Rahmen einer Dissertation nicht zu leisten, alle relevanten Differenzierungslinien zu berücksichtigen, die im Kontext der Diagnose des Präventionsdilemmas und der Bestimmung der Zielgruppe eine gewichtige Rolle spielen. Vielversprechend erscheint zunächst die Einschränkung auf ein spezifisches Setting als Handlungsfeld. Deshalb wird in der vorliegenden Studie der Fokus auf die Gruppe der Eltern, die Kinder im Vorschul- und Kindergartenalter haben, gerichtet und daraufhin genauer untersucht, entlang welcher sozialer Dimensionen sich Eltern im Bezug auf ihr Vorsorgeverhalten oder ihre Beteiligung in der Kita sowie auf ihr Präventionsverhalten unterscheiden und eine zielgruppenspezifische Ansprache provozieren, mit der dann das Präventionsdilemma bekämpft oder zumindest reduziert werden kann.

Als Gruppen von Eltern, die durch präventive Elternbildungsprogramme und Elternaufklärungskampagnen, aber auch in der Elternarbeit im Setting Kita schwerer erreicht werden können, werden in der Regel folgende genannt: Familien aus unteren sozialen Schichten und mit geringer Schulbildung, Familien mit Migrationshintergrund und Väter. Wie oben beschrieben gilt auch für diese Dimensionen, dass sie sich überlappen können, denn die realen Individuen und sozialen Gruppen, für die das Präventionsdilemma überwunden werden soll, sind immer *gleichzeitig* entlang der drei Strukturdimensionen Geschlecht, Ethnizität/Migrationshintergrund und soziale Klasse verortet.

Ob nun eine sozial benachteiligte Mutter stärker im Kitaalltag partizipiert als ein akademischer Vater oder nicht und ob die Erreichbarkeit einer Zielgruppe entlang bestimmter Merkmale für die präventiven und gesundheitsfördernden Potenziale von Elternarbeit in Zusammenhang mit dem Präventionsdilemma relevant sind oder nicht, muss dabei im Einzelfall erst festgestellt werden. Die folgende Abbildung 1 zeigt schematisch die Differenzierung der Zielgruppe der Eltern entlang ihrer sozialen und persönlichen Merkmale und der Erreichbarkeit durch Präventions- und Aufklärungsprogramme:



*Abb. 1: Strukturbezogene Differenzierung der Elterngruppen und die Abhängigkeit ihrer wahrscheinlichen Erreichbarkeit, eigene Darstellung*

Abbildung 1 soll zeigen, dass das Geschlecht, die soziale Schichtzugehörigkeit und der Migrationshintergrund wichtige Einflussfaktoren für die Erreichbarkeit der Eltern sein können. Dabei sollen die gestrichelten Linien verdeutlichen, dass sich diese drei Strukturdimensionen in der Realität nur analytisch unterscheiden und trennen lassen. Dieser Aspekt der Multidimensionalität der Zielgruppenbestimmung ist sehr konsequenzreich für eine praxisbezogene Wissenschaft wie Public Health und wird bislang in den Kampagnen, Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen noch viel zu wenig berücksichtigt. Ich werde im dritten Kapitel ausführlich auf die komplexen Prozesse und Mechanismen der Identifizierung von Zielgruppen eingehen. Für den bisherigen Argumentationsgang ist zunächst wichtig festzuhalten, dass im Kontext des theoretischen Instruments des Präventionsdilemmas die Konzentration auf ein einziges strukturelles Merkmal bei der Bestimmung von Zielgruppen mit dem Ziel der Überwindung dieses Dilemmas nicht ausreicht. Ich möchte diesen Aspekt abschließend nur kurz illustrieren.

#### *Konsequenzen der Mehrdimensionalität für eine zielgruppenspezifische Prävention*

Die Ursachen für das Präventionsdilemma im Bereich Vorsorge, Elternbildung und Elternarbeit können wie angedeutet auf ganz unterschiedlichen Ebenen liegen. Wenn z. B. ein Vater mit griechischem Migrationshintergrund aus der unteren sozialen Schicht an Elternabenden in der Schule seines Kindes nicht teilnimmt, dann ist für eine erfolgreiche zielgruppenspezifische Intervention zur Verbesserung der Teilnah-

me an Elternabenden genau zu analysieren, ob nun die Teilnahmeverweigerung auf das Geschlecht, die soziale Schichtzugehörigkeit oder den Migrationshintergrund zurückzuführen ist bzw. wie diese drei Dimensionen ineinander wirken, sich gegenseitig verstärken oder abschwächen.

Je nach dem, welche Hindernisse aufgrund welcher Merkmale und welcher Bedürfnisse vorliegen, kann erst die Ursache des Problems – d. h. der Grund für die Nichtinanspruchnahme – identifiziert werden. Und erst dann können auch die Entwicklung und der Einsatz der richtigen Strategien – d. h. eine zielgruppenspezifische Ansprache oder Programmgestaltung – erfolgen. Die Frage, wie eine zielgruppenspezifische Prävention aussehen sollte, die auf der einen Seite zur Überwindung des Präventionsdilemmas beiträgt, auf der anderen Seite aber bestimmte Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen nicht diskriminiert oder stigmatisiert, kann abstrakt nicht beantwortet werden. Die Grenzen zwischen diesen beiden Polen können in der Praxis fließend sein, eine zielgruppenspezifische Maßnahme kann im Hinblick auf ihre Präventionsziele erfolgreich sein und in bestimmten Situationen aber dennoch stigmatisierende Effekte haben. Dies spricht jedoch nicht gegen eine zielgruppengerechte Gestaltung von Präventionsprogrammen. Es zeigt aber, wie sensibel das Thema gehandhabt werden muss.

Die Anbindung von Präventionsangeboten für Eltern im Setting – hier konkret das Setting Kita – und die zielgruppenspezifische Herangehensweise an Eltern als zwei mögliche Strategien, bislang schwer erreichbare Elterngruppen durch Präventions- und Aufklärungsprogramme besser zu erreichen, stehen im Zentrum der nächsten beiden Kapitel.

Im anschließenden Kapitel 2 steht das Setting als Strategie der Gesundheitsförderung im Mittelpunkt. Darin werden ebenfalls die Besonderheiten des Setting Kita sowie die Rahmenbedingungen und Strukturen der Kita für die erfolgreiche Implementierung von Präventionsprogrammen im Setting unter der Berücksichtigung sozial benachteiligter Eltern und Eltern mit Migrationshintergrund diskutiert. Im Kapitel 3 widmet sich die Arbeit ausführlich der theoretischen und empirischen Bestimmung der Zielgruppe. Es wird sich zeigen, dass vor allem die komplexe Bestimmung der Zielgruppen von Präventionsangeboten eine unverzichtbare Bedingung ist, Präventionsprogramme so zu gestalten, dass tatsächlich die bislang nicht bzw. schwer erreichten Gruppen auch erreicht werden können. Die in diesem Kapitel theoretisch

bestimmten Gruppen dienen im empirischen Teil (Kap. 4-6) als Heuristik für die Operationalisierung der unabhängigen Variablen.

## **Kap. 2: Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung: Normative Ansprüche und praktische Umsetzungszwänge**

Gesundheitswissenschaftlicher Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Diagnose des Präventionsdilemmas. Es hat sich im ersten Kapitel gezeigt, dass diese Diagnose, so erklärungskräftig sie auch ist, weiteren Differenzierungsbedarf aufweist. Da der Settingansatz als besonders vielversprechende Public Health Strategie gilt, das Präventionsdilemma zumindest zu reduzieren, wird er in diesem Kapitel ausführlicher als üblich behandelt. Dabei geht es zunächst darum, die Vielschichtigkeit und Mehrdeutigkeit des Setting-Begriffs und die unterschiedlichen Setting-Strategien herauszuarbeiten. Ferner ist von Bedeutung, ob durch den Settingansatz sozial benachteiligte Gruppen tatsächlich besser erreicht werden können und ebenfalls, ob der Settingansatz anschlussfähig und offen ist für die im ersten Kapitel zentrale Figur der Multidimensionalität vulnerabler Zielgruppen.

### *Interdisziplinäre Zugänge zum Setting-Begriff*

Der Setting-Begriff bzw. das Setting-Konzept kann als eines der wenigen gesundheitswissenschaftlichen Theorieangebote gelten, die auf eine originär gesundheitswissenschaftliche Theorieentwicklung zurück gehen und stellt seit über zwei Jahrzehnten einen bedeutenden Bezugsrahmen für die Theorie und Praxis von Public Health dar (Schnabel 2007; Sahrai 2009b). Das Wort *Setting* kommt aus dem Englischen und bedeutet u.a. Situation, Rahmen, Hintergrund, Kulisse, Milieu (Leo Online Wörterbuch Englisch-Deutsch) oder auch Lage, Umgebung, äußere Umgebung (Wahrig Fremdwörterlexikon).

In der Psychologie wird das Setting-Konzept schon länger verwendet und bezeichnet die Rahmenbedingungen, in die eine Therapie eingebunden ist: „die Gesamtheit der Umgebungsmerkmale, in deren Rahmen bestimmte (z. B. sozialpsychologische, pädagogische, therapeutische) Prozesse stattfinden oder sich bestimmte Erlebnisse (z. B. von Drogenabhängigen) ereignen“ (Meyers Lexikon Online). Insbesondere der Begriff des „behavior setting“, ein von „R.G. Barker entwickelter Begriff, der die Verhaltensunterschiede beim Überwechseln von einem Umweltkontext zum anderen hervorhebt“ (ebda.) spielt in der Psychologie eine wichtige Rolle.

In der sozialpädagogischen Familienhilfe stellt das Setting die Rahmenbedingungen der Familienhilfe dar: „Die Sozialpädagogische Familienhilfe erfolgt unter bestimmten Rahmenbedingungen, dem 'Setting'. Das Setting beinhaltet diejenigen Rahmenbedingungen, die an die Ziele der SPFH [Sozialpädagogische Familienhilfe; Anm. D.S.] und an die Möglichkeiten der Familien angepaßt sind“ (DJI o.J.).

Parallel bzw. neben der Verwendung in verschiedenen Nachbardisziplinen hat das Setting-Konzept nach der Erklärung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) und dem anschließend initiierten „Gesunde-Städte-Netzwerk“ prominent in die Gesundheitswissenschaften und Eingang gefunden. Die Ausgangsformulierungen zum Setting-Konzept in der Ottawa-Charta waren noch sehr abstrakt. Erst mit der Implementierung des „Gesunden-Städte-Netzwerks“ wurde das Setting-Konzept deutlicher konkretisiert, indem etwa nach Möglichkeiten gesucht wurde, das Konzept in den verschiedenen Ländern zu integrieren und praktisch umzusetzen (Altgeld 2004). Seit dem gilt der sog. Settingansatz als Instrument, mit dem Gesundheitsförderung nicht nur allgemein implementiert und verbreitet werden kann, sondern mit dem darüber hinaus besonders gut sozial benachteiligte, bislang von Gesundheitsförderung und Prävention nicht oder schwer erreichbare Gruppen erreicht werden können (vgl. u.a. Naidoo & Wills 2003: 257-322). Nach Altgeld (2008: 515) stellt der Settingansatz „mittlerweile tatsächlich die Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar“.

Der Settingansatz ist im Rahmen von Public Health als unmittelbar normatives und interventionistisches Konzept zunächst nur gemeinsam mit dem Konzept der Gesundheitsförderung denkbar. *Der Settingansatz ist deshalb kein Selbstzweck*, sondern gilt als ein „Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007: 358), d. h. der Umsetzung von Gesundheitsförderung. Um also zu einem angemessenen Verständnis des Setting-Konzepts zu gelangen, ist es in einem ersten Schritt notwendig, kurz das Konzept der Gesundheitsförderung vorzustellen.

## **2.1 Gesundheitsförderung als normativer Hintergrund des Setting-Ansatzes**

Nach der Ottawa-Charta ist Gesundheitsförderung „the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete

physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment“ (WHO 1986). Um diese starken normativen Vorgaben zu konkretisieren, werden fünf Handlungsebenen unterschieden, in denen Gesundheitsförderung realisiert werden soll:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste (Franzkowiak & Sabo 1993, zit. nach Altgeld & Kolip 2007: 33).

Eine so verstandene umfassende Gesundheitsförderung galt als Gegenkonzept zur traditionellen Gesundheitserziehung. Bezog sich die ältere *Gesundheitserziehung* nur auf die Aufklärung von Individuen und auf die Beeinflussung individuellen Verhaltens, ist das Ziel von Gesundheitsförderung in diesem Sinne, Gesundheit auf der Mikro-, Meso- und Makroebene anzugehen (Schnabel 2007: 21) und sie als gesamtgesellschaftliches Querschnittsthema zu verankern. Die Mikroebene bezieht sich dabei auf die Veränderung des individuellen Verhaltens durch die Stärkung persönlicher Kompetenzen (Wulfhorst & Hurrelmann 2009). Die Mesoebene ist die Ebene der „institutionellen oder organisatorisch-strukturellen Vorraussetzungen“ (Schnabel 2007: 21). Zu dieser Handlungsebene gehören gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten sowie die Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Auf der Makroebene schließlich soll Gesundheit zum Querschnittsthema erhoben werden und alle Politikbereiche berühren. Politiker aller Sektoren sollen sich über die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen bewusst sein bzw. für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung Verantwortung übernehmen (WHO 1986). Zentral ist dabei, dass all diese Ebenen miteinander verbunden und voneinander abhängig sind. *Gesundheitsförderung kann nur gelingen, wenn sie sich auf allen Handlungsebenen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen gleichermaßen bezieht*, so die Devise der WHO.

Für die erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderung ist es ferner notwendig, dass „Health Promotion strategies and programmes should be adapted to the local needs and possibilities of individual countries and regions to take into account differing social, cultural and economic systems“ (WHO 1986: 2). Dieser Aspekt ist

besonders für Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen und Menschen mit Migrationshintergrund relevant. Denn wenn Gesundheitsförderung wirksam sein soll, dann müssen die sozialen, ökonomischen und kulturellen Besonderheiten verschiedener Gruppen auch innerhalb *einer* Gesellschaft – hier etwa entlang sozialer Schicht, sozialer Milieus, ethnischer Zugehörigkeit, Migrationsstatus und -hintergrund – in Programmen und Strategien der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden (Sahrai 2009a). Dieser Aspekt verweist unmittelbar auf die zuvor herausgestellte Multidimensionalität von Zielgruppen der Gesundheitsförderung und wird in der hier vorliegenden Arbeit eine zentrale Rolle spielen. Festgehalten werden kann hier zunächst, dass der Settingansatz zumindest anschlussfähig für eine multidimensionale Perspektive zu sein scheint.

### *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung*

Die normativen Ansprüche an Gesellschaften, die Gesundheitsförderung implementieren möchten, sind nach der Ottawa-Charta von 1986 enorm hoch (vgl. hierzu auch Habersack 2009; Remmers 2009 und Schnabel 2009). Gesundheit bekommt in dieser Auslegung in etwa dieselbe emphatische und emanzipatorische Bedeutung wie ein emphatisch verstandener Bildungsbegriff (Altgeld 2006a).

Die oben dargelegten Handlungsebenen, Handlungsempfehlungen und Bedingungen für gelingende Gesundheitsförderung erfordern grundlegende strukturelle Veränderungen und soziale Umwälzungen. Die „Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik“ würde z. B. bedeuten, dass Sozialpolitik oder Bildungspolitik Reformen dahingehend gestalten müssten, dass sie die Förderung von Gesundheit für die gesamte Bevölkerung ermöglichen (Graham 2008; Bartley 2009). Die „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten“ würde grundlegende Veränderungen im bestehenden Schulsystem, der Familienpolitik oder in den Arbeitsbedingungen in öffentlichen und privaten Sektoren bedeuten. Für die Arbeitsbedingungen würde die „Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt“ u. a. sichere Arbeitsverhältnisse, angemessene Entlohnung, keine Arbeitsüberlastung, genügend Ruhepausen und Entspannung, Partizipation in Arbeitsprozessen und die Möglichkeit der persönlichen Entfaltung bedeuten (Hurrelmann & Laaser 2006).

Obwohl die Stärkung persönlicher Kompetenzen von Individuen ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsförderung ist, bleibt der große normative Anspruch der Gesundheitsförderung, nämlich die *gleichzeitige* Gestaltung von Verhältnissen, Strukturen

und Kontextbedingungen. Auch die Verhaltensänderung in diesem Sinn bezieht sich neben der Erziehung zu einem gesundheitsförderlichen individuellen Verhalten auf die Stärkung jener Kompetenzen, die Individuen zur mehr Partizipation, Kontrolle und Verantwortung über das eigene Leben und der Gesellschaft, in der sie leben, befähigen (Hurrelmann 2006b). Die besondere Schwierigkeit und Herausforderung einer Gesundheitsförderung im Sinne der WHO liegt darin, dass sowohl die sozialen und gesamtgesellschaftlichen Kontextbedingungen und Verhältnisse als auch das individuelle Verhalten in den Blick genommen werden sollen. Dabei ist die Perspektive der Gesundheitsförderung ganz prinzipiell so angelegt, dass der Blick auf die strukturellen Verhältnisse primär ist (Schnabel 2008; Kühn & Rosenbrock 1994/2009; Gerlinger & Stegmüller 2009).

#### *Das Auseinanderdriften von Settingansatz und Gesundheitsförderung*

Als Strategie, die die Ziele der Gesundheitsförderung umsetzen soll, hat sich der Settingansatz durchgesetzt. Er ist in wenigen Jahren zu einem zentralen Begriff in Public Health und im Gesundheitssektor avanciert – soweit, dass er auch ohne den Bezug zur Gesundheitsförderung auskommt. Inwieweit im Laufe der Entwicklung und Implementierung dieses Ansatzes die normativ hohen Ansprüche der Gesundheitsförderung weiterhin aufrecht erhalten werden, inwieweit sich der Ansatz unter dem Druck von Kompatibilitätsumutungen an bestehende Strukturen oder Prinzipien wie Nutzenmaximierung (Gerlinger 2008 sowie Gerlinger & Stegmüller 2009) inhaltlich verändert und den normativen Logiken bestehender Strukturen angepasst hat oder inwieweit er sich gar von der Gesundheitsförderung als starkes normatives Postulat „emanzipiert“ hat, wird kontrovers diskutiert. Klar ist aber, dass beispielsweise ein Elternaufklärungsprogramm, das sich auf das Setting-Konzept bezieht oder auch nur in einem identifizierbaren Setting angesiedelt ist, stets auch mit dem normativen Erwartungshorizont der Gesundheitsförderung konfrontiert ist und sich dazu verhalten muss.

## 2.2 Der Setting-Ansatz zwischen Emanzipation, Mittelschichtorientierung und New-Speech

Im Bezug auf die Realisierung von Gesundheitsförderungsstrategien heißt es in der Ottawa-Charta: „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one’s life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members” (WHO 1986: 5). In dieser Aussage sind nicht nur die drei gesellschaftlichen Bereiche der Mikro-, Meso- und Makroebene zusammengefasst, zentraler noch ist die Aussage, dass Gesundheit unmittelbar dort hergestellt wird, wo Menschen „leben, lernen, arbeiten und lieben“. Die begriffliche Nähe des Settings zum Begriff Handlungskontext verdeutlicht, warum sich der Settingansatz als eine der wichtigsten Strategien der Gesundheitsförderung durchgesetzt hat.

### *Definitionen und Lesarten des Setting-Begriffs*

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung definiert Setting folgendermaßen:

„Ein Setting kann in einem umfassenden Sinn verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gleiche Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang (Lebenswelt), von dem wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können“ (BZgA 2007: 358).

Nach dieser Definition ist ein Setting eine geographisch und sozial abgegrenzte Einheit, die auf unterschiedliche Art und Weise Einfluss auf die Gesundheit von Menschen haben kann. Eine systemtheoretisch orientierte Definition von Setting liefern dagegen die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem Leitfadentext Prävention: „Unter Settings werden soziale Systeme verstanden, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden können“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenver-

bände der Krankenkassen 2006: 11). Zwischen diesen beiden Definitionen liegen ganz unterschiedliche Verständnisse des Setting-Begriffs, die selten thematisiert werden. Während sich in der lebensweltlichen Perspektive Setting als ein Handlungskontext darstellt, so enthält ein Setting aus der systemtheoretischen Perspektive eine stärkere systemische Eigenlogik. Beide unterschiedlichen Zugänge und Verständnisse gehen einher mit unterschiedlichen Auffassungen über Interventionsmöglichkeiten und -strategien.

Aber unabhängig von einer lebensweltbezogenen oder systemischen Variante gilt als zentraler Fortschritt des Settingansatzes gegenüber herkömmlicher Gesundheitserziehung und Gesundheitskursen einerseits (Wulfhorst & Hurrelmann 2009), dass gerade sozial benachteiligte Gruppen und andere bislang nicht erreichte Gruppen nun besser erreicht werden können, dem vielfach beklagten Aspekt der Mittelschichtorientierung präventiver und gesundheitsfördernder Programme (vgl. hierzu vor allem Kühn 1993) also entgegen gewirkt wird. Andererseits sollen mit dem Setting-Ansatz sowohl das individuelle Verhalten als auch Verhältnisse angegangen werden können (Spitzenverbände der Krankenkassen 2006; Rosenbrock 2005; Altgeld 2006a, 2008). Sowohl die oben genannten Definitionen als auch die Vorgaben der WHO lassen noch nicht konkret erschließen, welche Formen von Gesundheitsförderung und Prävention nun mit dem Instrument erreicht werden sollen. Obwohl sich die hier genannten Akteure auf ähnliche Definitionen und auf die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung beziehen, sind die normativen Inhalte und Ziele, Mittel, Handlungsebenen und (Eigen-)Interessen teilweise grundverschieden.

*Der Settingansatz scheint somit offene Interpretationsmöglichkeiten zuzulassen.* So wird er bei einigen lediglich als ein Ort verstanden, mit dem man auf individuelle Verhaltensänderung zielende Aufklärungs-, Informations- und Erziehungsprogramme für sozial benachteiligte Gruppen verankern kann. Hier dient das Setting als Instrument zur Implementierung von Primär- und Sekundärprävention auf der Individualebene. Andere wiederum betonen die Möglichkeiten, Veränderungen der Strukturen in Richtung gesünderer Organisationen umsetzen zu können. Rolf Rosenbrock führt die analytische Unterscheidung zwischen a) *Primärprävention und (teilweise) Gesundheitsförderung im Setting* und b) *gesundheitsförderlichen Settings* als zwei mögliche Umsetzungsstrategien des Settingansatzes ein (Rosenbrock 2005: 62f.). Diese sollen im Folgenden etwas genauer betrachtet werden.

### *Primärprävention im Setting*

Bei der Primärprävention im Setting wird nach Rosenbrock „[...] v.a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention [...] zu platzieren“ (2005: 62). Obwohl diese Art der Auslegung des Settingansatzes in erster Linie verhaltenspräventiv ist, ist sie durch die Gehstruktur zur Erreichung bislang schwer erreichbarer Gruppen besser geeignet als die klassische Kommstruktur (zum Implementationsdilemma vgl. Schnabel 2007; Bauer 2005). Die Kontext- und Rahmenbedingungen des jeweiligen Settings werden dann dazu genutzt, um (häufig auch universelle und nicht auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtete) Präventionsprogramme für sozial benachteiligte Gruppen besser zugänglich zu machen. *Diese Variante dürfte wohl in der Praxis für die meisten Programme, die sich auf den Settingansatz beziehen, zutreffen.*

Bei dieser Strategie zeigt sich, dass eine Verwendung des Settingansatzes nicht automatisch zur Überwindung des Mittelschichtbias von Prävention und Gesundheitsförderung führt. Denn die Berücksichtigung von nicht oder schwer erreichten Zielgruppen außerhalb der Mittelschicht kann durchaus damit einhergehen, dass die *Programminhalte* immer noch mittelschichtorientiert sein können. Denn selbst wenn sozial benachteiligte Gruppen „physisch“ erreicht werden, bedeutet es nicht, dass sie ebenfalls durch die Interventionsinhalte angesprochen werden. Diese bilden vielmehr zwei unterschiedliche Dimensionen der Mittelschichtorientierung von Interventionen.

### *Setting als New-Speech?*

Der Settingansatz verstanden als Primärprävention im Setting ist natürlich nicht unumstritten. So wird einerseits der inflationäre Gebrauch des Settingansatzes beanstandet (Altgeld & Kolip 2007). Das Verständnis, das hinter dem Konzept Primärprävention im Setting steht, birgt die Gefahr, dass immer dann, wenn ein Projekt an Orten wie Schulen, Betrieben etc. durchgeführt wird, als Settingansatz bezeichnet werden darf. Kritisiert wird ebenfalls, dass durch diese Lesart gerade die von der WHO geforderte stärkere Berücksichtigung von Strukturen (allgemeine Arbeits- und Lebensbedingungen, gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen, die Ermöglichung von mehr Emanzipation und Entscheidungsfreiheit von Individuen) kaum noch berücksichtigt wird. Diese Interpretation vom Setting-Ansatz als Primärprävention ist also eine, die sich an die populäre Verhaltensprävention angepasst hat und

dadurch auch gefördert wird (Gerlinger 2008; Kühn & Rosenbrock 1994/2009). Wenzel spricht im Zusammenhang mit diesem gegenüber der WHO eingeschränkten Verständnis von Setting sogar von „New-Speech“ (1997: 2). Unter dem neuen Label Setting würden dieselben Mechanismen und Interventionsstrategien einfach weiter funktionieren. Setting ist dann nur ein anderes Wort für „target area“ (ebda). Die klassische Gesundheitsbildung und -erziehung wird weiterhin durchgeführt, Interventionen beziehen sich weiterhin auf die Verhaltensänderung von Individuen und Gruppen und an dem Prinzip des „blaming the victim“ der klassischen health education würde sich wenig ändern (ebda; vgl. auch Bittlingmayer 2008 und 2009).

Der Settingansatz im Sinne von Primärprävention im Setting erleichtert zwar die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Gruppen durch verschiedene Interventionsprogramme und ist prinzipiell trotz aller hier formulierten Einschränkungen und Grenzen als sinnvolle Strategie zu befürworten. Sie bleibt jedoch weitestgehend eine Topdown-Strategie, wenn nicht ebenfalls andere Kriterien, die mit dem Settingansatz verbunden sind, mit berücksichtigt werden. Wenn Programme in Settings hineingetragen werden, dann sollten sie die Bedarfe, Erwartungen und gegebenen Rahmenbedingungen der im jeweiligen Setting sich befindenden Personen in den Blick nehmen (Wright 2009). Dies wäre eine Minimalanforderung, wenn man auch Aspekte von Partizipation und Empowerment, Lebensweltbezug und Zielgruppenspezifität, die markante Zielgrößen der Gesundheitsförderung und in der Ottawa-Charta angelegt sind, ernst nimmt (vgl. auch Schnabel 2009; Wright 2009 und Marzinzik & Kluwe 2009). Im empirischen Teil der Arbeit (siehe Kap. 5 und 6) wird versucht, Hinweise darüber zu erhalten, mit welchen individuellen Bedürfnissen und Bedarfen bzw. strukturellen Hindernissen und Hürden eine Gesundheitsförderung im Setting Kita, die insbesondere sozial benachteiligte Gruppen adressieren will, genau zu rechnen hat.

### *Normative Perspektive auf das Setting Kita*

Eine Intervention oder die Implementierung eines Programms – etwa die Stärkung von sozialen Kompetenzen in Schulen oder das Erlernen einer gesünderen Ernährungsweise im Kindergarten – in einem Setting kann also durchaus sinnvoll sein, wenn die normativen Ziele der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta angelegt sind, nicht aus den Augen verloren werden. Diese Bemühungen können vielmehr als ein Schritt in die richtige Richtung angesehen werden. Bleiben setting-

gebundene Interventionsprojekte zur Verhaltensänderung einseitig, dann sind die normativen Ziele der Gesundheitsförderung nicht genügend berücksichtigt, sondern dann wird der Settingansatz tatsächlich zum Zwecke reiner Verhaltensänderung instrumentalisiert und entfernt sich somit von den normativen Zielen, die durch die Ottawa-Charta damit verbunden werden.

Auch ein Elternaufklärungsprogramm, das im Setting Kindergarten bzw. Kindertagesstätte verortet ist und sich zum Ziel gesetzt hat, Eltern für die U-Untersuchungen zu sensibilisieren, muss sich der Frage stellen, inwieweit die Programminhalte lediglich auf Verhaltensänderungen – etwa die häufigere Nutzung der U-Untersuchungen – abzielen oder aber sich darum bemühen, die Strukturen des Settings selbst umzugestalten.

### *Gesundheitsförderliche Settings*

Im Gegensatz zur ersten Lesart des Settingansatzes „stehen bei der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Im Zentrum steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiierte und begleitende Intervention von außen Prozesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer/innen des Settings dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (Empowerment)“ (Rosenbrock 2005: 63). Diese Art der Interpretation kommt den von der WHO in der Ottawa-Charta benannten Zielen der Gesundheitsförderung sicher näher als eine Primärprävention im Setting, die Ansprüche an den Settingansatz und an die Beteiligten sind aber damit gleichzeitig wesentlich höher. In dieser Lesart sollen sich Verhaltens- und Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung ergänzen.

Diese Definition ähnelt den Zielen der politischen Bildung oder Demokratieerziehung, denn zentral ist hier nicht etwa die Förderung von gesunder Ernährung oder mehr Bewegung, sondern Ziel ist, Menschen dazu zu befähigen, sich zu beteiligen (Partizipation), Kontrolle über ihr Leben und ihre Umwelt zu erlangen und somit die Umgebung in Richtung einer gesünderen Umwelt zu gestalten. Programme, Projekte und Initiativen, die von außen an das Setting heran treten, sollen somit keine inhaltlichen Vorgaben machen (vgl. hierzu Armbruster 2006, 2009; Wright 2009). Von „außen“ – und zwar politisch sowie organisatorisch – sollen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, die gesundheitsförderlich sind, kurz gesagt gesundheitsförderliche Settings. Inhalte und Ziele der Veränderung sollen von den Betroffenen selbst

bestimmt werden. Nach Rosenbrock soll jedes Projekt „eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting“ sein (2005: 63). Gleichzeitig ist diese Lesart des Settingansatzes politisch, denn gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen, die für die jeweiligen Settings geschaffen werden, werden meist unmittelbar in der politischen Arena entschieden und betreffen gleichzeitig alle Politikbereiche (Altgeld 2008).<sup>5</sup>

Aber auch für diese Variante des Settingansatzes können unterschiedliche Ansprüche formuliert werden. Das obige Zitat von Rosenbrock betont den Aspekt der Partizipation und Organisationsentwicklung. In der Praxis wird diese Variante zumindest in Ansätzen in der betrieblichen Gesundheitsförderung umgesetzt (vgl. etwa Badura & Hehlmann 2003; Hurrelmann 2006b 164-171). In diesem Setting ist die Umsetzung solcher Schritte auch deshalb möglich, weil hier eine Art „win-win“-Situation für alle Beteiligten angenommen werden kann. In Unternehmen z. B. kann eine stärkere Partizipation von Mitarbeitern u. U. auch zu mehr Effizienz für das Unternehmen und zu krankheitsbedingten Kostenersparnissen führen. In Settings wie Schule und Kindertagesstätte, Gefängnis oder Krankenhaus ist diese Variante allerdings schwieriger umzusetzen. So ist beispielsweise unklar, wie die Partizipation von Schülern im schulischen Setting vor dem Hintergrund des Notenprinzips und zunehmendem Leistungsdruck umgesetzt werden soll. Projekte, die auf Stärkung der Partizipation von Schülern setzen, etwa im Bereich der Gestaltung des Schulhofes oder des Klassenzimmers, sind zwar im Ansatz sinnvoll und auch zu befürworten, der partizipative Anspruch ist jedoch nicht so hoch, weil in der Schule der Bereich Leistung für Schüler die größte Relevanz hat und Partizipation würde in diesem Bereich natürlich den größten gesundheitsfördernden Effekt haben (Bittlingmayer 2009). Die Stärkung sozialer Kompetenzen durch Skill-Förder-Programme würde erst dann ihren partizipatorischen und emanzipatorischen Wert vollständig entwickeln, wenn dadurch die Schüler persönlich dazu befähigt würden *und* die strukturellen Möglichkeiten hätten, mehr Einfluss auf ihr Leben bzw. ihre Lebenswelt Schule zu nehmen. Häufig werden jedoch im schulischen Alltag solche Programme dazu eingesetzt, um z. B. das Klassenklima zu verbessern, mit dem Ziel den normalen Unterricht besser durchführen zu können. In dieser Variante sind Skill-Förder-Programme sozialtechnologisch und verlieren ihren emanzipatorischen Gehalt (Bauer 2005).

---

<sup>5</sup> Wie widersprüchlich in der Praxis speziell für das Setting Kita das Verhältnis von politischen äußeren Vorgaben und Strukturänderungen einerseits und die formulierten partizipativen Ansprüche andererseits sind, wird im empirischen Teil unter Rückgriff auf Experteninterviews deutlich werden.

### *Möglichkeiten und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung*

Die bislang genannten zwei Lesarten versuchen somit zumindest ansatzweise und mit unterschiedlicher Intensität dem Aspekt der Lebensweltorientierung durch die Verwendung des Instruments Setting gerecht zu werden.

Laut Ottawa-Charta ist die erste Handlungsebene zur Gesundheitsförderung die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Für grundlegende strukturelle, über die oben genannten Möglichkeiten hinausgehende Veränderungen in Institutionen und Organisationen, aber auch für die Stärkung der Partizipation der im Setting Beteiligten ist diese Handlungsebene nicht nur besonders relevant, sondern die notwendige Bedingung (Altgeld 2006a; Altgeld & Kolip 2007; Schnabel 2008).

Während also die erste Lesart des Settingansatzes eine modifizierte, eher auf eine auf sozial benachteiligte Gruppen gerichtete Form der Verhaltensprävention abzielt (vgl. hierzu Schmidt 2007a, 2007b, 2008), betont die zweite Lesart die Relevanz der institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und für allgemeine Gesundheit sowie die Bedeutung von Empowerment und Partizipation. Wie sich in den empirischen Teilen der vorliegenden Arbeit zeigen wird, sind selbst ehrgeizige Interventions- und Aufklärungs-Programme im Kontext von Gesundheitsförderung im Setting nicht in der Lage, diese beiden selbst widersprüchlichen Zielvorgaben in der Praxis zu versöhnen. Die Implementierung von Elternprogrammen erfolgt in aller Regel auf der Grundlage knapper personeller und finanzieller Ressourcen, der Konkurrenz mit anderen Angeboten und unter strukturellen zeitlichen Engpässen im Zuge allgemeiner zeitlicher Verdichtung und Beschleunigung (vgl. hierzu Rosa 2005). Solche Hintergrundbedingungen sind in der Praxis kaum geeignet, den komplexen normativen Zielvorgaben der Public Health Programimplementationen entgegen zu kommen. Es ist wohl nicht übertrieben festzustellen, dass – im Gegenteil – die jüngsten gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen (u.a. Finanzkrise, neoliberaler Umbau des Gesundheitssektors, Neosozialisierungen und Aktivierung) nicht dazu führen dürften, die umfassenden normativen Konzepte, die in der Setting-Perspektive auch eingeschlossen sind, nachhaltig zu unterstützen.

Die beiden vorgestellten Lesarten des Setting-Konzepts haben jeweils eine spezifische Nähe zu den Bezugspunkten einer Verhaltens- und einer Verhältnisprävention. In den letzten Jahren ist eine deutliche Verschiebung in Richtung verhaltensbezogener Prävention erkennbar, die sich in einer Vielzahl von Interventionsprogrammen

niederschlägt, die in Settings durchgeführt werden (Richter & Utermark 2004). Entsprechend dominant ist die Lesart eines Settingansatzes, die das Setting als Interventionsort für individuelle Verhaltensänderungen begreift. Vor dem Hintergrund der angeführten Argumente wird hier nicht die Perspektive eingenommen, dass Verhaltenspräventionsprogramme und ein damit korrespondierendes Setting-Konzept schlecht sind und deshalb zurück gefahren werden sollten. Das Argument ist eher, dass solche Interventionen die Verhältnisebene mit berücksichtigen müssen, um die Handlungsräume von Individuen auch angemessen einschätzen zu können. Beide Perspektiven müssen *gleichermaßen* in den Blick genommen und vermittelt werden, wenn das normativ starke Konzept einer Gesundheitsförderung nicht eine leere Floskel bleiben soll (Rosenbrock 2006; Schnabel 2007; Altgeld 2008). Im empirischen Teil der Arbeit wird sich zeigen, wie stark verhaltens- und verhältnisbezogene Aspekte mit einander verwoben sind. Die Konsequenz – so viel sei hier vorweg genommen – muss deshalb lauten, dass Programme und Interventionen, die auf Verhaltensänderungen abzielen, stets die strukturellen Rahmenbedingungen individuellen Verhaltens mit analysieren und in das Programm bzw. die Intervention rückführen müssen. Im Folgenden soll es darum gehen, die Besonderheiten des Settings Kindertagesstätte herauszustellen, um diese an dieser Stelle noch abstrakt bleibende Forderung einer Vermittlung von Verhaltens- und Verhältnisprävention in Settingsansätzen in einem späteren Schritt konkretisieren zu können.

### **2.3 Das Setting Kindertagesstätte**

Obwohl das Setting Kindertagesstätte ursprünglich nicht zu den relevanten von der WHO genannten Settings gehört, setzt sich in den letzten ca. fünf Jahren die Auffassung durch, dass gerade die Kita aufgrund ihrer strukturellen Gegebenheiten ein besonders gut geeignetes Setting ist, um Gesundheitsförderung zu praktizieren. Denn einerseits ist das Klientel in Kindertagesstätten zwischen ca. neun Monaten und sechs Jahren noch sehr jung, sodass hier Gesundheitsförderung sehr früh und somit auch sehr wirksam eingesetzt werden kann. Andererseits sind Eltern – im Gegensatz z. B. zu Schulen – automatisch stärker präsent, sodass auch das Kriterium der Ganzheitlichkeit und der settingübergreifenden Arbeit (WHO 1986) prinzipiell einfacher erfüllt werden kann. Darüber hinaus haben Kindertagesstätten im Unterschied zu

Schulen jenseits von Leistungs- und Notendruck etwas größere Spielräume in Bezug auf Zeit und andere Ressourcen, gesundheitsfördernde Elemente in ihrem Alltag einzubauen. Mit diesen Elementen schließlich scheint auch der Lebensweltbezug als wichtiges Kriterium gelingender Gesundheitsförderung unproblematisch vorhanden zu sein.

Inwieweit nun die im vorherigen Abschnitt benannten Widersprüchlichkeiten bzw. Spannungsfelder im normativen Bezugsrahmen einer gesundheitsfördernden Setting-Perspektive auch oder insbesondere für das Setting Kindertagesstätte gelten, soll in diesem Abschnitt im Zentrum stehen. Dabei geht es an dieser Stelle der Argumentation um die allgemeine Frage, ob und inwieweit die Ansprüche der Ottawa-Charta, die mit dem Settingansatz zur Gesundheitsförderung verbunden sind, vor dem Hintergrund der vielfältigen und zunehmenden Erwartungen an die Kitas *einerseits* und aktuell gegebener struktureller Rahmenbedingungen sowie neuester politischer Vorgaben *andererseits* in den Kitas realisiert werden können.

#### *Das Setting Kindertagesstätte als neu entdecktes Schlüsselsetting*

Das Setting Kindertagesstätte ist erstaunlicherweise sehr spät als ein Setting zur ressourcenorientierten Gesundheitsförderung entdeckt und bestimmt worden (Altgeld 2004). In der Ottawa-Charta und der darauf folgenden Ausarbeitung des Settingansatzes und der Bestimmung des Settings als Strategie zur Umsetzung von Gesundheitsförderung wurden Schulen, Gefängnisse, Krankenhäuser, Betriebe und Stadtteile als die zentralen Settings benannt. Noch im Jahr 2003 war nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) der Anteil von Settingprojekten im Bereich Kita wesentlich geringer als z. B. in Schulen (Altgeld 2003; Geene 2003: 52).

Das hat sich in den letzten drei bis fünf Jahren deutlich gewandelt. So steht etwa in dem Präventionsbericht der GKV, der im Dezember 2008 veröffentlicht wurde, die Primärprävention nach dem Settingansatz in Kindertagesstätten im Mittelpunkt (MDK 2008: 10). Mittlerweile wird – wie von Altgeld bereits 2003 prognostiziert – die Kindertagesstätte gar als „Schlüsselsetting zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit angesehen“ (Altgeld 2003: 10).

Doch die Kita soll nicht nur zur Gesundheit bzw. zur gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern beitragen. Sie soll darüber hinaus auch zur Bildungsgerechtigkeit einen gewichtigen Beitrag leisten, indem sie verstärkt als Bildungsinstitution

ausgebaut werden soll. Den Hintergrund für die Idee, aus Kitas Bildungsinstitutionen zu machen, bilden die internationalen Leistungsstandserhebungen. Das schlechte Abschneiden Deutschlands in der PISA Studie im internationalen Vergleich hat eine ganze Welle von politischen Initiativen hervorgebracht, um dieser neuerlichen deutschen „Bildungsmisere“ zu begegnen. Nicht nur die durchschnittlich schwache Leistung der Bundesrepublik stand besonders in der Kritik, sondern vor allem die starken sozial bedingten Ungleichheiten im Bildungssystem. Neben der Einführung von Ganztagschulen zur Verbesserung der allgemeinen Leistung und zur Reduzierung von Bildungsungleichheiten, kamen besonders Kindertagesstätten und Kindergärten in das Visier bildungspolitischer Bemühungen. Seitdem hat die Bedeutung von Kindertagesstätten als Bildungseinrichtungen im Sinne der Frühförderung stark zugenommen.

Durch das neue Kindergartenbildungsgesetz (KiBiz) für Nordrhein-Westfalen sollen Kindertagesstätten viel stärker als bislang Bildungsaufgaben wahrnehmen und stärker auf die Schule vorbereiten. Im KiBiz Gesetz sind zusätzlich Sprachstandserhebungen und Sprachförderung als zentrale Aufgaben der Kita benannt. Auf der Grundlage öffentlicher und politischer Diskurse über u.a. übergewichtige und motorisch immer stärker eingeschränkte Kinder *einerseits* sowie schlechte und durchschnittliche schulische Leistungen in Verbindung mit einem hohen Maß an Bildungsungleichheit *andererseits* ist die Kita also seit einigen Jahren in das *doppelte Rampenlicht* gesundheits- und bildungsbezogener Akteure gelangt.

Dass die Kita eine solche Aufmerksamkeit erfährt, ist kein Zufall. Denn sie scheint sich durch ihre spezifischen Merkmale als eine sozial ausgleichende Gesundheits- und Bildungsinstitution besonders zu eignen (Becker & Lauterbach 2004) – und der Settingansatz scheint dann als nahe liegende und viel versprechende Umsetzungsstrategie zu funktionieren. So ist zunächst ein Grund für die schnelle Verbreitung und den Erfolg des Settingansatzes in Kindertagesstätten bei der Übernahme von weiteren gesundheits- und bildungsbezogenen Aufgabenbereichen, dass Gesundheit und Bildung ohnehin im Alltag der Kindertagesstätten eine wesentliche Rolle spielen. Ernährung, Bewegung, Vorsorgeuntersuchungen, Hygiene, Motorik, aber auch stärker bildungsbezogene Aspekte wie die Förderung der Persönlichkeit und der sozialen Kompetenzen gehören zu den „traditionellen“ Aufgaben der Kindertagesstätten.

Eine weitere Ursache dafür, warum der Settingansatz in Kindertagesstätten besonders gut implementiert werden kann, ist, dass der Anspruch der Partizipation aller

Beteiligten an den Projekten im Setting hier einfacher umzusetzen erscheint (Richter & Utermark 2004). So sind z. B. Eltern in Kindertagesstätten viel präsenter als in Schulen, alleine dadurch, dass sie in der Regel täglich ihre Kinder hinbringen und abholen. Ferner ist es hier am ehesten möglich settingübergreifend, z. B. mit den Settings Familie, Stadtteil oder (Grund-) Schule zu kooperieren. Gerade die handlungsorientierte Pädagogik, die vergleichsweise starke Elternpräsenz und die gesundheits- und bildungsbezogenen Inhalte lassen die Kita als besonders geeignetes Setting erscheinen, in dem Gesundheitsförderung in einem umfassenden Sinne für alle Beteiligten gut gelingen kann.

### *Gesundheitsförderndes Setting Kita oder Primärprävention in der target area?*

Die hier nur knapp skizzierten günstigen institutionellen Rahmenbedingungen sagen noch nichts darüber aus, wie die Gesundheitsförderung im Setting Kita tatsächlich umgesetzt wird. Denn prinzipiell lässt sich auch mit dem Setting Kita sowohl die sehr voraussetzungsreiche Strategie der Schaffung eines gesundheitsfördernden Settings im Sinne einer übergreifenden Organisationsentwicklung als auch die Strategie der Primärprävention im Setting, die insbesondere auf Verhaltensprävention abzielt, verbinden. So bleibt etwa die Bedeutung des zentralen WHO-Kriteriums der Lebensweltorientierung, dem das Setting Kita besonders entgegenkommt, abhängig davon, ob in Kitas die Variante Prävention im Setting oder die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings implementiert wird. Ein Beispiel wäre hier die Elternkooperation mit schwer erreichbaren Gruppen.

Wie aus der Praxis hinlänglich bekannt, gestaltet sich nicht nur bei der Durchführung von einzelnen Projekten oder besonderen Programmen, sondern auch im ganz normalen Kitaalltag die Zusammenarbeit mit Eltern aus sozial benachteiligten Milieus oder mit Migrantenern zum Teil als sehr schwierig (siehe hierzu Kap. 6). Die Strategie einer Primärprävention im Setting als ein Ort, an dem sich die Gruppen und Menschen aufhalten, reicht hier nicht mehr aus, wenn die Kooperation zwischen Eltern und Erzieherinnen nicht optimal ist. Sollen schwer erreichbare Gruppen erfolgreich angesprochen werden, dann ist der Einbezug der spezifischen Lebenswelten dieser Elterngruppen von Nöten, der aber in der Strategie Primärprävention im Setting kaum vorgesehen ist. Gerade in sog. sozialen Brennpunkten gibt es Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit von Eltern mit Migrationshintergrund. Aus diesem Grund sind Programme und Projekte zur interkulturellen Kommunikation in Kinder-

gärten besonders gefragt. Zentral ist hier auch, dass die Bedürfnisse und Erwartungen von sonst schwer erreichbaren Eltern (im Sinne der Lebensweltorientierung) besondere Berücksichtigung finden. Gerade wenn soziale Benachteiligung im Spiel ist, ist für einen Settingansatz in der Kita der Einbezug der Lebenswelten der Eltern mit all ihren kulturellen, ökonomischen und sozialen Hintergründen im Sinne einer Strategie der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings unerlässlich. Spiegeln sich diese theoretischen Erwägungen auch in der Praxis wider? Die Frage ist hier auch, inwieweit die Erreichbarkeit schwer erreichbarer Zielgruppen von vorne herein mit in die jeweiligen Programmziele eingeschrieben sind oder gar, ob und inwieweit darauf gesetzt wird, schwer erreichbare Zielgruppen bei der Ausformulierung von Aufklärungs- und Interventionszielen zur Gesundheitsförderung im Sinne einer starken partizipatorischen Ausrichtung unmittelbar mit einzubeziehen (vgl. etwa Wright 2009). Eine Durchsicht der gesundheitsbezogenen Interventionen in Kindertagesstätten ergibt eine sehr starke Varianz der Interventionsformen und -inhalte. Das Spektrum reicht von Interventionen zur zielgruppenunspezifischen Verbesserung der Motorik von Kindern über Programme zur Sensibilisierung für die U-Untersuchungen auf Seiten der Eltern bis hin zu umfassenderen Konzepten der Resilienzstärkung von Kindern, die Eltern und Erzieher mit einbeziehen (Richter & Utermark 2004; BZgA 2007; MDK 2008; [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)).

### *Chancen einer Gesundheitsförderung im Setting Kita*

Auf der Basis der o. g. handlungsorientierten Besonderheiten des Settings Kita lassen sich durchaus Ansätze zur Organisationsentwicklung im Sinne gesundheitsförderlicher Settings beobachten. Dies hängt direkt damit zusammen, dass in Kindertagesstätten keine klassischen Kurse angeboten werden, sondern mit Kindern von bis zu sechs Jahren ohnehin erfahrungsbezogen gearbeitet wird. Die Verbesserung des kindlichen Ernährungsverhaltens wird etwa dadurch erreicht, dass in der Kita gesünder gekocht und gegessen wird. Anspruchsvollere Interventionsformen beziehen *auf dieser Grundlage* die Eltern mit ein, indem zusammen mit den Eltern gekocht wird, um auch auf die Lebenswelt der Kinder im Setting Familie günstig einzuwirken. Von einer gesunden und ausgewogenen Ernährung profitieren dann auch die Erzieher ganz unmittelbar. Dem Bewegungsmangel wird beispielsweise dadurch entgegengewirkt, dass Kinder in der Kita mehr Bewegungsfreiheit haben. Indem diese Veränderungen in den Alltag und in die Strukturen und Routinen der Kitas einfließen, können

teilweise positive Entwicklungen im Sinne der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings Kita identifiziert werden.

### *Erhöhte elterliche Erwartungen an die Kitas*

Auf der anderen Seite sind auch die Erwartungen der Eltern an die Kita durch die öffentlichen Diskussionen und Debatten über übergewichtige oder motorisch eingeschränkte Kinder einerseits und über das defizitäre Bildungssystem andererseits gestiegen, sodass Erzieher hier verstärkt mit erhöhten elterlichen Aspirationen im Alltag konfrontiert werden. Genau diese Erwartungen der Elternschaft, mit denen das Setting Kita im Allgemeinen und die Erzieher im Besonderen konfrontiert sind, bilden im Zusammenspiel mit den normativen Horizonten der Setting-Perspektive einen sehr komplexen Bezugsrahmen, der durch die professionellen Akteure in ihrer Bildungs- und Erziehungs-Praxis nur sehr schwer angemessen umgesetzt werden kann. Durch den weiteren Verlauf der vorliegenden Analysen soll der *Widerspruch zwischen vorhandenen Zeit-, Personal- und Geldressourcen einerseits und den Erwartungen an die Kita, stärker auf die Lebenswelten von Eltern und Kindern zu rekurrieren*, weiter entfaltet werden (siehe hierzu ausführlich Kap. 6 und 7). Denn es zeigt sich, dass die Erwartungen der Eltern an die Institution Kita keineswegs homogen sind und auch gruppenspezifisch variieren, so dass am Ende die Frage zentral werden dürfte, auf welche Lebenswelt welcher Elterngruppen sich die Kita im Rahmen des Settingansatzes einstellen soll und kann

Doch gerade an dieser Stelle der Lebensweltorientierung ist mit Wissensdefiziten der professionellen Akteure zu rechnen. So ist beispielsweise die häufig anzutreffende und sehr nahe liegende Forderung, mit den Setting Interventionen stärker auf diejenigen (Eltern-)Gruppen abzuheben, die mit Programmen der Gesundheitsförderung oder Primärprävention als schwer oder gar nicht erreichbar gelten, schon allein deshalb besonders schwierig, weil über diese Zielgruppen insgesamt sehr wenig Wissen existiert. Die wichtige Lebensweltorientierung einer komplex ausgerichteten Setting-Perspektive scheitert in der Praxis häufig daran, dass über die Lebenswelten sozial benachteiligter Akteure innerhalb der Bildungsinstitutionen Kita nur sehr wenig bekannt ist. Bevor also die elterlichen Erwartungen an die Institution Kita empirisch beschrieben werden sollen, wird im anschließenden Kapitel nunmehr genauer entfaltet, wie aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive vulnerable Zielgruppen wie Migranten oder Angehörige unterprivilegierter Milieus zu bestimmen sind. Dabei

wird sich zeigen, dass allein die Nutzung spezifischer Terminologie bereits mit theoretischen Vorentscheidungen gekoppelt ist und schon allein deshalb eine unproblematische Zielgruppenbestimmung für Public Health nicht möglich ist. Im folgenden Abschnitt steht also die Frage im Zentrum, wer überhaupt die Zielgruppen einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung sind.

### **Kap. 3: Migration, Sozialstruktur und Gesundheit: Die Multidimensionalität der Zielgruppen einer zielgruppenspezifischen Prävention**

Wie in den vorherigen beiden Kapiteln bereits angeführt, gilt neben der Settinganbindung, ein zielgruppenspezifischer Zugang zu bislang von präventiven Maßnahmen nicht bzw. schwer erreichten Gruppen als besonders erfolgversprechend. Gruppen, die als schwer erreichbar gelten sind z. B. Alleinerziehende, Männer, Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen aus sozial benachteiligten und bildungsfernen sozialen Gruppen. Wie im Kapitel 1 bereits angedeutet, sind diese Gruppen nach unterschiedlichen Kategorien bestimmt, in der Realität fallen diese natürlich zusammen. So kann eine alleinerziehende Person – die durch Präventionsprogramme eher schwer zu erreichen ist, gleichzeitig aus der Mittelschicht sein – also aus einer Gruppe, die eher leicht zu erreichen ist. Hingegen gehört eine alleinerziehende Person aus der Unterschicht zu zwei Kategorien von schwer erreichbaren Gruppen.

Programme, Projekte und Initiativen, die beanspruchen zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung zu betreiben, kommen nicht umhin, *erstens* ihre Zielgruppen genauer zu bestimmen (Altgeld 2006b; Borde 2006; Mielck 2006) und *zweitens* die Bedarfe, Bedürfnisse und Barrieren dieser Zielgruppen zu erforschen, bevor sie dann erst in einem *dritten* Schritt in der Lage sind, maßgeschneiderte Maßnahmen für die betreffenden Zielgruppen zu initiieren.<sup>6</sup> Obwohl eine zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung in der Public Health Forschung und Praxis einen wichtigen Platz einnimmt und ebenfalls häufig eingeklagt wird, *bleibt die genaue Bestimmung der Zielgruppen entlang ihrer persönlichen und sozialen Merkmale in den Gesundheitswissenschaften häufig unterkomplex*. Wenn die Zielgruppen selbst unterbestimmt bleiben, dann bleibt die richtige Erfassung ihrer Bedürfnisse und Erwartungen im Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung

---

<sup>6</sup> Mittlerweile liegen eine große Anzahl von formalen und theoretischen Modellen für die mögliche Umsetzung von Zielen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung vor. Einige Modelle wie der sog. Health Action Cycle, unspezifische Strategien der Gesundheitsaufklärung oder gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit sind formal und universell, andere wie beispielsweise Media Advocacy, Social Marketing oder stadtteilbezogene Interventionsformen direkter zielgruppenspezifisch ausgelegt. Vgl. hierzu u.a. Geene & Luber 2000; Naidoo & Wills 2003; Hurrelmann 2006b: 232-246; Richter & Hurrelmann 2006b: 12-13.

spekulativ und Projektionen der Gesundheitsförderer ausgesetzt (vgl. Wright 2009; Löffler & Wigger 2009; Mielck 2006).

Dieser Unschärfe soll dadurch begegnet werden, dass in der vorliegenden Arbeit genauer als in den meisten Public Health üblich auf die Bestimmung der Zielgruppen, auf ihre Heterogenität und ihre Multidimensionalität eingegangen wird. Damit wird die Absicht verfolgt, die für diese Arbeit zentralen Bereich der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und der Elternarbeit im Setting Kita in Hinblick auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen und Eltern mit Migrationshintergrund im empirischen Teil der Arbeit genauer erfassen zu können.

In einem ersten Abschnitt dieses dritten Kapitels werden die vielfältigen terminologischen Beschreibungen sozialer Gruppen mit Migrationshintergrund aufgeführt (3.1.). Dabei wird deutlich, dass jeder Begriff und jede Kategorisierung, ob nun Ausländer, Migrant oder Aussiedler nicht nur mit spezifischen Grenzen in der Aussagekraft verbunden ist, sondern darüber hinaus *den Forschungs- oder Interventionsgegenstand bereits im Vorfeld mit definiert*. In einem zweiten Schritt werden dann unterschiedliche Theorien und Konzepte von Ethnizität im Vordergrund stehen (3.2). Diese Theorien und Konzepte werden auf ihre gesundheitswissenschaftlichen Implikationen hin präziser ausgeleuchtet. Es wird sich zeigen, dass nicht nur in der terminologischen Beschreibung, sondern, stärker noch, in den theoretischen Zugängen zu Ethnizität die Zielgruppen und Wirksamkeiten dessen, was eine migrations- und ethnizitätssensible Prävention bezwecken und erreichen kann, ebenfalls immer schon vorstrukturiert werden. Aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive wäre die Vernachlässigung der Auseinandereinsetzung mit den theoretischen Konzepten aus mindestens zwei Gründen ein sträflicher Mangel: *Erstens*, weil die Gruppe, denen etwa mit Präventionsprogrammen geholfen werden soll, nicht unabhängig vom eigenen und fremden Ethnizitätsverständnis konstruiert wird. *Zweitens*, weil die sozialen Akteure, ebenso wie die Professionellen und Semiprofessionellen im Praxisfeld von Public Health im Alltag immer schon Hintergrundvorstellungen von Ethnizität und ethnischen Differenzen mitbringen.<sup>7</sup> Das wirkt sich unmittelbar auf die Praxis der Präven-

---

<sup>7</sup> Diese normativen Hintergrundvorstellungen sind aber kein „Privileg“ der Praxis. Wenn in der Public Health-Wissenschaft heute noch mit der Kategorie von Gastarbeitern gearbeitet wird, um Migranten zu beschreiben oder die Weigerung, an kostenlosen Präventionsmaßnahmen teilzunehmen als Integrationsversagen verstanden wird, dann scheinen hier Ethnizitätsverständnisse auf, über die sich in der Regel keine Rechenschaft gegeben wird und die dann „unsublimiert“ in die Forschungsergebnisse einfließen. Zum allgemeinen Zusammenhang der Normativität in der Migrationsforschung vgl. Sahrai 2008.

tionsarbeit in der Kita im Allgemeinen und der Vorsorge und Elternarbeit im Besonderen aus. Das implizite und explizite Verständnis von Ethnizität in den Gesundheitswissenschaften ist also für eine zielgruppenspezifische Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund auch dort von zentraler Bedeutung, wo z. B. aus pragmatischen Gründen etwa nicht für jede ethnische Gruppe eigens spezifische Maßnahmen initiiert werden können.

In einem dritten Schritt wird die sozialstrukturelle Verortung von Migrantengruppen in der deutschen Gesellschaft anhand der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen ausführlich abgebildet. (3.3). Die sozialstrukturelle Position in der Gesellschaft gilt sowohl in der sozialwissenschaftlichen Ungleichheitsforschung als auch in der ungleichheitsorientierten Public Health Forschung als die zentrale Dimension zur Generierung gesundheitlicher Ungleichheiten (Wilkinson 2005; Wilkinson & Pickett 2009). Bildung, Beruf und einkommen gelten als die zuverlässigsten Indikatoren zur Messung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten. Für die in dieser Arbeit zentralen Fragestellung, wie bei der Generierung von gesundheitlichen Ungleichheiten in der settingbezogenen präventiven Elternarbeit der Migrationshintergrund und soziale Schichtzugehörigkeit zusammenspielen, ist die genaue Betrachtung der sozialstrukturellen Lage von Migranten unverzichtbar. Wenn davon ausgegangen werden kann, dass auch bei Migranten die soziale Schichtzugehörigkeit in der präventiven Elternarbeit eine zentrale Rolle spielt, dann muss ihre soziale Lage entsprechend genauer bestimmt werden. Anhand der Mikrozensusdaten 2005, des Bildungsberichts 2010 und weiterer verfügbarer Daten zur Schul- und Berufsbildung, Arbeitslosen- und Sozialhilfestatistiken sowie dem Einkommensniveau wird in diesem Abschnitt rekonstruiert, in welche sozialen Segmente der deutschen Sozialstruktur Menschen mit Migrationshintergrund integriert sind. Die gesonderte Betrachtung der sozialstrukturellen Positionen von Migranten erlaubt es erst den Grad der sozialen Benachteiligung unabhängig von migrations- und ethnizitätsbedingten Faktoren zu bestimmen. Auf diese Art und Weise ist eine analytische Trennung zwischen migrationsbedingten und sozillagenbedingten Benachteiligungen von Menschen mit Migrationshintergrund möglich. Es wird sich zeigen, dass der nicht selten gezogene Kausalzusammenhang zwischen Migration bzw. Migrationshintergrund und niedrigem Sozialstatus sich auf der Grundlage vorhandener Daten nicht bestätigen lässt. *Das wirft neue Fragen auf im Bezug auf den Zusammenhang zwischen den migrationsbedingten und*

*soziallagenbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten in der präventiven Elternarbeit, die im empirischen Teil der Arbeit wieder aufgegriffen werden.*

Der letzte Abschnitt dieses Kapitels stellt über Studien zur Sozialepidemiologie dann den Zusammenhang zur Gesundheit bzw. Krankheit im engeren Sinn wieder her (3.4). In diesem Abschnitt wird auch auf Grundlage empirischer Befunde deutlich werden, dass die Zugehörigkeit zur Sozialstruktur einerseits und Migration(-shintergrund) bzw. ethnische Zugehörigkeit andererseits als zwei differente gesellschaftliche Strukturierungsprinzipien begriffen werden müssen, die jeweils in Hinblick auf Gesundheit und Krankheit unabhängige, sich gegenseitig verstärkende oder abschwächende Effekte ausüben können. Das hier vorliegende Kapitel 3 beansprucht insgesamt, für Public Health eine sozialwissenschaftlich hinreichend komplexe Perspektive auf Migration und ethnische Zugehörigkeit zu liefern, die die bislang existierenden Studien zu Migration und Gesundheit um komplexere Theorieansätze ergänzt.

### **3.1 Ausländer – Nichtdeutsche – Migranten: Empirisch-terminologische Gegenstandsbestimmungen und ihre normativen Implikationen**

In der BRD werden zur Bezeichnung der Mitglieder der nicht-deutschen oder nicht-deutschstämmigen Bevölkerung sehr viele unterschiedliche Begriffe verwendet. So spricht man von ethnischen Minderheiten, Migranten, ausländischen Mitbürgern, Zuwanderern, Einwanderern, inländischen Ausländern- oder ausländischen Innländern, Gastarbeitern, ausländischen Arbeitnehmern, Asylanten, Flüchtlingen, von Ausländern, von Menschen mit Migrationsgeschichte, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte oder in den letzten Jahren besonders populär die Bezeichnung Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei werden diese Begriffe auch in einschlägigen Publikationen nicht immer eindeutig verwendet. Gerade in vielen für den Bereich der Prävention wichtigen Gesundheitsberichterstattungen z. B. wird deutlich, dass diese ihre Kategorien und Begriffe zur Bestimmung der Menschen mit Migrationshintergrund nicht genau operationalisieren (s. auch Kap. 4). Vor allem die Bezeichnungen Ausländer, Migranten und Menschen mit Migrationshintergrund werden in der Literatur häufig sehr unterbestimmt verwendet. Das führt nicht selten zu ganz unter-

schiedlichen Ergebnissen und ganz unterschiedlichen Zielgruppen. So ist statistisch der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung knapp 10,0%, der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund jedoch knapp 20,0%; für die jüngere Generation sind die Differenzen viel größer (Statistisches Bundesamt 2007c). Hier kann eine falsche Begriffsverwendung zu statistischen Artefakten oder ganz unterschiedlichen Ergebnissen führen, und es kommen hier ganz unterschiedliche soziale Gruppen in den Blick.

In dem hier vorliegenden Kapitel werden die unterschiedlichen Bezeichnungen und Kategorien für Menschen mit Migrationshintergrund etwas genauer beleuchtet und in Hinblick auf ihre Bedeutung für die präventive Elternarbeit im Kita hin analysiert. Begonnen wird der Abschnitt mit einem kurzen Aufriss der Migrationsgeschichte der Bundesrepublik, denn bereits hier zeigt sich, die Heterogenität der Migrant\*innenbevölkerung, die sich durch unterschiedliche Kategorisierungen und unterschiedliche Begriffe in den Phasen der Migration ausdrückt.

### *Die Geschichte der Zuwanderung in der BRD*

Die Geschichte der Migration in der BRD ist so alt wie die Bundesrepublik selbst. Deshalb waren beispielsweise die Bezeichnungen Ausländer, Migrant und ethnische Minderheiten in den verschiedenen Phasen der Migration in der BRD unterschiedlich geläufig, und bezeichneten auch jeweils andere Gruppen. Die unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg ansetzende Flüchtlings- und Vertriebenenbewegungen aus den ehemals deutschen bzw. von Deutschland besetzten Gebieten (4,7 Millionen) und die bis zum Mauerbau im Jahre 1961 aus der Ostzone und aus der ehemaligen DDR stammenden Flüchtlingsbewegungen (1,8 Millionen) (vgl. Bremer 2000: 45) werden jedoch selten ausdrücklich zur Zuwanderungsperiode mitgerechnet. Die meisten Untersuchungen setzen den Beginn der bundesrepublikanischen Zuwanderungsgeschichte erst in den 50er/ 60er Jahren an, als die BRD begann aufgrund des anhaltenden „Wirtschaftswunders“ und des daraus resultierenden Arbeitskräftemangels ausländische Gastarbeiter aus süd- und südosteuropäischen Ländern zu rekrutieren. Ab Mitte der achtziger Jahre kamen dann eine stetig wachsende Zahl von (Spät)Aussiedlern aus dem Osten sowie Flüchtlinge und Asylbewerber aus allen Teilen der Welt als hiervon differente Gruppen hinzu. Seither hat sich die Zusammensetzung der bundesdeutschen Bevölkerung nach Herkunft und „Abstammung“, aber

auch nach Rechts- und Aufenthaltsstatus in der BRD, Migrationsgrund und -hintergrund, Migrationsstatus, nach Religion und Sprache, nach Bildungsniveau und sozioökonomischem Status, nach dem Grad der „Integration bzw. Assimilation“ etc. stark verändert und immer weiter ausdifferenziert.

In den 60er und 70er Jahren konnte man noch, was den Migrationsstatus betraf, von einer relativ homogenen Gruppe sprechen. In aller Regel wurden zur Bezeichnung jener Gruppe die Begriffe Gastarbeiter (in der sozialwissenschaftlichen Fachliteratur, der Umgangssprache und in der Öffentlichkeit) oder einfach Ausländer (vgl. Geißler 2002: 284) verwendet, wobei mit Ausländer oft implizit Gastarbeiter einschließlich ihrer Familien gemeint waren (Schrader et al. 1979; Boos-Nünning & Hohmann 1980).

Ab Mitte der achtziger Jahre begann sich jedoch die Zusammensetzung der Zuwanderer in der Bundesrepublik noch weiter ausdifferenzieren. Die wohl in jeder Hinsicht heterogenste Gruppe der Ausländer sind die Asylbewerber und die Bürgerkriegsflüchtlinge. Diese sind zwar schon seit den 70ern nach Deutschland eingereist; statistisch und öffentlich auffällig sind sie jedoch erst seit Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre in Erscheinung getreten. Während die ehemaligen Gastarbeiter und die Spätaussiedler größtenteils aus europäischen Ländern stammen, haben die Gruppe der Asylsuchenden ihre geographische Herkunft aus fast allen Ländern der Welt (Merdian 1996 18); zudem sind sie ebenfalls im Hinblick auf ihre soziale Herkunft und Bildungs- und Berufsstatus sehr heterogen. Eine recht neue Erscheinung in der bundesrepublikanischen Migrationsgeschichte sind die sogenannten highly skilled Migrants, die in den letzten Jahren von Deutschland angeworben werden (Bittlingmayer et al. 2010). Diese sind für den Zusammenhang von gesundheitlicher Ungleichheiten entlang der Dimensionen soziale Schicht und Migrationshintergrund insofern interessant, als dass sie im Gegensatz zu den anderen Zuwanderergruppen mit einer bereits hohen beruflichen Position nach Deutschland migrieren.

Ein kurzer Blick auf die bundesrepublikanische Zuwanderungsgeschichte macht also deutlich, dass die Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund sich auf der Grundlage ganz differenter Merkmale unterscheiden, es kann also auf diesem ersten Blick bereits eine sehr heterogene Gruppe beobachtet werden.

*Gastarbeiter, Ausländer, Migrant: unterschiedliche Termini, unterschiedliche Gegenstände?*

Vor dem Hintergrund dieser enorm heterogenen Gruppen der nicht-deutschen und eingebürgerten Bevölkerung setzte sich seit den achtziger Jahren zunehmend der Begriff Migranten durch, da hierin doch immer noch die meisten Gruppen zusammen gefasst werden können. Obwohl der Erfolg des vordergründig unbelasteten und neutralen Migrationsbegriffs nicht ursächlich erklärt werden kann, so ist vermutlich doch die enge implizite Verknüpfung in den sechziger und siebziger Jahren zwischen den Begriffen Ausländer und Gastarbeiter dafür verantwortlich, dass der naheliegende Oberbegriff Ausländer für die oben beschriebene Vielzahl von unterschiedlichen Gruppen weniger verwendet wurde.

Der zentrale Grund für die in der sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Literatur auffällige begriffliche Ungenauigkeit liegt wohl darin, dass es sich bei den Zuwanderern um sehr heterogene Gruppen handelt, die kaum unter einen (Ober-) Begriff zusammengefasst werden können. Selbst die am häufigsten verwendeten allgemeinen Begriffe wie *Ausländer* und *Migrant* vermögen nicht die gesamte „Zielgruppe“ zu benennen. So ist ein Ausländer nach dem deutschen Grundgesetz jeder der „kein Deutscher ist“<sup>8</sup>. Damit werden jedoch, auch statistisch weder eingebürgerte (ehemalige) Ausländer („Deutsche nichtdeutscher Herkunft“; Geißler 2002: 290) noch Spätaussiedler<sup>9</sup> erfasst. Nimmt man jedoch den Begriff Migrant, so sind darunter sowohl die Spätaussiedler, als auch diejenigen eingebürgerten (ehemaligen) Ausländer mit inbegriffen, die selbst Migration erfahren haben. Diese können aber wiederum nicht Ausländer genannt werden, weil sie ja die deutsche Staatsbürgerschaft nicht besitzen. Fraglich ist deshalb, ob z. B. die Nachkommen der Gastarbeiter in der

---

<sup>8</sup> „(1) Deutscher im Sinne dieses Grundgesetzes ist vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher Regelung, wer die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder als Flüchtling oder Vertriebener deutscher Volkszugehörigkeit oder als dessen Ehegatte oder Abkömmling in dem Gebiete des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dezember 1937 Aufnahme gefunden hat.

(2) Frühere deutsche Staatsangehörige, denen zwischen dem 30. Januar 1933 und dem 8. Mai 1945 die Staatsangehörigkeit aus politischen, rassistischen oder religiösen Gründen entzogen worden ist, und ihre Abkömmlinge sind auf Antrag wieder einzubürgern. Sie gelten als nicht ausgebürgert, sofern sie nach dem 8. Mai 1945 ihren Wohnsitz in Deutschland genommen haben und nicht einen entgegen gesetzten Willen zum Ausdruck gebracht haben.“ Grundgesetz Artikel 116 (Bundeszentrale für politische Bildung 2006: 77).

<sup>9</sup> „[...] [Der] Anteil der Einreisenden mit deutscher Volkszugehörigkeit [ist] aufgrund der steigenden Zahl gemischtnationaler Ehen deutlich zurückgegangen. Waren 1993 noch 74,0% der Personen selbst ‚echte‘ Spätaussiedler, mit deutscher Volkszugehörigkeit, so sind es 2000 nur noch 26,0%.“ (Geißler 2002: 72). Das heißt, dass streng genommen Dreiviertel der Spätaussiedler eigentlich auch „Ausländer“ sind, aber nicht als solche statistisch erfasst werden, da sie ja direkt als „Deutsche“ nach Deutschland kommen.

zweiten oder dritten Generation, die hier in der BRD geboren sind und selbst keine Migrationserfahrung haben, als Migranten bezeichnet werden können. Diejenigen von ihnen jedoch, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, sind auf jeden Fall Ausländer, auch wenn sie in der zweiten oder dritten Generation in der BRD leben und mit der deutschen Gesellschaft vertrauter sind als die neu zugewanderten deutschen (und „deutschstämmigen“) Spätaussiedler. Der doch eher allgemeine Begriff Zuwanderer würde für diese Gruppe, die z. T. in der dritten Generation hier lebt, ebenfalls nicht wirklich zutreffen.

### *Ethnische Minderheit und Migrationshintergrund: Kultur als definitorischer Bezugspunkt*

Hinter diesen auf den ersten Blick eher unscheinbaren definitorischen Schwierigkeiten und begrifflichen Unschärfen verbergen sich gewichtige normative Implikationen. Die hier angeführten Großgruppenbegriffe Gastarbeiter, Asylbewerber, Migrant produzieren und konstruieren ihren Forschungsgegenstand zumindest zu einem Teil gleich mit. Denn alle diese Begriffe verweisen immanent auf differente und abgrenzbare Minderheiten, Nationen und Ethnien. Der Begriff der Minderheit bezeichnet dabei einerseits eine zahlenmäßig kleinere Einheit/Gruppe in einer Gesellschaft gegenüber der zahlenmäßig dominanten Mehrheitsgesellschaft. Die Zugehörigkeit zu einer Minderheit bedeutet andererseits aber auch einen rechtlich minderen Status in einer von einer bestimmten Mehrheit dominierten Gesellschaft. Als Zuordnungskriterium für eine Minderheit gilt nicht nur Ethnizität, sondern auch Sprache, Religion, sexuelle Neigungen, Rasse oder sonstige Formen gruppenspezifischer Eigenschaften. Allgemeines und formales Kennzeichen von Minderheiten ist deshalb eine soziale Praxis, die von der dominierenden und herrschenden Mehrheitsgesellschaft präferierten, als normal empfundenen und als legal und normativ geltenden Lebensform, zum Teil unabhängig von ihrer quantitativen Größe, abweicht oder von der Mehrheitsgesellschaft als abweichend beschrieben wird. Genau an dieser Stelle wird *der doppelte soziale Konstruktionsakt von Minderheiten* sichtbar. Einerseits können Minderheiten – auch gegen ihren Willen – von der sozialen Mehrheit als spezifisch abgrenzbare Minderheit konstruiert werden. Ein historisches Beispiel liefern die im Deutschen Kaiserreich assimilierten Juden, die im deutschen Faschismus erst wieder als die Gruppe der Juden sichtbar gemacht wurden. Gleiches gilt für die Gruppe der Sinti

und Roma,<sup>10</sup> für die noch waghalsigere Konstruktionsakte im Faschismus erhalten mussten als es bei der Gruppe der deutschen Bevölkerung jüdischen Glaubens der Fall war (vgl. Bauer 1998). Ob eine Minderheit die ihnen zugemessenen Eigenschaften besitzt oder nicht, kann für die Konstruktion von abgrenzbaren Minderheiten sekundär sein.<sup>11</sup> Andererseits kann der Konstruktionsakt oder zumindest der Versuch auch von der Minderheitengruppe selbst ausgehen. Dann ist entscheidend, ob die Mehrheitsgesellschaft den sozialen Status einer abgrenzbaren Minderheit anerkennt oder nicht. Die wichtigsten Beispiele lassen sich hier entlang separatistischer und nationalistischer Bewegungen finden wie die der Kurden, der Bayern oder der Basken.

### *Ethnische Minderheiten und Nation*

Damit ist das Thema der *ethnischen Minderheiten* angesprochen. Unter dem Ausdruck *ethnische Minderheiten* werden alle Gruppen, einschließlich derjenigen, die die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, zusammengefasst, jedoch nicht die Gruppe der Aussiedler, da ethnische Minderheit impliziert, dass man sich auf eine „nicht-deutsche Herkunft“ beruft und bei den Aussiedlern ja das wichtigste Kriterium ihrer Anerkennung als Aussiedler eben ihr „Bekennen zum Deutschtum“<sup>12</sup> ist. Im Falle der bundesrepublikanischen ethnischen Minderheiten dürften die beiden oben genannten Aspekte, also sowohl die zahlenmäßige Unterlegenheit als auch die rechtliche Benachteiligung, für die Bevölkerungsteile mit nicht deutscher Herkunft zutreffen.

Vom Begriff der ethnischen Minderheit ist der Begriff der Nationalität abzugrenzen. Obwohl Nation bzw. Nationalität nicht deckungsgleich mit dem Begriff Ethnie ist, wird in den meisten Untersuchungen trotz all der Ungenauigkeiten auf die (z.T. ehemalige) formale Nationalitätszugehörigkeit der verschiedenen ethnischen Minderhei-

---

<sup>10</sup> Auch wenn diese nicht in der Form assimiliert waren wie die Gruppen der deutschen Juden.

<sup>11</sup> Damit soll aber keine radikal konstruktivistische Perspektive eingenommen werden, die sozusagen soziale Konstruktionsakte ohne empirisches Material zulässt. Auch wenn etwa die Hautfarben weiß und schwarz soziale Konstruktionen sind, wäre es nach Veit Michael Bader falsch verstandene political correctness, wenn die existierenden Unterschiede in der Hautfarbe von Menschen aus unterschiedlichen Regionen geleugnet würden. Die Konstruktion einer schwarzen Hautfarbe speist sich aus anderen empirischen Momenten als die Konstruktion des Juden im Faschismus, der ja eigens und für alle sichtbar mit einem Stern gekennzeichnet wurde, weil eben physiognomisch kein Unterschied auszumachen war (vgl. Bader 1998).

<sup>12</sup> In diesem Fall bezieht sich „Deutsch“ nicht auf die Nationalität, sondern auf die ethnische Zugehörigkeit.

ten zurückgegriffen, da alle untersuchten Studien und statistischen Daten nicht nach „ethnischen“ sondern (wenn überhaupt) „nationalen“ Kriterien unterscheiden. So würden Kurden, nach dem gängigen Verständnis der Ethnizitätsforschung (vgl. z. B. Bader 2001) eine eigene Ethnie bilden, werden jedoch in den meisten soziologischen Studien zu den „Türken“, „Irakern“ oder „Iranern“ zu gerechnet. Gleiches gilt für die verschiedenen ethnischen Minderheiten aus Spanien, dem ehemaligen Jugoslawien, die nicht gesondert auftreten. Wenn also von ethnischen Minderheiten die Rede ist, wird dies meist implizit mit deren Nationalitätszugehörigkeit gleich gesetzt.

Gerade an dieser Stelle wird eine Schwierigkeit virulent, die in der Praxis zu einer Reifizierung der zunächst statistischen Kategorien führen kann. Das häufig für sozialwissenschaftliche und gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen herangezogene statistische Datenmaterial führt nicht selten zu allgemein vergleichenden Aussagen, in der etwa die Gruppe der männlichen Türken der Gruppe der männlichen Deutschen in Hinblick auf die berufliche Stellung oder den Bildungsstand gegenüber gestellt werden. Solche allgemeinen Aussagen setzen sich der Gefahr aus, wissenschaftliche Artefakte zu produzieren und aus einer vollkommen heterogenen Gruppe – noch dazu einer, von denen sich ein Teil gerade nicht als Türken, sondern als Kurden begreift – eine homogenisierte „Gruppe der männlichen (oder weiblichen) Türken“ zu kreieren, die alle bedeutsamen Unterschiede verwischt (besonders gravierend z. B. Kelek 2006). Teilweise werden aus dieser zuvor statistisch konstruierten Gruppe weitere Konsequenzen abgeleitet wie zum Beispiel homogene Sozialisationsbedingungen (Keller 2004), die die zuvor herausgefundenen statistischen Unterschiede im Nachhinein begründen sollen. Auch wenn sich hier Differenzen entlang von Herkunftskontexten und nationaler und ethnischer Herkunft auf Grund ähnlicher Sozialisations- und Lebensbedingungen ergeben können, soll hier vor einer Naturalisierung allgemeiner statistischer Kategorien wie „deutsch“ oder „Ausländer“ also explizit gewarnt werden.

Das bedeutet nicht, dass im Rahmen einer Forschungspragmatik und der verfügbaren Daten prinzipiell vor der Konstruktion von Großgruppenvariablen gewarnt werden soll oder diese nicht mehr verwendet werden dürfen. Wichtig bleibt aber darauf hinzuweisen, diese Großgruppen zunächst als Forscherkonstrukte zu begreifen, denen eine empirische Realität durchaus zukommt, die allerdings nicht in einem eindeutigen Entsprechungsverhältnis stehen. So bleiben Kategorien wie soziale Schicht oder Klasse, ethnische Gruppe wie Türken oder Deutsche oder Männer oder Frauen zu-

nächst Großgruppen „auf dem Papier“ – wie Pierre Bourdieu (1985) das bezeichnet hat.

### *Menschen mit Migrationshintergrund*

Die seit Jahren populärste, weil präziseste Bezeichnung ist Gruppe oder Menschen mit Migrationshintergrund. Besonders seit der PISA-Studie (Deutsches PISA-Konsortium 2001), in der dieses Konstrukt verwendet wurde, hat sich die Bezeichnung durchgesetzt. Auch dieser Begriff wird nicht in allen Studien eindeutig verwendet. Teilweise wird einer Person ein Migrationshintergrund zugeschrieben, wenn *beide* Elternteile im Ausland geboren sind. Am häufigsten jedoch hat sich die Definition am sinnvollsten erwiesen, die all diejenigen unter diesen Begriff fasst, bei denen mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde, damit möglichst viele, der auf irgend eine Art und Weise Nichtdeutschen statistisch in den Blick geraten. In der zweiten Definition werden damit auch solche Personen als Migranten erfasst, bei denen ein Elternteil aus der autochthonen Bevölkerung stammt und das andere Elternteil aus einem anderen Land. Der Hintergrund für diese Definition ist, dass auch, wenn nur ein Elternteil Migrationserfahrungen aufweist, trotzdem von mehr oder weniger manifesten sozialisatorischen Einflüssen im generationalen Sozialisationsgeschehen ausgegangen werden kann (Krappmann 2000). Ein zweiter Vorteil dieser Definition ist, dass auch diejenigen, die selbst in Deutschland geboren sind, deren Eltern aus dem Ausland stammen – wie es im Fall der Nachkommen der ehemaligen Gastarbeiter nicht selten der Fall ist – ebenfalls als Personen mit Migrationshintergrund erfasst werden (Diefenbach & Weiß 2005; Kuhne 2006). Dieses Konzept kommt dem Konzept der ethnischen Minderheiten am nächsten, denn in beiden spielt primär nicht der Geburtsort, nicht die Nationalitätszugehörigkeit oder Dauer des Aufenthaltes die zentrale Rolle, sondern *die „kulturelle“ Zugehörigkeit bzw. die Zuschreibung zu einer abgrenzbaren kulturellen Gruppe.*

Im Unterschied zum Konstrukt der ethnischen Minderheit inkludiert die Bezeichnung Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls die Gruppe der Spätaussiedler und macht sie somit als eine von der Mehrheitsgesellschaft differente Gruppe sichtbar, obwohl diese Gruppe sowohl nach ihrer Nationalität als auch nach ihrer Ethnizität „Deutsche“ sind. Nach diesem Verständnis ändert sich ebenfalls der statistische Anteil dieser Gruppe: Wird nur nach Nationalität gefragt, beträgt der Anteil von

Migranten an der Gesamtbevölkerung der BRD unter 10,0%, wird jedoch nach Migrationshintergrund im Kontext der zweiten Definition gefragt, erhöht sich der Anteil auf knapp 20,0%. (Statistisches Bundesamt 2007c)

Obwohl diese Konzeption in der Wissenschaft und in der Praxis auf viel Zustimmung stößt, bleibt sie nicht unkritisiert. Gerade universalistisch orientierte Migrationsforscher kritisieren das mehrgenerationale Konzept des Migrationshintergrundes als Fehlkonstruktion von Seiten der Wissenschaft, in der immer beliebige Indikatoren herangezogen werden müssen, um eine Gruppe zu *konstruieren*, die im Grunde *als gemeinsame* Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund *real* nicht existiert (Radtke 2004). Damit wird Frank-Olaf Radtke zufolge insbesondere von sozialen und strukturellen Faktoren sowie institutionellen und organisatorischen Mängeln abgelenkt (Radtke 2004). Auf der anderen Seite ist jedoch gerade im Kontext einer zielgruppengerechten Prävention eine möglichst genaue Kenntnis über die (Gruppen-)Merkmale von Personen erforderlich, wenn Programme und Maßnahmen den Bedarfen und Bedürfnissen der betreffenden Gruppen besser gerecht werden sollen. Für den Bereich der Elternarbeit im Setting Kita kann z. B. das Ignorieren eines Migrationshintergrundes und damit zusammenhängend von kulturellen, religiösen und ethnischen Besonderheiten teilweise für den Alltag der Kita wichtige Differenzen invisibilisieren und somit zu Missverständnissen führen, etwa wenn zu berücksichtigen wäre, dass Kinder aus Migrantenfamilien in der Familie eine andere Sprache als deutsch sprechen oder dass Kinder mit jüdischer oder muslimischer Religionszugehörigkeit kein Schweinefleisch verzehren.

#### *Notwendigkeit einer differenzierten Begriffsverwendung für die Präventionsforschung*

An diesem Beispiel sollte auch die Relevanz einer genauen Betrachtung der Begrifflichkeiten für den Kontext der Vorsorge und Elternarbeit im Setting Kita verdeutlicht werden. Gerade für eine praxisorientierte Wissenschaft wie Public Health ist die Konstruktion der wissenschaftlichen Begriffe und Kategorien besonders relevant, weil sie in dieser Form auch an die Praxis weitergegeben werden. Wird also in wissenschaftlichen Studien der Migrationshintergrund nicht gesondert berücksichtigt, dann werden die Empfehlungen, die für die Praxis abgeleitet werden, die Gruppe der Migranten ebenfalls nicht gesondert berücksichtigen. Wie sich besonders im empiri-

schen Teil der Arbeit zeigen wird, spielen jedoch gerade im Alltag der Kitas migrationsbedingte Differenzen im Bereich der Vorsorge und der Elternarbeit durchgehend eine zentrale Rolle. Dem in dieser Arbeit vorliegenden Versuch, sensibler als gewöhnlich ethnische Gruppen theoretisch zu bestimmen, korrespondiert mithin eine entsprechende Praxis im Setting Kita. Die Verwendung der Begriffe und Kategorien für die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund wird also in der hier vorliegenden Untersuchung nicht nur als ein wissenschaftlicher Konstruktionsakt verstanden, sondern vielmehr als Bemühen um eine möglichst präzise Beschreibung der sozialen Wirklichkeit in Kitas.

#### *Zur Begriffsverwendung in der hier vorliegenden Arbeit*

Wie oben bereits erwähnt, ist im Augenblick die Bezeichnung Menschen mit Migrationshintergrund die präziseste Beschreibung von Menschen, die alle Menschen erfassen soll, die nicht bereits seit Generationen in der BRD leben. Unter dem Begriff werden damit sowohl die „deutschstämmigen“ Aussiedler subsumiert, als auch Menschen, die in der BRD geboren sind, deren Eltern (genauer gesagt: wenn mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist) aber eine andere Herkunft haben. Obwohl die Bezeichnung Menschen mit Migrationshintergrund wie oben beschrieben auch selbst konzeptionelle Schwierigkeiten aufweist, wird in der hier vorliegenden Studie dieser Begriff bevorzugt und dient im empirischen Teil auch als Grundlage der Operationalisierung der untersuchten Gruppen. Wird eine Gruppe von Menschen mit der Bezeichnung „mit Migrationshintergrund“ versehen, ergibt sich die Notwendigkeit auch für die Gruppe der Menschen „ohne Migrationshintergrund“ eine Bezeichnung zu finden. Die Bezeichnung „Deutsche“ würde nicht mehr passen, weil dies auf die Staatsbürgerschaft hin deutet und wie oben beschrieben etwa die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Für die empirische Operationalisierung werden daher in dieser Studie die beiden Begriffe „Menschen *mit* Migrationshintergrund“ und „Menschen *ohne* Migrationshintergrund“ für die jeweiligen Referenzgruppen verwendet. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird im Laufe der Arbeit jedoch häufige von „Migranten“ gesprochen, wenn es um die Menschen mit Migrationshintergrund geht und von „Autochthonen“, wenn es sich um die Gruppe der Menschen *ohne* Migrationshintergrund handelt. Der Begriff Migrant ist zwar nach den oben gegebenen Definitionen unscharf, wenn

Menschen mit Migrationshintergrund gemeint sind, wird hier jedoch wegen der besseren Lesbarkeit verwendet. Der Begriff Autochthon entstammt der Ethnologie, in diesem Kontext hat er in etwa die Bedeutung Einheimische, Ureinwohner oder Eingeborene.

Den Begriffs- und Kategorienbildungen für die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund liegen immer immanent auch Ethnizitätsverständnisse zu Grunde, die in die Konzeptionalisierung der Begriffe mit ein gehen. Im nächsten Abschnitt werden nunmehr direkt Theorien von Ethnizität dargestellt und auf ihre Konsequenzen für die präventive Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund untersucht.

### **3.2. Migranten als soziale Gruppe: Ethnizitätskonzepte**

Kaum ein Konzept verursacht in den Sozial- und Geisteswissenschaften solch kontroverse und grundlegende Diskussionen darüber, ob es den Forschungsgegenstand selbst überhaupt „gibt“ wie das Konzept Ethnizität. Das Spannungsfeld reicht hier von Ethnizität als *primärem gesellschaftlichen Strukturierungsprinzip* (Said 1995; Hall 1994) bis hin zur Leugnung von klar identifizierbaren ethnischen Gruppen und zur radikalen Betonung des sozialen Konstruktionscharakters ethnischer Gruppen (etwa bei Hormel & Scherr 2003; Schetter 2003; Dittrich & Radtke 1990). Dabei wird der Gegenstand Ethnizität vor allem dadurch sehr komplex, dass die jeweiligen Gegenargumente gegen bestimmte Positionen häufig sehr plausibel sind, ohne dass eine konsistente und vollständig überzeugende Theorie der Ethnizität bislang formuliert werden konnte. Bislang lässt sich jedes positiv gesetzte Ethnizitätsverständnis aus guten Gründen zurück weisen. Auf der anderen Seite können alle Positionen, die mit Ethnizität als sozialer Praxis rechnen, auf Argumente zurückgreifen, die ebenfalls sehr viel Plausibilität besitzen. So kann sowohl das Argument, dass es kein einziges allgemeingültiges Merkmal gibt, an dem die ethnische Zugehörigkeit von Personen und Gruppen erkennbar wäre (Schetter 2003, Diehm & Kuhn 2006), als auch das gegensätzliche Argument, dass jede Person und Gruppe eine ethnische Identität besitze, die er subjektiv begründen kann, gegen oder eben für die Existenz des Gegenstandsbereichs Ethnizität in Anschlag gebracht werden.

Verwandte Konzepte wie Nation, Sippe, Clan, Religion etc. scheinen eindeutiger zu sein bzw. rufen nicht solch gegensätzliche, zum Teil emotional hoch sensible Kon-

troversen auf. Vergleichbar unklar ist allerdings das Konzept von Rasse<sup>13</sup>, wo die Stimmen der Gegner und Befürworter ähnlich auseinander gehen. Allerdings kann *Rasse* zumindest – wie ungenau auch immer – sich auf einige askriptive Merkmale berufen, was bei dem Konzept von Ethnizität nicht in dieser Weise gegeben ist. So können sich beispielsweise Menschen mit türkischer und kurdischer Herkunft auf unterschiedliche ethnische Zugehörigkeiten berufen, von zwei unterschiedliche Rassen würden in diesem Fall jedoch selbst die waghalsigsten Vertreter nicht sprechen.

### *Alltagsverständnis von Ethnizität*

Zentral für den Zusammenhang dieser Arbeit ist bei dem Konzept von Ethnizität, dass sie nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in öffentlichen Diskussionen und in der Lebenswelt der Menschen – und damit auch im normalen Kita-Alltag – präsent ist. Jeder hat irgendein implizites Verständnis von Ethnizität, auch ohne die dahinterliegenden theoretischen sozialwissenschaftlichen Konzepte zu kennen. So hat im Alltag beispielsweise jeder irgendein Verständnis davon, was einen „Türken“ von einem „Russen“ unterscheidet. Dabei spielt es in diesem Kontext meist keine Rolle, ob nun der „Türke“ in der dritten oder vierten Generation in der BRD lebt und die deutsche Nationalität besitzt – formell also gar kein Türke mehr ist oder der „Russe“ aufgrund eben seiner nicht-russischen, sondern deutschen bzw. deutschstämmigen ethnischen Zugehörigkeit in die Bundesrepublik migriert ist.

Wichtig ist ebenfalls, dass im Alltag diese Form von ethnischer Zuschreibung von beiden Seiten als Identifikationsfolie erkannt und akzeptiert wird. Hier manifestiert sich das weiter oben schon angesprochene Phänomen eines doppelten Konstruktionsakts von ethnischen Gruppen. Auch im Bereich der präventiven Arbeit mit Eltern und der Elternarbeit im Setting Kita gehen die impliziten Verständnisse von Ethnizität immer im alltäglichen Umgang mit Eltern mit Migrationshintergrund ein. Im Alltag der Kitas, aber auch im Bereich der medizinischen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sind ethnisch-kulturelle Differenzen in der alltäglichen Arbeit immer sichtbar und spielen in den alltäglichen Umgang immer eine Rolle. Diese können sich entlang ganz unterschiedlicher Bereiche wie askriptiver Merkmale, der Sprache, dem Ge-

---

<sup>13</sup> Historisch bedingt wird in der deutschen Migrationsforschung nicht mit dem Konzept Rasse argumentiert. In der amerikanischen und britischen Diskussion ist Rasse jedoch kein Unwort. In den USA z. B. ist die Rasse selbst in den Personalien eingetragen. In Großbritannien wird „black“ (auch offiziell) zur Sammelbezeichnung von Indern, Pakistani sowie Einwanderern aus der Karibik verwendet. Im Kontext von eher gut gemeinten auf Multikulturalismus basierenden (Kommunal-)Politiken kommt es hier häufig zu Diskrepanzen, wenn es z. B. um die Stimmen der Gruppe der „Blacks“ geht.

sundheitsverhalten, durch Erziehungsverhalten oder durch die Partizipation im Kita-Alltag zeigen. Dabei kann an dieser Stelle erst einmal zweitrangig sein, ob diese Differenzen sozial oder radikal konstruiert oder tatsächlich real oder objektiv vorhanden sind. *Zentral ist, dass die ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit sowohl von Seiten der Eltern als auch von Seiten des pädagogischen bzw. medizinischen Personals im Alltag wahrgenommen, und zur Beschreibung und Erklärung von Differenzen herangezogen wird.* Aus diesem Grund werden im hier vorliegenden Kapitel einige für die Public Health Forschung wichtige Konzepte und Zugänge von Ethnizität etwas genauer dargestellt. Es wird sich zeigen, dass fast alle theoretischen Zugänge zu Ethnizität auch kompatibel sind mit den Alltagsverständnissen der sozialen Akteure im Setting. Die Analyse und die genaue Betrachtung dieser Konzepte dient somit nicht zuletzt dem Ziel, den in der Public Health Forschung und Praxis eher diffusen und impliziten Umgang mit ethnisch-kulturellen Differenzen durch sozialwissenschaftliche Konzepte und analytische Instrumente der Gegenstandsbeschreibung aufklären zu helfen.

Im Folgenden werde ich in aller Kürze auf die wichtigsten sozialwissenschaftlichen Zugänge zu Ethnizität eingehen. Dabei lässt sich für das Konzept von Ethnizität kaum eine Klassifizierung nach den theoretischen Positionen festmachen. Mein Vorschlag ist hier, entlang der Linie eines sozio-biologisch-essentialistischen Verständnisses, das Ethnizität als eine unveränderbare, teilweise biologische Konstante auffasst an einem Ende des Spektrums bis hin zu der Perspektive, Ethnizität sei nicht mehr als ein Diskursprodukt am anderen Ende des Spektrums, zu sortieren. Die unterschiedlichen Varianten sozialkonstruktivistischer Theoretisierungen liegen dann im mittleren Bereich dieses Kontinuums.

#### *Ethnizität als Essenz: Das Konzept von Rasse*

Das Verständnis von Ethnizität, das dem Konzept von Rasse am nächsten kommt ist das essentialistische oder primordiale Verständnis von Ethnizität (klassisch etwa bei van den Berge 1978). Zur Erklärung dieser Variante werden nicht selten eine biologische oder genetische Bestimmtheit von Ethnizität herangezogen. Nach diesem Verständnis wird Ethnizität genetisch vererbt, es gilt als unveränderbar und unaustauschbar, man wird in eine Ethnie hineingeboren. In diesem Verständnis sind vor allem askriptive Merkmale von besonderer Bedeutung. Nach ethnischer Zugehörigkeit differente Hautfarbe, Größe, Physiognomie, körperliche Konstitution, in Ge-

sundheitswissenschaftlichen und sozialegpidemiologischen Studien gar ethnisch differente „Genpools“ etc. werden als Argumente für das Bestehen biologisch bestimmter Ethnien angebracht (etwa bei Spallek & Razum 2008). In den USA wurden bis in die sechziger Jahre hinein unterschiedliche Ergebnisse in Intelligenztests von dunkelhäutigen und weißen Schülerinnen und Schülern mit der „Rassenzugehörigkeit“ ursächlich erklärt: dunkelhäutige Menschen (oder auch die Gruppe der ökonomisch Armen, die hier häufig zusammenfallen) galten als genetisch bedingt dümmer als Weiße (Herrnstein & Murray 1994). Obwohl diese Theorie lange Zeit im sozialwissenschaftlichen Feld als überholt galt, gibt es gerade in den letzten Jahren auch in Zusammenhang einer stärker werdenden naturwissenschaftlichen Orientierung und einer stärkeren Vernaturwissenschaftlichung der Sozialwissenschaften (z. B. das Soziologie-Kongress 2008 in Kassel mit dem Thema „Die Natur der Gesellschaft) immer wieder Studien, die versuchen diese Theorie zur Erklärung ethnischer Differenzen zu bemühen. Im Bezug auf die Unterscheidung von Rasse und Ethnie muss hier noch mal angemerkt werden, dass auch das Konzept von Rasse niemals nur biologisch war, sondern immer auch die kulturelle Ebene mit einschloss (vgl. Priester 2003). Obwohl in wissenschaftlichen Debatten dennoch nicht salonfähig, ist dieses Verständnis von Ethnizität im Alltag sowohl auf Seiten der Mehrheiten als auch der Minderheiten sehr präsent. Besonders in der qualitativen Rassismusforschung lässt sich feststellen, dass Konflikte von verschiedenen sozialen Gruppen mit verschiedener kultureller/ethnischer Herkunft mit sozio-biologischen Beschreibungen und gleichzeitigen Abgrenzungen einhergehen (Heitmeyer 2008).

### *Ethnizität als Essenz: Essentialisierung von Kultur*

Etwas abgeschwächtere Formen essentialistischer und primordialer, aber gleichzeitig um ein vielfaches populärere Theorien von Ethnizität sind solche, die für die Erklärung ethnischer Differenzen nicht auf biologische oder askriptive Merkmale zurückgreifen, jedoch in einer ähnlichen Form das Konzept von Kultur stark machen. Aus dieser Perspektive sind es nicht etwa körperliche Konstitution, Hautfarbe oder die „tatsächliche“ Abstammung, die die ethnische Zugehörigkeit bestimmen, sondern kulturelle Merkmale wie Sprache, Religion/Glaube, Ernährungspräferenzen, moralische/sittliche Vorstellungen, Geschlechterbeziehungen, Erziehungsvorstellungen und allgemeiner Lebensstil etc. Das essentialistische an diesen Theorien ist nun, dass eben diese kulturellen Merkmale als gebündelt in jeweils einer Kultur gedacht wer-

den und jede Kultur für sich als ein geschlossenes System begriffen wird. Weder zwei Kulturen noch die sie ausmachenden Merkmale sind veränderbar, austauschbar oder ableitbar. Kulturelle Zugehörigkeit gerinnt hier zum individuellen Schicksal ohne Exit-Option (zum Beispiel bei Schönpflug 2008).

Kulturelle Blöcke werden mit all ihren Inhalten gegeneinander gehalten, voneinander abgegrenzt oder miteinander verglichen. Ethnische „Kultur“ gilt aus dieser Perspektive als etwas, das in jedem Fall in seiner Gesamtheit erhalten bleiben muss. Zentral ist hier ebenfalls eine in der Regel implizite normative Perspektive, die bei einem solchen Verständnis von Ethnizität und Kultur davon ausgeht, dass eine kulturelle „Mischung“ zwischen ethnischen Mehrheiten und Minderheiten zumeist, jedoch nicht in all entsprechenden theoretischen Varianten zu vermeiden gilt (hierzu ausführlich Sahrai 2008). Diese Vorstellung einer monolithischen Kultur ist etwa nachweisbar in den konservativen Studien zur demografischen Entwicklung, in denen etwa unterschiedliche Fertilitätsraten nach den Kategorien „Deutsche“ und „Ausländer“ bis zum Jahr 2050 extrapoliert werden. Dabei wird die Möglichkeit, einer rechtlichen und kulturellen sozialen Integration über mehrere Generationen hinweg schlicht negiert. (vgl. Birg 2001)

Diese Sicht auf Ethnizität ist die Form, die zwar selten explizit vertreten wird, jedoch einem nicht unerheblichen Teil der wissenschaftlichen Studien zu Migration und in diesem Zusammenhang Assimilation, Integration, Multikulturalismus und Transkulturalismus zu Grunde liegt (s. u.). Auch in politischen, öffentlichen Diskursen und in der Alltagspraxis ist ein eher naturalisierendes und essentialisierendes Konzept von Ethnizität sehr präsent. Gerade in gesundheitswissenschaftlichen Studien ist, wie im Laufe dieser Arbeit deutlich werden wird, dies besonders virulent. So wird beispielsweise in sozialepidemiologischen Studien aus dem statistisch erfassten Aggregat von einzelnen Migrantengruppen auf bestimmte Krankheitsbilder geschlossen. Ähnlich ist es im Bereich der Präventionsforschung bei Migranten, indem aufgrund eines statistisch höheren Anteils von Migrantenkindern, die übergewichtig sind, auf „das Ernährungsverhalten von Türken“ geschlossen wird (Delekat 2003). Gleiches gilt für den Gegenstand etwa der Gewaltprävention. Von einer *statistisch auffälligen Anzahl* von familialen Gewaltopfern unter Migranten wird auf „die Erziehungsstile von Türken/Südländern etc.“ zurückgeschlossen und falsch universalisiert (Kelek 2006).

Im Alltag von Kitas birgt eine solche Sicht auf Ethnizität die Gefahr, dass alle Eigenschaften, Merkmale und damit auch Probleme von Eltern mit Migrationshintergrund auf die ethnische Zugehörigkeit zurückgeführt werden. Das birgt wiederum die Gefahr, dass auch Probleme, die eher etwas mit Armut und sozialer Deprivation zu tun haben, durch kulturelle Merkmale der Familie ursächlich erklärt werden, so z. B. wenn ein Kind eine Art von Unterversorgung aufweist. Eine solche Sicht auf Ethnizität verschleiert häufig ebenfalls, dass viele Eltern inzwischen selbst in der zweiten und dritten Generation in der BRD leben und in vielerlei Hinsicht sich kulturell von den Herkunftsländern ihrer eigenen Elterngeneration entfernt haben. Sie sind viel stärker sozial und kulturell in der deutschen Gesellschaft integriert als häufig angenommen wird (Crul & Schneider 2010). Eine essentialistische Sicht auf Ethnizität würde solche Übergänge verwischen und Eltern mit Migrationshintergrund – unabhängig davon, wie diese sich selbst identifizieren – *immer* als eine andere, als nicht-deutsche Ethnie definieren.

#### *Ethnizität als radikalkonstruktivistisches Diskursprodukt*

Am anderen Ende des Kontinuums der Konzeptionalisierung von Ethnizität stehen wie oben erwähnt radikalkonstruktivistische Ansätze. Aus dieser Perspektive ist Ethnizität kein eigenständiges soziales Phänomen, sondern ein Diskursprodukt. Der Radikalkonstruktivismus ist selbst eine Sammelbezeichnung für ganz unterschiedliche Positionen, beginnend bei systemtheoretischen Zugängen über Laborstudien bis hin zu poststrukturalistischen und postkolonialistischen Ansätzen. Gemeinsam ist allen radikalkonstruktivistischen Positionen die starke Abgrenzung gegenüber essentialistischen oder naturalisierenden Argumentationsmustern. Erkenntnistheoretisch hätte in der Systemtheorie Ethnizität keinen anderen Status als die Schuhgröße oder Augenfarbe. Neuere systemtheoretische Ansätze zeigen die Rolle von Institutionen bei der Erzeugung und Produktion von Ethnizität auf. Vor allem für die Institution Schule gibt es in dieser Hinsicht in der Bildungsforschung eine ganze Reihe guter Studien, die auf die soziale Konstruktion von Ethnizität durch die Schule aufmerksam machen (Kornmann & Schnattinger 1989; Kronig 2003; Mart. Weber 2003). So wird insbesondere auf die Rolle der Schule bei der Produktion von Ethnizität verwiesen, die in der Schule eine systemstabilisierende Funktion übernimmt:

„Erst wenn die Ergebnisse der durch Kompromißbildung zustande gekommenen Allokationsentscheidungen gegenüber dem Publikum dargestellt

werden müssen, kommt die Unterscheidung nach ethnischen Merkmalen in der Kommunikation der Organisation prominent vor. Sie wird als eine Ressource dann benutzt, wenn es um die nachträgliche Begründung der sie immer – kontingent oder nach Opportunität – motivierenden Exklusions- bzw. Inklusionsentscheidungen geht. Plausibilität und Legitimation der gefallenen Entscheidungen wird erzeugt durch Attribuierung von kulturspezifischen Merkmalen (Sozialisations- und Erziehungsstile, Mentalitätsunterschiede, Identitätsprobleme) auf die Schüler mit Migrationshintergrund.“ (Radtke 2004: 159)

In der Tradition der Poststrukturalisten ist Ethnizität ebenfalls keine eigenständige Entität, keine Essenz, sondern eine – allerdings durch soziale Herrschaft hervorgerufene – Konstruktion. Der Hintergrund vieler dieser Positionen liegt im so genannten Postkolonialismus begründet und in den eigenen, reflexiv gewendeten Erfahrungen der Exil- oder Migrationssituation. So beschreibt der Kulturwissenschaftler Stuart Hall, dass er, aus Jamaica stammend, das erste Mal im englischen Exil mit der Kategorie „Schwarz“ konfrontiert wurde, dadurch, dass ein kleines Kind auf ihn zeigte und zu seiner Mutter gewendet ausrief: „Schau mal Mama, ein Schwarzer!“. Die Kategorie des „Schwarzen“ war bislang noch nicht Teil der Selbstbeschreibung und erst durch Fremdzuschreibung praktisch relevant (Hall 1994). Die starke These hinter dieser radikalen Form des Sozialkonstruktivismus ist nun, dass sich – ähnlich wie in der Systemtheorie – soziale Grenzlinien an mehr oder weniger beliebige Elemente koppeln können, die wenig mit objektiven, realen oder materiellen Substraten zu tun haben. Es wäre in dieser Perspektive zumindest denkbar, dass auch die Schuhgröße oder die Körperlänge Ausgangspunkt ethnischer Konstruktionen wird. Zentral ist hier aber auch der Aspekt, dass ethnische Konstruktionen zur Absicherung sozialer Herrschaft von sozialen Gruppen oder nationalen Einheiten dient – das Apartheitsregime ist hier wohl ein gutes Beispiel (vgl. zum allgemeinen Zusammenhang Said 1995).

Die hier angesprochenen theoretischen Ansätze und Positionen haben noch keinen Eingang in die gesundheitswissenschaftlichen Debatten und Konzepte gefunden. Aus ihrer Berücksichtigung würde insbesondere ein hohes Maß an Skepsis bei der unreflektierten Verwendung sozialer Großgruppenkategorien wie „Türken“, „Italiener“ oder „Präventionsbedürftige“ folgen. Das herrschaftskritische Argument poststrukturalistischer Ansätze würde hier dahin gehen, dass die Verwendung der Kategorien

durch diskursmächtige Wissenschaften solche Gruppen erst produziert. Damit würde sich die Kritik an gesundheitswissenschaftlicher Theorie und Praxis von der häufig beklagten „blaming the victim“-Perspektive verschieben hin zu einer „constructing the victim“-Perspektive (Bittlingmayer 2008).

Allerdings hat auch eine solche Sicht auf Ethnizität im Bezug auf ihre Beschreibungs- und Erklärungskraft bestehender sozialer Tatsachen im Alltag von Kitas ihre Grenzen. Wie im vorherigen Abschnitt bereits beschrieben, sind Alltagsverständnisse von Ethnizität noch immer eher essentialistisch. Auch wenn ethnische Fremd- und Selbstzuschreibungen auf soziale Konstruktionen beruhen, kann von der Tatsache nicht abgesehen werden, dass diese Zuschreibungen in den Denk-, Handlungs-, und Wahrnehmungsschemata der Betroffenen präsent sind (Bielefeld 2001; Heinemann 2001). Eine wissenschaftliche Leugnung oder Negierung dieser wie auch immer konstruierten Realitäten wäre für das Erfassen etwa des Umgangs mit Eltern mit Migrationshintergrund in Kitas wenig hilfreich. Kulturelle Differenzen unterschiedlicher ethnischer Gruppen sind im Alltag von Institutionen wie Kitas in der Regel immer sichtbar, etwa wenn Kinder im Kindergarten bestimmte Ernährungsvorschriften haben oder wenn Eltern eine andere Sprache sprechen als die Mehrheitssprache. Zudem übersieht ein radikalkonstruktivistisches Ethnizitätsverständnis, dass ethnische Gruppen – ähnlich wie soziale Schichten – soziale Gruppen bilden, die durch teilweise homogene oder ähnliche Sozialisations- und Lebensbedingungen Gemeinsamkeiten in ihrer Lebensführung aufweisen. Diese sind gerade im Kontext von Fragen über Elternarbeit und Erziehungsfragen relevant, denn sie werden im Verlauf der familialen Sozialisation intergenerational weiter gegeben.

### *Ethnizität – Klasse – Schicht*

Selbst das Motiv, dass Ethnizität eine fundamentale Rolle bei der Vergesellschaftung und Vergemeinschaftung spielen muss, ist theoretisch umstritten. Einige theoretische Positionen messen Ethnizität überhaupt keine oder zumindest eine sehr geringe Bedeutung bei. Im Gegensatz zur oben aufgeführten radikal-konstruktivistischen Sicht, bei der Materie und Essenzen im Prinzip nicht vorhanden sind und alle Phänomene und Erscheinungen als diskursive Konstruktionsakte aufgefasst werden, wird in diesem Verständnis Ethnizität als instrumentell und primär interessengetriebenes Konzept aufgefasst. Vor allem marxistische und ungleichheitsorientierte Studien und Theoretiker vertreten diese Auffassung von Ethnizität, wenn es um Mitglieder ethnischer

Minderheiten und Migranten geht. Aus dieser Perspektive ist es nicht Ethnizität, die als Ursache zur Erklärung von Ungleichheiten im Bereich Bildung, Sozialstruktur oder Gesundheit herangezogen werden kann, sondern die Klassenzugehörigkeit und die Klassenlage. Traditionelle sozioökonomische Faktoren wie Einkommen, Bildung und Berufsstatus sind aus dieser Perspektive ausreichende Erklärungsfaktoren für gesellschaftliche und kulturelle Ungleichheiten. In seiner starken Variante ist dieser Theoriestrang kulturblind. Nur die „harten“ Faktoren spielen eine Rolle. Dominant waren solche Positionen in den kritisch-marxistischen sozialstrukturanalytischen Studien bis weit in die siebziger Jahre hinein. Die jeweilige Position im Produktionsprozess determiniert in dieser Perspektive die gesamte Alltagsorganisation bis hin zu den familialen Erziehungsstilen der verschiedenen sozialen Klassen (Rolff 1997: 34):

„Die Sozialisation durch den Beruf prägt in der Regel bei den Mitgliedern der sozialen Unterschicht andere Züge des Sozialcharakters als bei den Mitgliedern der Mittel- und Oberschicht; während der Sozialisation durch die Familie werden normalerweise die jeweils typischen Charakterzüge der Eltern an die Kinder weitervermittelt; die Sozialisation durch die Freundschaftsgruppen der Heranwachsenden vermag die schichtenspezifischen Unterschiede nicht aufzuheben. Da die Sozialisation durch die Schule auf die Ausprägungen des Sozialcharakters der Mittel- und Oberschicht besser eingestellt ist als auf die der Unterschicht, haben es die Kinder aus der Unterschicht besonders schwer, einen guten Schulerfolg zu erreichen. Sie erlangen häufig nur Qualifikationen für die gleichen niederen Berufspositionen die ihre Eltern bereits ausübten. Wenn sie in diese Berufspositionen eintreten, dann ist der Zirkel geschlossen“ (Rolff 1997: 34).

Die Klassenlage bestimmt nach diesem Verständnis die „Kultur“, unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit. Die ethnische Zugehörigkeit ist eine bloß abgeleitete Randvariable.

### *Ethnizität – Lebensstile – Milieus*

Seit den achtziger und neunziger Jahren des Zwanzigsten Jahrhunderts setzte sich in der Sozialstrukturanalyse eine differenziertere Betrachtung von sozialen Klassenlagen durch, die stärker sozio-kulturelle und mentalitätsspezifische Dimensionen mit einbezieht und auf die Alltagspraxis und Lebensführung der sozialen Akteure mit abhebt (Bourdieu 1982; Schulze 1992; Vester et al. 2001). Doch selbst nachdem in der Sozialstrukturanalyse Deutschlands im Zuge dieser Differenzierungen und Ergänzungen Fragen der Migration und ethnischer Minderheiten eine größere Bedeutung erhielten bzw. überhaupt erst systematischer wahrgenommen wurden, blieb das

hier zu Grunde liegende Verständnis von Ethnizität theoretisch eher naiv. Ethnizität spielte auch in den avancierteren sozialstrukturanalytischen Arbeiten weiterhin eine geringe Rolle. Zwar werden die „harten“ Indikatoren wie Bildung, Berufsstatus und Einkommen ergänzt durch eher weiche sozio-kulturelle Indikatoren im Lebensstil und in den Mentalitäten und Einstellungen, es wird eher von Milieus als von Klassen gesprochen, die als Erklärungsfaktor für vor allem die Persistenz sozialer Ungleichheiten besser geeignet scheinen, als das Konzept von Klasse. Trotz der Hinzuziehung der Kategorie Kultur bleibt aber die kritische marxistische Forschung größtenteils ethnizitätsblind (Ritsert 1998; Crompton et al. 2000; Bischoff et al. 2002; Vester 2006, 2009a). Migranten und ethnische Minderheiten tauchen bestenfalls als eine Art Restkategorie auf; einige sprechen von der „ethnischen Unterschichtung Deutschlands (Vester et al. 2001; Kreckel 1997; Geißler 2002; kritisch und mit guten Argumenten zur Idee einer ethnischen Unterschichtung Heckmann 1983) oder sie werden gänzlich in die bundesrepublikanische Mehrheitssozialstruktur analytisch einsortiert, trotz der Berücksichtigung von kulturellen, d. h. prinzipiell ethnizitätssensiblen Differenzen und Präferenzen.

Für den Zusammenhang dieser Arbeit ist ein solches Verständnis von Ethnizität bzw. ein gänzlich Fehlen dessen insoweit wichtig, da aus dieser Perspektive eine speziell auf die Zielgruppe der Migranten gerichtete Prävention nicht nötig wäre. Zielgruppenspezifische Programme müssten nach diesem theoretischen Zugang nicht die ethnische Kultur ihrer Zielgruppe in den Blick nehmen, um ihre Programme an sie anzupassen, sondern ethnien- und kulturübergreifende Berücksichtigung von sozialstrukturellen Merkmalen würden aus dieser Perspektive völlig ausreichen (Beispiele für kritische Studien, die ohne Bezüge zu Ethnizität auskommen sind etwa Hurrelmann 2006b; Hurrelmann 2002; Richter 2005; Bauer 2005, Kähnert 2003, Mielck 2005, usw.). Denn vor allem ungleichheitsrelevante und ungleichheitsgenerierende Differenzen – so die Annahme in gesellschaftskritischen Studien – ergeben sich nicht durch die ethnische Zugehörigkeit, sondern entlang sozialstruktureller Merkmale. So richtig diese Diagnose vor allem für die Makroebene auch ist; auf der Mikroebene, auf der Ebene der Sozialisation, des Verhaltens und des Lebensstils können ethnisch bedingte Differenzen ebenfalls ungleichheitsrelevant und ungleichheitsgenerierend sein. Kritisch anzumerken wäre an diesen Studien, dass sie die Mittelschichtorientiertheit – die sie zu Recht Präventionsprogrammen, die sich als universalistisch zu geben versuchen, vorwerfen – in gleicher Weise selbst vollziehen, indem sie zwar

von sozialstrukturellen Differenzen und von intraethnischer kultureller Heterogenität, jedoch merkwürdigerweise interethnischer Homogenität ausgehen; die Mittelschichtorientiertheit wird zwar angeprangert, wird aber im Fall der Migranten ersetzt durch eine Orientierung an autochthone Kultur(-en), selbst wenn sich diese in Klassen, Schichten oder Milieus unterteilt sind (Sahrai 2009b).

### *Ethnizität als vormodernes Relikt*

Ebenfalls mehr oder weniger unbedeutend ist Ethnizität in modernisierungstheoretischen Ansätzen. Modernisierungstheorien gehen häufig davon aus, dass moderne Gesellschaften funktional differenziert sind. Ethnizität, ethnische Vergemeinschaftung und ethnische Identitäten werden als Relikte der Vormoderne angesehen, die bei fortschreitender Modernisierung und somit funktionaler Differenzierung automatisch an Bedeutung verlieren. Denn „Modernisierung [bedeutet] funktionale Differenzierung; und funktionale Differenzierung bedeutet dann ferner die Überwindung, das Verschwinden, die Irrelevanz ständischer und damit auch ethnischer Vergemeinschaftungen“ (Esser 1988: 239). Gerade in den letzten zwei Jahrzehnten jedoch, nach den stärker werdenden Rufen von Migranten – in den Kernländern der Industrienationen – nach ethnischen Gruppenrechten und Erhaltung ethnischer Identitäten (Kymlicka 1995), aber auch nach dem Verfall des Ostblocks und den darauf folgenden ethnischen Konflikten, Kriegen und ethnisch motivierten Genoziden, hat diese Theorie auch unter ihren treuesten Vertretern an Erklärungskraft eingebüßt (Brieden 1995 Hormel & Scherr 2003). Die Wiederkehr der Bedeutung von Ethnizität und ethnischer Vergemeinschaftung wird eher als ein Teil und als eine Konsequenz der Moderne interpretiert (Nassehi 1990). Für Hartmut Esser ist das ethnic revival zwar ebenfalls als Teil des Modernisierungsprozesses; dies jedoch nur deshalb, weil die Modernisierung noch nicht richtig vollzogen ist: „Für diesen Typus tatsächlich funktional differenzierter, nun endgültig ‚moderner‘ Gesellschaft entfallen indessen die objektiven Grundlagen für dauerhafte ethnische Vergemeinschaftungen und für systematische ethnische Mobilisierungen letztendlich“ (Esser 1988: 247).

Ethnizität wird somit zu einem Anachronismus noch nicht komplett vollzogener Modernität. Interessant für den Zusammenhang der vorliegenden Arbeit ist dieser Aspekt nicht nur insofern, dass aus einer solchen Perspektive eine „modernen Gesellschaft“ wie die Deutsche *langfristig* keinen Raum für ethnische Differenzen zu-

lässt<sup>14</sup>. Vielmehr ist auch damit zu rechnen, dass ein solches Verständnis von ethnischer oder offen religiöser Zugehörigkeit und Alltagspraxis auf Seiten des pädagogischen Personals in der Kita dazu führen kann, dass Mütter, die ein Kopftuch tragen unter einen generellen Anti-Modernismusverdacht geraten.

Im weiteren Verlauf wird sich zeigen, dass eine solche Sicht dann auch die kulturelle Assimilation von Migranten als unvermeidbar ansieht. Würde dies eintreten, muss man davon ausgehen, dass nun langfristig zielgruppenspezifische Präventionsangebote überflüssig würden, weil eben ethnische Differenzen redundant würden und in solchen Gesellschaften lebende Menschen unter einem enormen „Assimilationszwang“ (Esser 2004) stehen, für die diese sich über kurz oder lang aus rationalen Erwägungen auch einlassen werden. Wie stark diese Position implizit in der Praxis, in der Politik und in der Öffentlichkeit mit schwingt, muss im Laufe der Arbeit weiter behandelt werden. Sollte dies der Fall sein, bringt es für die nahe und ferne Zukunft der zielgruppenspezifischen Präventionsforschung und Elternarbeit im Setting Kita gewichtige Konsequenzen mit sich. Aus dieser Perspektive und dieser Logik müsste dann die zielgruppenspezifische Forschung und Praxis in der Prävention und Gesundheitsförderung zwar mittelfristig eben zielgruppenspezifisch bleiben, langfristig jedoch müssten nach diesem Verständnis *alle so individualisiert* und in das System integriert sein, dass sich die Zielgruppenspezifität ebenfalls überflüssig machen müsste.

### *Ethnizität als rationale Wahl*

Obwohl die Rational Choice-Theorie keine explizite Ethnizitätstheorie ist und sich eigentlich als mikrosoziologische bzw. ökonomische Handlungstheorie versteht, die versucht menschliches Handeln nach einer ökonomischen Logik zu erklären, ist sie für das Verstehen besonders der deutschen Migrationsforschung und der Perspektive auf Ethnizität von besonderer Bedeutung. Nach dem Verständnis der Theorien des Rational-Choice handeln Menschen nach rationalen Kosten-Nutzen Kalkülen (Boudon 1974). Damit werden jedoch nicht nur persönliche „Entscheidungen“ einzelner erklärt; die Sozialstruktur auf der Makroebene wird als Aggregat individueller Ent-

---

<sup>14</sup> Hartmut Esser ist einer der bekanntesten und bis heute wirkmächtigsten Migrationsforscher in der Bundesrepublik. Neben Modernisierungstheorie ist Esser ein Verfechter von Rational-Choice Theorien und der Assimilation. Im Laufe dieses Kapitels wird er daher im Kontext der Darstellung dieser beiden Punkte häufiger genannt werden. Aus der Vermischung dieser drei Theorien lässt sich dann auch seine modernisierungstheoretische Variante von Ethnizität vielleicht besser verstehen.

scheidungen verstanden (Coleman 1990). Die geringen Anteile an hohen Bildungsquoten bei benachteiligten Gruppen wird somit nicht strukturellen Faktoren oder durch organisatorische bzw. systemische Barrieren erklärt, sondern daraus, dass die Mitglieder bestimmter Gruppen sich gegen eine weitere Beschulung und Bildung – ihrer eigenen oder ihrer Kinder – *entscheiden*, weil sie sich z. B., so eine sehr häufige Begründung, eher dafür entscheiden schneller Geld zu verdienen (Kristen 2002; Becker 2009).

Für die Migrationsforschung sind ökonomische Rational-Choice Theorien seit den Anfängen als Grundlage für die Erklärung von Migrationsursachen und Migrationentscheidungen herangezogen worden, besonders in der frühen amerikanischen Migrationsforschung (Han 2000; Eisenstadt 1954; Da Vanzo 1981; De Jong & Fawcett 1981). In der Bundesrepublik ist die Theorie insbesondere für die Erklärung der schlechten Bildungs- und Berufsauscomes von Migranten populär (z. B. Diefenbach & Nauck 1997; Kristen 1999; Esser 1988). Trotz der Ergebnisse der PISA-Studien, die sehr eindeutig gezeigt haben, dass strukturelle Faktoren die Bildungs- und Berufschancen von Migranten und von Menschen aus den benachteiligten Schichten enorm einschränken, hat die Rational Choice-Theorie noch immer nicht an Popularität verloren (so viele Beiträge in dem Sammelband Becker & Lauterbach 2004).

Die Entscheidung wird nach diesem Theorieverständnis nicht nur im Hinblick auf Bildung und Berufsstatus dem Individuum zugeschrieben, auch die ethnische Zugehörigkeit ist nach diesem Verständnis in gewisser Hinsicht individuellen ökonomischen Kalkülen unterworfen und deshalb zumindest partiell frei wählbar (Morgenroth & Merckens 1997). Hier ist die Verknüpfung dieser Theorie mit Modernisierungstheorien besonders deutlich, denn in der Moderne – so die Annahme – ist es auch rational für Menschen, sich gegen die (eigene) marginalisierte Minderheitene ethnien zu entscheiden und in der Moderne aufzugehen. Diejenigen, die sich für die eigene ethnische Gruppe entscheiden, so die weitere Annahme, tun dies, um nur ein Beispiel zu nennen, weil am Anfang einer Migration die eigene Ethnie Halt bietet oder vordergründig auch die Investition in kleine eigenethnische Ökonomien erst einmal den Migranten Nutzengewinne verspricht. Dies ist das in der Migrationsforschung als „ethnic minority trap“ bekannte Phänomen (Esser 1990; Han 2000).

Für die gesundheitswissenschaftliche und pädagogische Arbeit mit ethnischen Minderheiten hat eine solche Sicht auf Ethnizität weitreichende Folgen. Wenn davon ausgegangen wird, dass Ethnizität, ethnische Zugehörigkeit und ethnische Identität

frei wählbar ist, dann können hier folgerichtig ganz andere Integrations- und Assimilationsanforderungen an „Migranten“ gestellt werden. Wird Menschen zugemutet, dass sie alles, auch ihre Ethnizität frei wählen können, dann kann jede Form von Nichtangepasstheit und kulturelle Differenz als mangelnder oder fehlender Integrationswillen gedeutet werden. Fehlende Erfolge im Bildungssystem, Arbeitslosigkeit, Übergewicht, mangelnde Elternpartizipation in der Kita, geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen oder ein schlechter gesundheitlicher Zustand werden somit im Fall der Migranten – aufgrund mangelnder Bereitschaft zur Integration – direkt in den Verantwortungsbereich der Individuen projiziert. Die in letzter Zeit immer heftiger werdenden öffentlichen und politischen Diskussionen über integrationsunwillige Migranten, ganz besonders die Gruppe der Türken und die Muslime allgemein, lassen eine solche theoretische Hintergrundkonzeption im Hinblick auf Ethnizität und Identität durchscheinen. Für einen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs und für das Problem des Präventionsdilemmas kommt hier eine neue Dimension des „blaming the victim“ hinzu. Nicht nur, dass z. B. Präventionsprogramme Migrantengruppen nicht erreichen, sie sind nach dieser Logik auch selbst daran schuld, dass sie nicht erreicht werden, weil sie sich eben nicht für die Integration in die autochthone Mehrheitskultur entschieden haben.

### *Ethnizität als soziale Konstruktion*

Eine eher mittlere Position im Spektrum zwischen essentialistischen und radikalkonstruktivistischen Theorien nehmen die Ethnizitätstheorien ein, die Ethnizität zwar als eine soziale Konstruktion begreifen – also als nichts Biologisches oder Primordiales – jedoch die Bedeutung von Ethnizität für den Prozess der Sozialisation und für die persönliche Identitätsbildung von Individuen betonen. Eine der bisher zufriedenstellendsten Definitionen von Ethnizität gibt nach wie vor Max Weber: „Wir wollen solche Menschengruppen, welche auf Grund von Aehnlichkeiten des äußeren Habitus oder der Sitten oder beider oder von Erinnerungen an Kolonisation und Wanderung einen *subjektiven Glauben an eine Abstammungsgemeinschaft* hegen, derart, daß dieser für die Propagierung von Vergemeinschaftungen wichtig wird, dann, wenn sie nicht ‚Sippen‘ darstellen, ‚ethnische‘ Gruppen nennen, ganz einerlei, ob eine Blutsgemeinsamkeit objektiv vorliegt oder nicht.“ (Weber 1972: 237)

Weber hat insoweit ein sozialkonstruktivistisches Verständnis von Ethnizität, als dass er auf die Bedeutungslosigkeit von objektiven Kriterien bei der *Entstehung* von ethnischem Gemeinsamkeitsglauben verweist.

Es gibt einige Kriterien, die den *Glauben* an eine gemeinsame Abstammung entstehen lassen können, wie eine gemeinsame Sprache, gemeinsame religiöse Vorstellungen, Ähnlichkeit des äußeren Habitus und der „Sitten“, wie z. B. Kleidung, Ernährung, Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern etc. („Massenkulturgüter“) und somit eine Vergemeinschaftung erleichtern bzw. wahrscheinlicher machen. (Vgl. Weber 1972: 239). Es lässt sich jedoch nicht ein einziges Kriterium oder Merkmal finden, was bei einer Vergemeinschaftung auf der Grundlage von geglaubter gemeinsamer ethnischer Abstammung auf jeden Fall gegeben sein muss.

Dadurch büßt jedoch das Konzept von Ethnizität keineswegs an Wichtigkeit und Festigkeit ein. Die Bedeutung, die der *subjektive Glaube* zu einer bestimmten *Abstammungsgemeinschaft* zu gehören – ganz egal, ob dies objektiv tatsächlich gegeben ist oder nicht – für die Identität jedes einzelnen hat, darf nicht vernachlässigt werden. Dies wird wiederum durch die Familie vermittelt, die als Ort der Primärsozialisation die kulturellen Werte vorlebt und vorgibt (Hurrelmann 2002). Dabei spielt die Familie in die man „hineingeboren“ wird, eine wichtige Rolle, denn an ihr lässt sich auf der einen Seite die „Abstammung“ festmachen und auf der anderen Seite ist die Familie in der Regel der Ort der (Primär-)Sozialisation, dort wo sich der „ethnische Habitus“ (Bader 1998, 2001) bildet.

Der subjektive Gemeinschafts- und Abstammungsglaube, die emotionale Bindung an eine Gruppe, erklärt vielleicht auch die große Bereitschaft der Mitglieder als *Ethnie* (oder Nation) kollektiv zu handeln, und die große mobilisierende Kraft, die von ihr ausgeht, wenn es darum geht gegenüber anderen (ethnischen) Gruppen Herrschaft, Ungleichheit und Diskriminierung zu legitimieren bzw. gegen diese anzukämpfen. Dieses von Zeit zu Zeit auftretende kollektive Handeln ethnischer Gemeinschaften könnte ein Hintergrund für die in der sozialwissenschaftlichen Literatur anzutreffende Naturalisierung von Kategorien wie „türkisch“ oder „deutsch“ sein.

#### *Das Verständnis von Ethnizität in der hier vorliegenden Arbeit*

Ethnizität in dem in dieser Arbeit zu Grunde liegenden Verständnis leugnet nicht existierende und für Menschen identitätsstiftende Differenzen, die anhand von ethni-

schen Kriterien (Sprache, Massenkulturgüter, physiognomische Merkmale) im Alltag eine Rolle spielen. Gleichzeitig sind diese ethnischen Vergemeinschaftungsmomente aber keine „natürlichen“ und trennscharfen oder „objektiven“ Grenzlinien, sondern von Menschen konstruierte und wahrgenommene Unterschiede, denen keine Essenz (des „Deutschen“, des „Türkischen“, des „Asiatischen“) zugesprochen werden kann. Deshalb ist es beispielsweise problematisch, wenn über die statistische Zusammenfassung der türkischen Bevölkerung in großen sozialwissenschaftlichen Datensätzen etwa eine homogene Sozialisationsumgebung für Kinder, die dann zu Übergewicht neigen sollen, theoretisch konstruiert wird. Diese theoretischen Unterstellungen gilt es vielmehr genauer zu überprüfen.

Die sozialkonstruktivistische Variante von Ethnizität ist für die Idee einer ethnizitäts-sensiblen Elternarbeit besonders gut geeignet. Weder naturalisiert sie soziale Großgruppen entlang ethnisch-kultureller Merkmale noch leugnet sie die habituskonstituierenden und sozialisatorischen Einflüsse, die die ethnische Herkunft selbst nach mehreren Generationen auf die Persönlichkeitsentwicklung haben kann (Bader 2001; Heinemann 2001). Sie rechnet aber mit Differenzen auch innerhalb der sozial konstruierten Gruppen und bleibt einem antiessentialistischen Impuls verhaftet.

Ein weiterer Vorteil eines solchen theoretischen Zugangs liegt zudem darin, dass hier auch die Veränderungen in den migrationsabhängigen Sozialisationsbedingungen mit aufgenommen werden können. So können sich die subjektiven Ethnizitätskonzepte von Individuen im Verlauf des Aufenthaltes im Immigrationsland sowohl intra- als auch intergenerational verändern, ein populäres Beispiel dafür ist sicherlich die besonders intensive Unterstützung vieler Migranten für die deutsche Nationalmannschaft während der Fußballweltmeisterschaft oder die Rückwendung zum Islam in der dritten Migrantengeneration (Wiebke 2009). Wenn Ethnizität weder essentialisiert noch geleugnet wird, dann ist damit auch das Verstehen, Beschreiben und Erklären von Bi- und Multikulturalität möglich, ohne dass unter Multikulturalität ein Nebeneinander von kulturellen Blöcken verstanden wird; aus dieser Perspektive sind kulturelle und ethnische Mischformen theoretisch denkbar. Nach meiner Auffassung wird dieser theoretische Zugang zu ethnischen Gruppen am ehesten der täglichen Alltagspraxis gerade im Setting Kita mit ihrem besonders hohen Anteil an Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund gerecht.

Im folgenden Abschnitt wird es nunmehr darum gehen, eine ausführliche Beschreibung des sozio-ökonomischen Status von Migranten in Deutschland zu gewinnen. Dabei wird sich zeigen, dass auch hier von einer sehr komplexen, multidimensionalen und vielschichtigen sozio-ökonomischen Lage der Migranten in Deutschland ausgegangen werden muss. In folgenden Abschnitt wird auf Zahlenmaterial zurückgegriffen, das in vielerlei Hinsicht den terminologischen Unschärfen, die im Abschnitt 3.1. herausgestellt wurden, und den Gefahren einer Reifiation und Essentialisierung statistischer Zusammenhänge, wie sie in 3.2. angesprochen wurden, ausgesetzt ist. Deshalb ist der hier gewählte Zugang der, das statistische Zahlenmaterial und die sozialstrukturanalytischen Hintergrundmodelle sensibel zur Kenntnis zu nehmen, weil Migranten wie sich zeigen wird, im Durchschnitt schlechter gestellt sind als die deutsche Bevölkerung, sich aber gleichzeitig der prinzipiell begrenzten Aussagekraft von Kategorien wie Migranten zu erinnern.

### **3.3 Ethnische Unterschichtung Deutschlands oder sozialstrukturelle**

#### **Integration der Migranten: Die sozio-ökonomische Lage der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland**

Nachdem in dem vorangegangenen Abschnitt Ethnizitätskonzepte diskutiert und im Hinblick auf ihre Relevanz sowohl für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten als auch für den Kita-Alltag analysiert wurden, wird es in dem hier folgenden Abschnitt darum gehen, die sozialstrukturelle Lage der Menschen mit Migrationshintergrund genauer darzustellen und zu beleuchten.

#### *Die Bedeutung sozialer Ungleichheiten für gesundheitliche Ungleichheiten*

Neben – oder genauer noch *vor* ethnischer Zugehörigkeit und kulturellen Faktoren – gilt die soziale Lage oder die Schichtzugehörigkeit in der Public Health Forschung als die zentrale Determinante gesundheitlicher Ungleichheiten (Mielck 2005; Richter & Hurrelmann 2006; Wilkinson 2005). Es ist empirisch nicht nur für die Bundesrepublik, sondern für alle westlichen Industrienationen inzwischen hinreichend belegt, dass Menschen mit geringerem Einkommen, geringerer Bildung, und in den niedrigeren Berufshierarchien bzw. Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen aber auch Arbeitlose und aktuell Harz IV-Empfänger stärker gesundheitlichen Risiken ausge-

setzt sind, gegenüber Menschen, die in diesen Hinsichten besser gestellt sind. Dabei gilt dieser Zusammenhang auch für den Gesundheitsbereich im weiteren Sinn, so auch für die für diese Studie zentralen Bereiche der Vorsorgeuntersuchungen, der Wahrnehmung von Präventionsprogrammen und der Elternarbeit im Setting Kita.

Von der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist bekannt, dass sie im Verhältnis zur autochthonen Bevölkerung nicht nur einen schlechteren gesundheitlichen Zustand aufweisen (RKI 2008a, 2008b; Borde & David 2007; David et al. 2001; David et al. 2001), sondern ebenfalls sozialstrukturell schlechter gestellt sind (Statistisches Bundesamt 2007a). In einschlägigen ungleichheitsensiblen Studien zur Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten werden vermutlich aus diesen Erkenntnissen heraus gesundheitlich ungleiche Outcomes bei Migranten mit ihrer schlechteren sozialen Lage erklärt. Damit finden Migranten in der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten keine oder kaum besondere Berücksichtigung mehr und werden als Teil der ökonomisch und sozial benachteiligten Gruppen behandelt (Hurrelmann 2006b; Mielck 2005; Wilkinson 2005; Richter & Hurrelmann 2006; Bauer & Bittlingmayer 2006). Ethnischen, kulturellen und migrationsbedingten Faktoren wird aus dieser Perspektive bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten keine Bedeutung beigemessen.

#### *Die These der ethnischen Unterschichtung der deutschen Sozialstruktur*

Die sozial ungleichheitssensiblen Studien in den Gesundheitswissenschaften weisen somit den gleichen Umgang mit Migranten auf, wie die sozialwissenschaftliche Ungleichheitsforschung, auf die sie sich häufig beziehen. Sowohl die Public Health- als auch die soziologische Ungleichheitsforschung gehen dabei häufig von der *Diagnose einer ethnischen Unterschichtung der deutschen Sozialstruktur* aus, ohne sich immer explizit darauf zu beziehen. Die These der ethnischen Unterschichtung ist bereits in den 70er Jahren formuliert worden (zuerst Hoffmann-Nowotny 1973; aktuell etwa Seifert 2001; Vester et al. 2001: 46). Diese Metapher wurde zunächst bezogen auf die so genannten Gastarbeiter und enthält eine starke und eine schwache Variante. Die starke Variante einer ethnischen Unterschichtungstheorie müsste davon ausgehen, dass die unterste Schicht der bundesdeutschen Bevölkerung nahezu ausschließlich durch Ausländer gebildet wird (etwa Baker & Lenhardt 1988). Die schwächere Variante könnte darin bestehen, dass ethnische Minderheiten zu einem beträchtlichen Teil in den unteren sozialen Segmenten anzutreffen sind, ohne jedoch sozialstrukturell

vollständig auf diese Positionen festgelegt zu sein (Vester et al. 2001; Geißler 2002; Geißler 2008a,b; Reißlandt 2007; Sahrai 2009b).

#### *Der weitere Verlauf dieses Abschnitts*

Im weiteren Verlauf dieses Abschnitts werden zunächst zwei gängige und besonders populäre Modelle der Beschreibung der bundesdeutschen Sozialstruktur dargestellt um einen groben Überblick über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Migration zu erhalten. Es wird sich zeigen, dass die ungleichheitsorientierte Sozialstrukturanalyse trotz der stetig steigenden Bevölkerungsanteil von Migranten und der damit wachsenden kulturellen Heterogenität der Gesellschaft entweder mehr oder weniger migrationsblind ist oder Migration und Ethnizität theoretisch unterkomplex fasst.

In einem zweiten Schritt wird die sozialstrukturelle Lage der Migranten in der gesamtgesellschaftlichen Hierarchie herausgearbeitet, um zu eruieren, inwieweit die Formel „Migrant = sozial benachteiligt“, wie sie von Modellen der Sozialstruktur suggeriert wird, empirisch nachvollziehbar ist bzw. inwieweit die Sozialstruktur der Migranten ebenfalls eine soziale Heterogenität und Multidimensionalität aufweist. Entlang der Bereiche Arbeitsmarkt, Einkommen, Arbeitslosigkeit und Bildungsbeteiligung wird die Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ausführlich dargelegt.

Die ausführliche Darstellung soll die These eines notwendigen *zweidimensionalen Erklärungsmusters gesundheitlicher Ungleichheiten* vorbereiten. Diese Vorgehensweise versucht an der Lücke in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften anzusetzen, die dadurch entsteht, dass soziale und gesundheitliche Ungleichheiten *entweder* auf soziale Schicht und Ressourcenausstattung *oder* auf kulturelle, ethnische Effekte bzw. auf direkte Effekte von Zuwanderung zurück geführt werden. Bei der Wahl der sozialstrukturellen Indikatoren gehen die Kenntnisse der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit unmittelbar ein, die zeigen, dass das Einkommen, die berufliche Position, der Status der Arbeitslosigkeit und schließlich die Verfügbarkeit über kulturelles Kapital die maßgeblichen Prädiktoren für gesundheitliche Ungleichheiten darstellen (Ross & Mirowski 2003; Mielck 2005; Wilkinson 2005; Richter & Hurrelmann 2006b; Jungbauer-Gans 2006; Siegrist & Dragano 2006; Klein & Unger 2006; Wolf 2006; Bauer et al. 2008).

### ***3.3.1 Sozialstruktur und Migration in Deutschland***

Die Sozialstrukturanalyse ist einer der wichtigsten Bereiche der soziologischen Wissenschaft. In der analytischen Grundausrichtung lassen sich viele Parallelen finden zu der sozialepidemiologischen Begründungslogik. Die Zugehörigkeit zu spezifischen sozialen Großgruppen – der Gruppe der Migranten, der Einkommensarmen, der Arbeitslosen oder der gering Gebildeten – soll in der Sozialepidemiologie das Risiko einer Reihe von Krankheiten oder die Lebenserwartung festlegen. In der Soziologie soll die Zugehörigkeit zu spezifischen sozialen Gruppen – zumeist sozialen Schichten, Klassen oder Milieus – die alltägliche Lebensführung, ästhetische Präferenzen, politische Einstellungen oder Kriterien für die Partnerschaftswahl bestimmen. Beide Zugangsweisen arbeiten dabei mit wahrscheinlichkeitstheoretischen Zuordnungen und Methoden, zum Beispiel durch Regressionsanalysen und Odds-Ratio-Berechnungen oder durch Korrespondenzanalysen.

Im Kontext von gesundheitlichen Ungleichheiten beziehen sich die Studien in Public Health, die den Zusammenhang von Gesundheit und Ungleichheit beschreiben und erklären möchten, in der Regel auf soziologische Ungleichheitstheorien, die einen engen Zusammenhang zur Sozialstrukturanalyse aufweisen. Denn die sozialen Ungleichheiten innerhalb einer Gesellschaft werden durch die Beschreibung der Sozialstruktur der jeweiligen Gesellschaft vorgenommen. Während klassische Sozialstrukturmodelle (Marx, Geiger) auf die vertikalen Ungleichheiten abheben und mit Begriffe wie Klasse, Schicht, Stand oder Kaste arbeiten (Ritsert 1998; Bischoff et al. 2002; Geißler 2002), versuchen die neueren Modelle auch die sog. Horizontalen Ungleichheiten mit in die Analyse der gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse aufzunehmen und drücken diese mit den neueren bzw. reanimierten Konzepten Lebensstile, soziale Lagen und soziale Milieus aus (Hradil 1987; Schulze 1992, Kreckel 1997; Vester et al. 2001).

Im Folgenden wird zunächst ein Sozialstrukturmodell präsentiert, das in den letzten Jahren auch in der Public Health-Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten Eingang gefunden hat (Bauer 2005; Hradil 2006; Bauer & Bittlingmayer 2006; Bittlingmayer & Bauer 2007; Nideröst 2007; Vester 2009b). Das Modell sozialer Milieus von Michael Vester und der Hannoveraner Arbeitsgruppe für interdisziplinäre Sozialstrukturanalyse steht stellvertretend für ein komplexes und aktuelles Sozialstrukturkonzept, das nicht nur die objektiven Faktoren wie Berufsposition, Einkommen oder Beruf, sondern die Einstellungsmuster und Mentalitäten der Bevölkerung

mit einbezieht. Wie sich zeigen wird, ist das Modell anschlussfähig an Fragestellungen und Perspektiven von Public Health (vgl. hierzu auch Bauer 2005: 178-196).

Anschließend soll das eher traditionelle Sozialstrukturmodell des Siegener Soziologen Rainer Geißler vorgestellt werden, das mit dem konventionellen Begriff der sozialen Schicht arbeitet und anders als die meisten Sozialstrukturmodelle explizit Ausländer mit einbezieht. Beide Modelle gehören zum engen Kanon ungleichheitssoziologischer Sozialstrukturanalysemodelle und können exemplarisch die Stärken und Schwächen des Imports solcher soziologischen Modelle in die Gesundheitswissenschaften, wie er in den letzten Jahren immer wieder von Public Health-Vertretern für die Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten gefordert wird, abbilden.

#### *Das Modell sozialer Milieus – der Ansatz von Michael Vester*

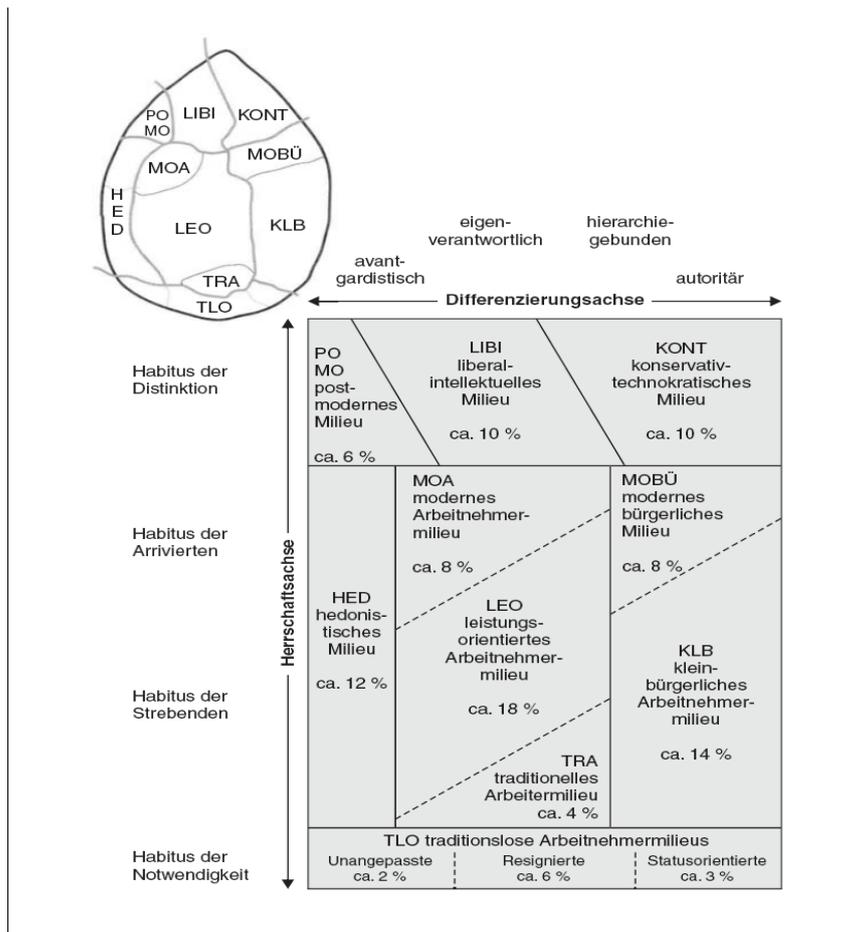
Das Milieumodell der Hannoveraner Arbeitsgruppe interdisziplinärer Sozialstrukturanalyse geht zurück auf eine Repräsentativstudie in Deutschland Ende der 80er Jahre. Erkenntnisinteresse und Hintergrund der Studie war zunächst, inwieweit die in den 70er, 80er und 90er Jahren wichtigen Neuen Sozialen Bewegungen einen repräsentativen Querschnitt der deutschen Bevölkerung darstellten oder aber sich aus besonderen sozialen Gruppen rekrutierten. Ferner ging es darum herauszufinden, inwieweit Ullrich Beck mit der in den 80er und 90er Jahren sehr populären, aber weitgehend empiriefreien Individualisierungsthese recht hatte, die davon ausging, dass sozialen Großgruppen wie „Arbeiterschicht“ oder „Mittelschicht“ keinerlei Alltagsrelevanz mehr zuzusprechen sei (Vester et al. 1993).

Vesters Antwort auf diese Fragen lässt sich darin zusammenfassen, dass die Sozialstruktur Deutschlands – insbesondere nach der Wiedervereinigung – gegenüber den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts komplexer geworden, aber nicht weniger strukturiert und deshalb noch immer übersichtlich geblieben ist. Der Ausgangsbegriff des Vesterschen Modells ist der Begriff des sozialen Milieus, den er von Durkheim übernimmt. Der Begriff Milieu bezeichnet nach Vester et al. „zunächst [...] soziale Gruppen, die aufgrund gemeinsamer Beziehungen (der Verwandtschaft, der Nachbarschaft oder der Arbeit) einen ‚Korpus moralischer Regeln‘ entwickeln. Diese Regeln des sozialen Umgangs bilden sich auch, [...] in soziale Klassen, Ständen und Schichten heraus. Sie verfestigen sich zu Traditionslinien der Mentalität, d. h. der inneren Einstellungen zur Welt (Geiger), oder, umfassender, der

*Habitus* (Bourdieu), d. h. der ganzen, körperlichen wie mentalen, inneren wie äußeren ‚Haltung‘ eines Menschen“ (Vester et al. 2001: 16).

Dieser sozialstrukturanalytische Ansatz, der soziale Milieus in den Mittelpunkt stellt, lässt sich insofern als ein kulturalistisch orientierter Zugang beschreiben, als er die Alltagspraxis, die Mentalitäten und die unterschiedlichen Ethos der Lebensführungen in das Zentrum rückt. So geht es bei der Sortierung in soziale Großgruppen zunächst nicht darum, ob eine Person die Position eines Bäckermeisters einnimmt, sondern was diese Person damit verbindet. Nach Vester macht es einen erheblichen Unterschied aus, der eben auch zu unterschiedlichen Eingruppierungen führt, ob der Bäckermeister seinen Beruf nur ausübt, weil er dadurch relativ viel Geld verdient, seine Lebensziele und ihre Verwirklichungen aber gänzlich außerhalb der Arbeitswelt liegen, im Unterschied zu einem Bäckermeister, der gegenüber seinen Eltern als Bildungsaufsteiger auftritt und betont, dass er sich nunmehr finanziell das leisten kann, was seine Eltern sich nie leisten können. Möglich ist auch, dass ein Bäckermeister sich über den von ihm selbstgewählten Beruf gerade durch seine Arbeit verwirklicht, weil er beispielsweise gegenüber den Eltern als Lehrerehepaar aus dem akademischen Umfeld gerade ausbrechen wollte. Diese Erkenntnisse sind nicht zuletzt für eine Public Health Position relevant, das auf eine Setting-Perspektive abstellt. Denn auch hier ist damit zu rechnen, dass sich das pädagogische Personal aus ganz unterschiedlichen sozialen Milieus rekrutiert – es macht sicherlich für die Elternarbeit im Setting Kita einen Unterschied aus, ob eine Erzieherin ihren Beruf als Mittel zum Zweck außerhalb der Kita sieht oder aber als Berufung empfindet, Kinder nach Kräften zu unterstützen. Diese unterschiedlichen Personen unter einer Berufsgruppe zu subsumieren, ist nach Vester wenig aussagekräftig oder schlicht falsch. Zentraler ist die Sortierung nach gemeinsamen Haltungen, Mentalitäten und alltäglichen Lebensführungen.

Soziale Milieus kristallisieren sich deshalb nach Vester auch eher um Formen kultureller Vergemeinschaftung und befinden aus diesem Grund auch in struktureller Nähe zu den sozialkonstruktivistischen Ansätzen ethnischer Vergemeinschaftung, die ja auch auf die kulturellen Praktiken und Einstellungsmuster abheben. Die folgende Abbildung 2 stellt das Vestersche Milieumodell schematisch dar.



*Habitus* ist ein zentraler Begriff *Bourdieu*s und bezeichnet die Gesamtheit der psychischen Dispositionen von Menschen oder Gruppen – ihre Orientierungen, Einstellungen, Wahrnehmungs-, Denk- und Beurteilungsschemata. Der *Habitus* steuert die alltägliche Praxis der Individuen und ist sozialstrukturell geprägt („Klassenhabitus“).

Abb. 2: Das Vestersche Milieumodell

Eine der Besonderheiten des Milieusansatzes von Vester liegt darin, dass er, obwohl der Ausgangspunkt die Lebensführung, die Alltagspraktiken und die Einstellungsmuster und Mentalitäten der sozialen Akteure ist, die sozialen Ungleichheits- und Herrschaftsverhältnisse zwischen den Milieus weiterhin im Blick behält (im Unterschied etwa zu Schulze 1992). Nach Vester sind diese Milieus in vertikaler Hinsicht als Klassenmilieus zu verstehen. Dabei lassen sich drei Milieus der herrschenden Klasse durch die sog. Linie der Distinktion von drei Milieus der Mittelklasse abgrenzen. In die Mittelklasse gehören nach Vester sowohl die Traditionslinie unterschiedlicher Arbeitnehmergruppen wie auch die des Kleinbürgertums. Die Mittelklassen grenzen sich selbst allerdings durch die Linie der Respektabilität noch einmal ab von den unterprivilegierten Milieus, die sich selbst noch einmal durch ganz unterschiedliche Mentalitäten differenzieren und keine homogene Masse bilden.

Diese unterprivilegierten sozialen Milieus sind aus der Perspektive des Milieumodells von Michael Vester sicherlich als die zentralen sozialen Zielgruppen zu begreifen, an die sich eine Public Health-Praxis wenden müsste, die gesundheitliche Ungleichheit reduzieren will. Das Sozialstrukturmodell von Vester hat sich in Deutschland in den letzten Jahren mehr und mehr als wichtige Orientierungsfolie durchgesetzt und bildet einen zentralen Referenzpunkt. Es kann durch die Berücksichtigung der Alltagspraktiken und ihre systematisch und herrschaftsabhängige Anordnung gerade in der Public Health viel zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen (hierzu auch Bauer 2005: 186-194).

Allerdings weist das Sozialstrukturmodell von Vester – und mit ihm eine Vielzahl von anderen Arbeiten der Sozialstrukturanalyse und Ungleichheitssoziologie – eine bedeutende Lücke auf. Die Position von Migranten oder Menschen mit Migrationshintergrund sind nicht mit integriert. So bleibt es offen, ob sich Migranten unproblematisch in die benannten zehn sozialen Milieus einsortieren lassen und wenn ja, welche Anteile auf die jeweiligen Milieus entfallen. Oder ob in Hinblick auf die Migrantenbevölkerung vollständig andere soziale Milieus benannt werden müssten. So erklärungskräftig und viel versprechend Vesters analytischer Zugang und empirisches Modell auch ist: bei der Berücksichtigung der Migrationsbevölkerung weist es eine empfindliche Lücke auf. Diese Lücke lässt sich bei Rainer Geißler, um dessen Modell es nun gehen soll, nicht finden.

#### *Das Hausmodell von Rainer Geißler*

Rainer Geißler geht bei der Beschreibung der bundesdeutschen Sozialstruktur von dem Vorhandensein unterschiedlicher sozialer Schichten aus, die er in unterschiedlichen Berufsgruppen zusammenfasst. Soziale Schichten (und Klassen) definiert er dabei folgendermaßen: „Die Begriffe Schicht und Klasse fassen Menschen in ähnlicher sozioökonomischer Lage zusammen, mit der aufgrund ähnlicher Lebenserfahrungen ähnliche Persönlichkeitsmerkmale (psychische Disposition, Einstellungen und Werteorientierungen, Bedürfnisse und Interessen, Mentalitäten und Lebensstile) sowie ähnliche Lebenschancen und Risiken verbunden sind.“ (Geißler 2002: 111) Die Begründungslogik dreht sich gegenüber dem Vesterschen Modell also um: Aufgrund der sozio-ökonomischen Lage bilden Menschen bestimmte psychische Dispositionen, Einstellungsmuster und Werteorientierungen im Geißler-Modell aus, wäh-

rend bei Vester die sozio-ökonomische Position eher eine Konsequenz der milieuspezifischen Mentalitäten und Einstellungsmuster sind.

Der Grund, warum Geißler bei der Beschreibung der deutschen Sozialstruktur sich auf traditionelle Schicht- und Klassentheorien als Ausgangspunkt der Sozialstrukturanalyse beruft ist, dass „auch im differenzierter gewordenen Ungleichheitsgefüge der modernen Gesellschaft die Unterschiede in den Lebenschancen in hohem Maße mit der vertikalen Verteilung wichtiger Ressourcen zusammenhängen“ (Geißler 2008a: 19). Deshalb greift Geißler zur Illustration der deutschen Sozialstruktur auch auf das Sozialstrukturmodell Dahrendorfs aus den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts zurück (Dahrendorf 1969). Im Unterschied zum „Hausmodell“ von Dahrendorf hat Geißler sein Sozialstrukturmodell allerdings um die Ausländerbevölkerung erweitert (s. Abb. 3).

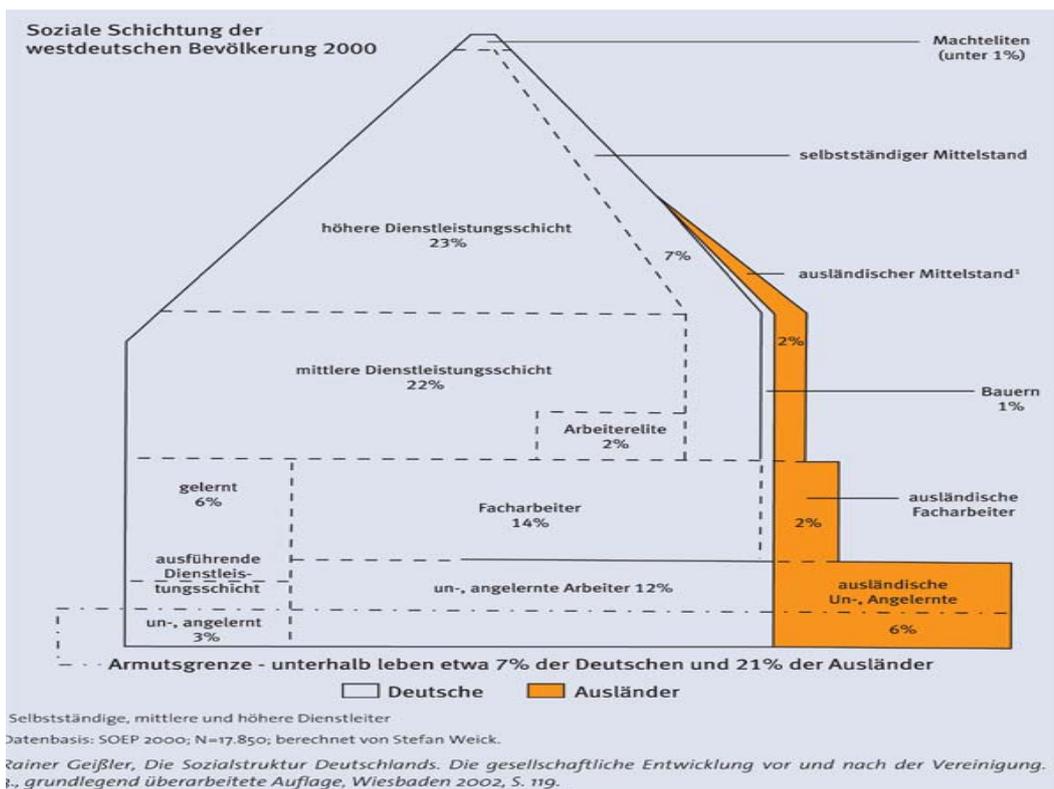


Abb. 3: Das Hausmodell von Geißler

### Die relationale ethnische Unterschichtung als „Anbau“ der deutschen Sozialstruktur

Im Geißler Modell wird deutlich, dass die Gesellschaft aus einer sehr breiten und stabilen Mittelschicht, aus einer ca. zehnpromtigen Unterschicht und aus einer nach oben hin immer kleiner werdenden Oberschicht zusammensetzt. Zwar deuten die

gestrichelten Linien darauf hin, dass die Wände des Hauses nicht starr sind und die Struktur durchaus Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Wohnungen also ein „offenes Wohnen“ zulässt; trotzdem ist die Durchlässigkeit deutlich beschränkt und die Menschen pflegen in der Regel sich „vornehmlich in bestimmten Wohnbereichen aufzuhalten“ (Geißler 2002: 121).

Was das Modell von Geißler auszeichnet ist, dass hier auch Ausländer in die Analyse der bundesdeutschen Sozialstruktur mit einbezogen werden. Dabei ist die Messung des Ausländerstatus allerdings recht ungenau, weil sie nur die Populationen aus den wichtigsten ehemaligen Anwerbeländern (Gastarbeiter) berücksichtigt und mit der Nutzung der Kategorie Ausländer auf ein Rechtsverhältnis abstellt, das sich von der Zugehörigkeit zu kulturellen Gruppierungen stark unterscheidet (siehe hierzu Abschnitt 3.1). Allein dadurch wird die Dimension kultureller Alltagspraktiken der unterschiedlichen Gruppen verfehlt. Die Gruppierung der Ausländer wird im Haus als „Anbau“ konzeptionalisiert. Wie die Abbildung verdeutlicht besetzen sie dabei statistisch signifikant häufiger die unteren Ränge, erstrecken sich aber ebenfalls bis in die mittleren Schichten<sup>15</sup>. Das bedeutet, dass in den unteren Rängen der deutschen Sozialhierarchie nach diesem Modell tatsächlich Ausländer die deutsche Sozialstruktur unterschichten – dieses Verhältnis bleibt aber relational, denn Geißler kann zeigen, dass die Mehrheit der Ausländer nicht unter die Armutsgrenze fällt, sondern im Gegenteil einzelne Gruppen weit in der Hierarchie aufgestiegen sind.

Der sozialanalytische Ansatz von Rainer Geißler ist zunächst darin vorbildlich, die Ausländerbevölkerung mit in die Sozialstrukturanalyse hinein zu holen. Er hat aber genau da seine Grenzen, wo es um die Komplexität und Multidimensionalität der Menschen mit Migrationshintergrund geht, die in den ersten beiden Abschnitten dieses Kapitels skizziert wurde. Obwohl Geißler die Existenz und die stetige Zunahme eines „multiethnischen Segments“ (2002: 307; 2008a: 252; 2008b) konstatiert, findet auch in der im Jahr 2008 durchgesehenen neuen 5. Ausgabe der Sozialstrukturanalyse Deutschlands die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund keine Berücksichtigung. Auch wird Ethnizität nicht als eigenständiges Strukturierungsprinzip und Dimension sozialer Ungleichheit begriffen.

---

<sup>15</sup> Interessant ist ebenfalls, ohne, dass darauf an dieser Stelle eingegangen wird, dass im Gegensatz zu den Grenzen der einzelnen Wohnungen nach Schicht, die eine Durchlässigkeit symbolisieren sollen, die Grenze zwischen dem autochthonen Hauptgebäude und dem Anbau der ausländischen Bewohner mit einer dicken Außenwand abgetrennt ist.

Die Fokussierung auf die Ausländerbevölkerung, die der Datengrundlage des Sozio-Ökonomischen-Panels bei Geißler geschuldet sein dürfte, blendet alle die relevanten kulturellen Differenzen aus, die gerade im Bereich von Public Health eine wichtige Rolle spielen – etwa wenn kulturelle Differenzen der Bedeutung der eigenen Gesundheit zwischen ethnischen Gruppen konstatiert werden. Gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in Bezug auf die ethnisch-kulturelle Zusammensetzung der bundesdeutschen Bevölkerung und der damit zunehmenden kulturellen Heterogenität der Gesellschaft bei Aufrechterhaltung der gleichzeitigen harten Ungleichheitsstrukturen (relationale ethnische Unterschichtung), würde eine stärkere Wahrnehmung der unterschiedlichen Theorien bei der Konstruktion von Sozialstrukturmodellen auf lange Sicht die gesellschaftliche Realität besser abbilden. Dies ganz besonders, wenn es um das besonders junge Klientel in Kindergärten und Kindertagesstätten mit seinem besonders hohen Migrantenanteil geht.

Festzuhalten bleibt zunächst, dass sich die Sozialstrukturanalyse bislang in Deutschland eher schwer tut, die Dimensionen des sozioökonomischen Status, der kulturellen Alltagspraktiken und Mentalität und der ethnischen Zugehörigkeit zu vermitteln. Deutlich ist aber gerade bei Rainer Geißler auch geworden, dass Ausländer noch immer im Durchschnitt schlechtere soziale Positionen einnehmen als die deutsche Bevölkerung, so dass sich eine relationale Unterschichtung konstatieren lässt. Deutlich geworden sein dürfte auch, dass die sozialstrukturanalytischen Modelle auf einem sehr hohen Aggregationslevel arbeiten.

### ***3.3.2 Die gesellschaftliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland***

In diesem Unterkapitel soll entlang einzelner Indikatoren, die zum Kernbereich der Sozialstrukturanalyse gehören, die Stellung der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland weiter aufgeschlüsselt werden, um genauer differenzieren zu können, in welchen Bereichen Migranten am stärksten strukturell benachteiligt sind bzw. ob es Bereiche gibt, in denen keine migrationsspezifischen Ungleichheiten sichtbar werden.

### *Die Legitimation von status- und positionsbezogenen Ungleichheiten: die meritokratische Triade von Bildung, Beruf und Einkommen*

Wie in den oben beschriebenen Modellen bereits erwähnt, werden das Einkommen, die gesellschaftliche Anerkennung und Teilhabechancen, die Lebenschancen und die Stellung in der Gesellschaft zu einem maßgeblichen Anteil durch die berufliche Position bestimmt. Die Position einzelner Berufe wiederum wird bestimmt durch die in der Regel vorausgehende schulische und berufliche Bildung. Je höher und anerkannter die Bildungsabschlüsse, desto höher ist die berufliche Position in der Gesellschaft. Diese hohe Position wiederum wird in der Regel belohnt durch ein hohes Einkommen. Der deutsche Arbeitsmarkt ist somit geprägt durch die „meritokratische Triade“ von Bildung, Beruf und Einkommen, die die „Legitimationsgrundlage für Arbeitsmarktungleichheiten“ bildet (vgl. Kreckel 1997: 201; vgl. hierzu auch Solga 2005). Sie bilden auch die zentralen Indikatoren, anhand derer die Mitglieder einer Gesellschaft im Gefüge der Sozialstruktur einsortiert werden.

### *Segmentierte Arbeitsmärkte und differente Zugangschancen*

Der bundesrepublikanische Arbeitsmarkt ist hierarchisch nach Arbeitsmarktsegmenten strukturiert, d. h., dass der Arbeitsmarkt in „verschiedene Teilsegmente untergliedert ist, für die jeweils unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen gelten“ (Münz et al. 1997: 87). Das bedeutet, dass diese Teilsegmente nicht für alle gleich zugänglich sind, ja sogar, dass bestimmte Gruppen von bestimmten Teilsegmenten ausgeschlossen werden.

Das einfachste Modell ist das des dualen Arbeitsmarktes, der in einen primären und sekundären Sektor unterteilt wird. Der primäre Sektor ist gekennzeichnet durch hohe Qualifikationsanforderungen, gute Bezahlung, angenehme Tätigkeiten, ein relativ sicheres Arbeitsverhältnis, gute Aufstiegsmöglichkeiten und geringes Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko; der sekundäre Sektor zeichnet sich aus durch geringe Qualifikationsanforderungen, schlechte Bezahlung, unangenehme, belastende und gesundheitsschädigende Tätigkeiten und Arbeitszeiten, kaum Aufstiegsmöglichkeiten, z. T. prekäre Beschäftigungen und hohes Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko. Diese beiden Segmente sind relativ scharf voneinander abgegrenzt; Übergänge sind nur in Einzelfällen möglich (vgl. Kreckel 1997: 194; Münz et. al. 1997: 88).

Während das duale Modell sich für die Beschreibung des Arbeitsmarktes z. B. in den USA, Japan, Italien bewährt hat, hat sich für die bundesdeutsche Gesellschaft eher

das Modell des dreigeteilten Arbeitsmarktes durchgesetzt (Sengenberger 1987: 196). In diesem Modell wird der besonders hohe Grad der „Verberuflichung“ des deutschen Arbeitsmarktes mit berücksichtigt. Hierin gibt es drei unterschiedliche Teilarbeitsmärkte: einen „unstrukturierten“ bzw. „Jedermann-Arbeitsmarkt“, einen „berufsfachlichen Arbeitsmarkt“ und einen „betriebsspezifischen Arbeitsmarkt“ (Sengenberger 1987: 197). Der Jedermann-Arbeitsmarkt entspricht in etwa dem sekundären Sektor im dualen Arbeitsmarkt; die anderen beiden dem primären Arbeitsmarkt. Der Erwerb bzw. Besitz von *institutionell anerkannten* Bildungszertifikaten ist in der Regel die erste und wichtigste Voraussetzung, um Zugang zum primären Arbeitsmarktsegment zu erlangen. Dieser Zugang wird in der Regel durch eine universitäre, schulische oder betriebliche (Berufs-)Ausbildung erreicht. *Der Erwerb* der Abschlüsse und Ausbildungsplätze *ist jedoch nur in begrenzten Mengen vorhanden* und generiert daher ein prinzipielles Konkurrenzverhältnis um die über Bildungsabschlüsse vermittelten sicheren Plätze im gesellschaftlichen Gefüge.

Es gibt bestimmte Gruppen, die in Konkurrenz um diese umkämpften Plätze statistisch besser abschneiden als andere. Interessant im vorliegenden Kontext ist nun, dass sich seit der Bildungsexpansion in den siebziger Jahren dieser Konkurrenzkampf um Ausbildungsabschlüsse verändert hat. Wichtige Stichworte sind hier „Bildungsinflation“ und der Verlust der Garantiefunktion von Ausbildungsabschlüssen (vgl. Kraemer & Bittlingmayer 2001). Durch veränderte „Bildungsnormen“ und deregulierte Arbeitsmärkte haben vor allem geringqualifizierte heute weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt obwohl sie mehr Schuljahre absolviert und mehr Schulbildung erfahren haben als ihre Eltern (für einen internationalen Vergleich Bonal 2001). Die Bildungsexpansion hat einerseits zu einer starken Zunahme von höheren Abschlüssen geführt, andererseits aber gleichzeitig zu einer „Fluktuation“ von diesen Abschlüssen und zu einer „Hebung des Gesamtniveaus“. Für die gesellschaftlichen Chancen von jungen Menschen mit Migrationshintergrund muss dieser Aspekt mit berücksichtigt werden, denn obwohl viele von ihnen im Vergleich zu ihrer Elterngeneration deutlich höhere Abschlüsse erzielen, bedeuten diese nicht gleichzeitig bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Andererseits bedeutet diese Entwicklung gerade für Menschen, die über keine oder ganz geringe Bildungsabschlüsse verfügen, eine enorme Einschränkung ihrer beruflichen Perspektiven und somit der gesamten Lebenschancen (vgl. u.v.a. Hepp 2006; Itf 2008; Drucks & Bittlingmayer 2009; Vester & Teiwes-Kügler 2010; Giesecke et al. 2010).

Der Zugang zu den verschiedenen segmentierten Arbeitsmärkten ist für Menschen mit Migrationshintergrund oder eigener Migrationserfahrung zum Teil verschlossen. Im nächsten Abschnitt werde ich kurz darstellen, wie die berufsstrukturelle Verteilung zwischen Migranten und Autochthonen ausfällt.

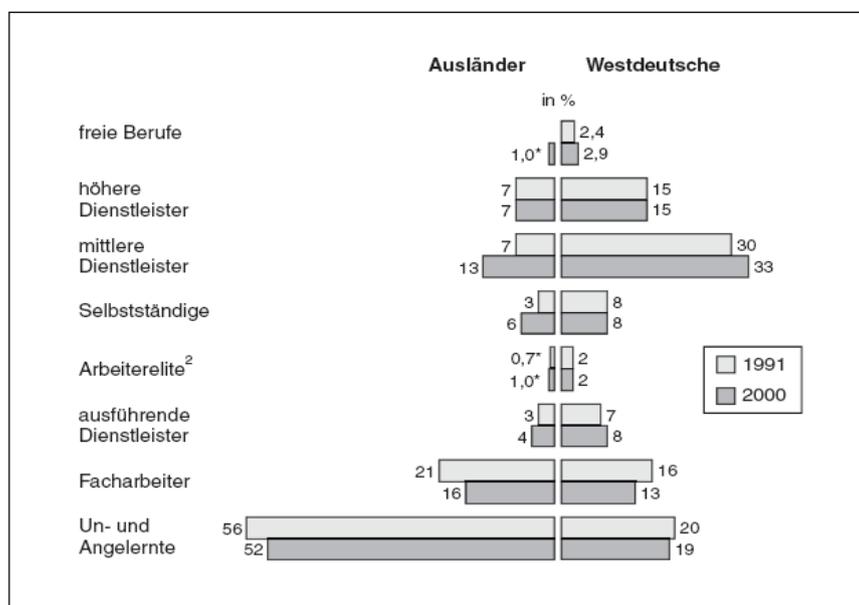
### Berufsstruktur

Nach den Daten des Mikrozensus aus dem Jahr 2005 sind 47,6% der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund und 25,9% der Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund als Arbeiterinnen und Arbeiter tätig (Statistisches Bundesamt 2007c: 8).

Auch „Angestellte und Beamte sind unter ihnen entsprechend selten. Sie gehen ihrer Tätigkeit vor allem im produzierenden Gewerbe und im Handel und Gastgewerbe nach. Hier sind zusammen 63,1% aller Menschen mit, aber nur 51,0% der Menschen ohne Migrationshintergrund tätig“ (Statistisches Bundesamt 2007c: 8).

Migranten sind also häufiger in schlechteren beruflichen Positionen tätig.

Abbildung 4 zeigt die beruflichen Positionen von Ausländern im Vergleich der Jahre 1991 und 2000 und im Vergleich zu der westdeutschen Bevölkerung auf der Grundlage der SOEP-Daten.



1991 N = 5408 2000 N = 10010 \* weniger als 30 Fälle

1 aus den früheren Anwerbeländern Türkei, Italien, Ex-Jugoslawien, Griechenland und Spanien; nur Erwerbstätige ohne Auszubildende und mithelfende Familienangehörige

2 (Werk-)Meister, Poliere

Quellen: SOEP 1991 und 2000; Berechnungen des DIW Berlin.

Abb. 4: Schichtzugehörigkeit von erwerbstätigen Ausländern (Geißler 2002: 295).

Abbildung 4 zeigt, dass trotz beruflicher Aufstiege zwischen 1991 und 2000 Ausländer noch immer viel stärker als un- und angelernte Arbeiter tätig sind als Deutsche. Als Facharbeiter sind sie mit immerhin 16,0% vertreten und der Anteil mittlere Dienstleister hat sich zwischen 1991 und 2000 von 7,0% auf 13,0% fast verdoppelt. Auch in der Berufsstruktur der ausländischen Bevölkerung lässt sich also feststellen, dass obwohl sie in fast allen beruflichen Segmenten vertreten sind, ihr Anteil an den unteren Segmenten signifikant höher ist als der der autochthonen Bevölkerung. Für den für diese Arbeit besonders relevanten Bereich des Bildungssystems lassen sich ebenfalls Disparitäten feststellen. So haben nur 7,0% des pädagogischen Personals einen Migrationshintergrund, aber etwa ein Viertel der Bildungsteilnehmer (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010: 8).

Die hier gezeigten Differenzen in der berufsstrukturellen Verortung zwischen der Migrantenbevölkerung und den Autochthonen müssten auf der Aggregatebene dazu führen, dass sich auch die verfügbaren ökonomischen Ressourcen entsprechend differenzieren. Die Einkommensverteilung wird nun genauer untersucht.

#### *Einkommensniveau und Einkommensentwicklung*

Das erzielte Einkommen ist ein wichtiger Indikator für den erreichten Lebensstandard und die realisierten Lebenschancen und einer von zumeist drei Indikatoren zur Bestimmung der sozialen Schichtzugehörigkeit in der Sozialstrukturanalyse. Ausländer bzw. Menschen mit Migrationshintergrund erzielen in der BRD im Durchschnitt ein geringeres Einkommen als Deutsche (Seifert 2001). Dabei ist vorab anzumerken, dass auch insgesamt die Einkommensungleichheiten und die Einkommenspolarisierung zwischen den wohlhabenderen und den ärmeren Teilen der Bevölkerung kontinuierlich zugenommen haben (BMAS 2008; Barlösius & Ludwig-Mayerhofer 2001; Goebel et al. 2010).

Gemessen am Nettoäquivalenzeinkommen haben ausländische Haushalte weit weniger Geld zur Verfügung als deutsche Haushalte. Nach dem ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, vorrangig basierend auf SOEP Daten, betrug das Nettoäquivalenzeinkommen im Jahr 1998 bei 26,4% der Ausländern weniger als 50,0% des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens und bei deutschen Familien bei 11,2%. Damit ist der Anteil der Ausländerhaushalte, die weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens besitzen fast zweieinhalb Mal so hoch wie der der deutschen Haushalte in demselben Referenzjahr. Gravierend ist, dass 1985 noch

knapp doppelt so viele Ausländer in den untersten Einkommensbereichen zu finden waren wie Deutsche (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2001: 268).

Interessant ist auch, dass Armut nicht nur unter den Arbeitslosen weit verbreitet ist (bei 18,0% der deutschen Haushalte mit einem Arbeitslosen und 53,0% der ausländischen, davon 63,0% der Türken), sondern bei den ausländischen Haushalten auch bei den Erwerbstätigen; 5,0% der deutschen Erwerbstätigen lebten unterhalb der Armutsgrenze, aber 19,0% der Ausländer und 22,0% der Türken. Dabei gilt auch bei den Erwerbstätigen, dass sich die Disparitäten in den Einkommensunterschieden zwischen Ausländern und Deutschen vergrößert haben: „[...] [Die] Einkommensschiere zwischen ausländischen und deutschen Erwerbstätigen [hat sich] noch etwas geöffnet [...], sie lag 1984 bei 84,0% des durchschnittlichen Verdienstes eines deutschen Arbeitnehmers und erweiterte sich 1995 auf 80,0%[...]“ (BMFSFJ 152).

Die Einkommensunterschiede haben sich auch in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Nach dem dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung ist das Risiko, einkommensarm zu sein, bei Menschen mit Migrationshintergrund mit 28,0% mehr als doppelt so hoch wie bei der autochthonen Bevölkerung mit 12,0%. Differenziert nach unterschiedlichen Migrantengruppen lassen sich ebenfalls deutliche Unterschiede feststellen: vor allem Ausländer haben mit 34,0% das höchste Armutsrisiko, bei eingebürgerten Migranten liegt das Armutsrisiko bei 25,0% niedriger als bei den Ausländern, jedoch noch immer doppelt so hoch wie bei der autochthonen Gruppe (BMAS 2008: 141).

### *Armut und Einkommensungleichheit bei Familien*

Von Einkommensungleichheiten und relativer Armut sind Familien sowie Kinder und Jugendliche insgesamt, jedoch Familien mit Migrationshintergrund in ganz besonderem Maße betroffen. Dabei hat v.a. das Thema Kinderarmut, das von Richard Hauser bereits 1989 als „Infantilisierung der Armut“ (Hauser 1989) bezeichnet wurde, in den letzten Jahren zunehmend wissenschaftliche Aufmerksamkeit erlangt<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Maßgeblich hierzu: UNICEF (Hrsg.) (2005): Child Poverty in Rich Countries; Hurrelmann et al. (2007; 2010) mit der 1. und 2. World Vision Studie. Besonders in der zweiten Studie wurde besonderer Wert auf die Einschätzung relativer Armut durch die Kinder selbst gelegt (14). Bertram (Hrsg.) (2008): Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Butterwegge C (Hrsg.) (2000): Kinderarmut in Deutschland; APuZ-Heft zum Thema Kinderarmut (2006), sowie zum Thema ungleiche Kindheit (2010). Huster et al. (2008): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. Klocke A & Hurrelmann K (Hrsg.) (2001): Kinder und Jugendliche in Armut. Barlösius E & Ludwig-Mayerhofer W (Hrsg.) (2001): Die Armut der Gesellschaft.

Ein Grund für die zunehmende Aufmerksamkeit ist unter anderem auch, dass Kinderarmut in den letzten Jahren stetig zunimmt und Kinder – und hier besonders Kinder im Vor- und Grundschulalter – inzwischen die am stärksten von Armut betroffene Bevölkerungsgruppe darstellen (Holz 2006; Bertram 2008). Nach Angaben des UNICEF-Deutschland hat sich der Anteil der von Armut betroffenen Kinder von 1989 bis 2001 von 4,5% auf über 10,0% mehr als verdoppelt (Corak et al. 2005). Auch unter den von Armut und Armutsrisiko betroffenen Kindern und Jugendlichen ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund besonders hoch. Nach den Daten des Mikrozensus für das Jahr 2005 beträgt der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren mit Migrationshintergrund, die von Armutsrisiko betroffen waren, 32,6%, bei der autochthonen Vergleichsgruppe sind es 13,7% (BMAS 2008: 141). Armut bei Kindern und Jugendlichen ist besonders gravierend, weil gerade in diesem frühen Kindesalter die Grundsteine für die spätere Entwicklung, die Lebenschancen und den späteren Lebensverlauf gelegt werden (Klocke & Hurrelmann 2001). So kann der negative Einfluss von materieller Armut auf die Entwicklung von Kindern auch unter der Kontrolle des Bildungsstatus der Eltern bestehen bleiben (Biedinger 2009).

Von der Kinderarmut nicht zu trennen ist das Problem der Familienarmut. Denn arme Kinder wachsen in der Regel in armen Familien mit armen Eltern auf (Träger 2009). Zudem wird Armut intergenerational vererbt (Groh-Samberg & Grundmann 2006; Träger 2009 Grundmann 2001). Von Armut in Familien sind bei der autochthonen Bevölkerung Alleinerziehende am stärksten betroffen, bei Migrantenfamilien sind es vor allem Familien mit mehreren Kindern (BMFSFJ 2006). So ist das Armutsrisiko für Alleinerziehende mit 35% für das Jahr 2006 fast dreimal so hoch wie für die durchschnittliche Bevölkerung (Träger 2009: 33). Besonders dramatisch ist die Situation für Alleinerziehende mit drei und mehr Kindern, die ein Armutsrisiko von 42,0% aufweisen (BpB 2008: 9). Am zweitstärksten sind Familien mit Migrationshintergrund von Armutsrisiko betroffen. So wachsen im Jahr 2008 35,4% aller Kinder mit Migrationshintergrund unter 18 Jahren in Haushalten auf, die weniger als 60,0% des durchschnittlichen Äquivalenzfamilieneinkommen zur Verfügung hatten. (Arbeitsgruppe Bildungsberechterstattung 2010). Der hohe Anteil von Migrantenfamilien erklärt sich zu einem großen Teil durch ihre benachteiligte soziale Lage. So machen nach den Erhebungen der World Vision Studie Kinder mit Migrationshintergrund etwa die Hälfte aller Kinder aus der Unterschicht aus (Hurrelmann et al.

2010: 19). Doch gerade für Migranten kommen noch weitere Faktoren hinzu, die zur stärkeren Armut beitragen können, etwa die Regelungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Butterwegge & Reißlandt 2005; Reißlandt 2007), die häufige Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt (Imdorf 2010; Baethge et al. 2007), oder illegale Migranten, die meist in prekären Beschäftigungen weit unter Tarif illegal arbeiten (Kreckel 1997).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Ausländer und Menschen mit Migrationshintergrund stärker von materieller Armut von Einkommensungleichheiten betroffen sind, als autochthone Gruppen. Das erzielte Einkommen und Leben in materieller Armut ist auch unabhängig von Berufsposition und Bildungsstatus ein wichtiger Indikator für gesundheitliche Disparitäten (Wilkinson 2005; Mielck 2005; Biedinger 2009). Somit kann das stärkere Armutsrisiko bei Migranten ebenfalls mit gesundheitsbelastenden Lebenssituationen einhergehen. Im empirischen Teil der Arbeit wird sich ebenfalls zeigen, dass die materielle Armut ebenfalls unmittelbaren Einfluss auf die Möglichkeiten der Elternpartizipation haben kann.

#### *Arbeitslosigkeit – Sozialhilfe – Hartz IV*

Bevor man einen Blick in die Arbeitslosenstatistik wirft, um zu sehen, inwieweit Ausländer und Menschen mit Migrationshintergrund überproportional von Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug betroffen sind, ist zu beachten, dass eine große Gruppe der ausländischen Bevölkerung – besonders Asylbewerber – nicht einmal das Recht hat, sich um einen Arbeitsplatz zu bemühen. Diejenigen Ausländer, die kein bzw. ein unsicheres Bleiberecht in der BRD haben, sind daher in dieser Hinsicht besonders benachteiligt. Diese werden entweder direkt aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt, weil sie in vielen Fällen keine Arbeitserlaubnis bekommen, oder indirekt, wenn sich die Arbeitserlaubnis nur auf einige wenige Monate beschränkt, womit sie, bei der ohnehin sehr schlechten Arbeitsmarktlage im günstigsten Fall die Aussicht auf eine Niedriglohtätigkeit haben. Auch die größte Gruppe der Ausländer mit türkischer Nationalität in der BRD hat aufgrund rechtlicher Beschränkungen bei der Arbeitsaufnahme gegenüber den privilegierten EU-Bürgern einen nachrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt<sup>17</sup>. Ausländer, die illegal in Deutschland leben, können, wenn

---

<sup>17</sup> „Derzeit ist der Arbeitsmarktzugang vom Aufenthaltsstatus der Migranten abhängig. Rund „47 Prozent der im Jahr 2000 in Deutschland lebenden Ausländer hatten laut Auskunft des Bundesarbeitsministeriums nur einen nachrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt oder befanden sich noch in der einjährigen Wartezeit.“ (BMI 2003: Kap. 4.1)

überhaupt nur illegal arbeiten, was natürlich dazu führt, dass sie nicht im geringsten als Arbeitnehmer abgesichert und der persönlichen Willkür des jeweiligen Arbeitgebers völlig ausgeliefert sind<sup>18</sup>.

Im Jahr 2005 betrug die Erwerbslosenquote insgesamt 11,1%, bei der autochthonen Gruppe bei 9,7 %, bei Personen mit einem ausländischen Pass liegt die Quote bei 20,3% und bei Menschen mit Migrationshintergrund bei 17,9% (eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2007b: 65, basierend auf die Ergebnisse des Mikrozensus vom 2005).

Durch die kontinuierliche Zunahme der Arbeitslosenzahlen in der letzten ca. 30 Jahren und die Einsicht der dauerhaften Existenz der Sockelarbeitslosigkeit musste die Politik in dieser Zeit immer wieder neue Regelungen finden, um dem Problem der Arbeitslosigkeit zu begegnen bzw. die Arbeitslosen zu verwalten. Teile der Arbeitslosen, die keinen Anspruch mehr auf Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe hatten, die sogenannten Langzeitarbeitslosen, wurden bis zum Jahr 2004 zu Sozialhilfeempfängern. Der Anteil dieser Gruppe (vgl. Kreckel 1997: 180) hat immer stärker zugenommen. Am Jahresende 1999 lag der Anteil dieser Gruppe bereits bei 41,0% der deutschen und 39,2% der ausländischen Sozialhilfeempfänger (Statistisches Bundesamt 2001: 89); weitere 8,8% der deutschen und 8,9% der ausländischen Sozialhilfeempfänger sind zu dem Zeitpunkt Erwerbstätige, deren Einkommen zum Leben nicht ausreichte. Aber auch der Anteil der Sozialhilfeempfänger insgesamt ist in den letzten Jahren stark gestiegen, und auch hier besonders der der ausländischen Bevölkerung. 22,5% aller Sozialhilfeempfänger waren im Jahr 1999 Ausländer, während ihr Gesamtanteil an der Bevölkerung 8,9% beträgt.

Die Struktur der ausländischen Sozialhilfeempfänger unterscheidet sich teilweise von den deutschen Sozialhilfeempfängern. Während bei Deutschen der Anteil der Haushalte mit alleinstehenden, und alleinerziehende Frauen mit minderjährigen Kindern (mit jeweils 25,0%) am größten ist, sind bei Ausländern Haushalte mit Ehepaaren mit minderjährigen Kindern (23,0%) am größten. Bei Ausländern sind unter den Sozialhilfeempfängern mit 13,2% besonders viele Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren vertreten; bei Deutschen sind 5,8% der Sozialhilfeempfänger nicht volljährig. Seit dem Jahr 2005 wurden die Regelungen von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe im Zuge der Agenda 2010 und der Hartz-Kommission umstrukturiert. So erhalten Sozialhilfe nur diejenigen, die aus bestimmten Gründen dem

---

<sup>18</sup> Vgl. zur Lebenssituation von illegalen Migranten am Beispiel der Stadt Leipzig die qualitative Studie von Alt (1999).

Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Alle anderen Personen (und ihre Angehörigen), die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, und sich selbstständig nicht versorgen können, erhalten Arbeitslosengeld I. bzw. Arbeitslosengeld II, eher bekannt als Hartz IV.

Nach dieser neuen Gesetzesordnung beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an den Sozialhilfeempfängern knapp 56,0%, das bedeutet, dass mehr als jeder zweite Sozialhilfeempfänger Migrationshintergrund hat, davon besitzen 73,6% keine deutsche Staatsbürgerschaft. Insgesamt erhielten im Jahr 2005 211.122 Ausländer Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, davon waren über 36,0% unter 18 Jahre (Statistisches Bundesamt 2007b: 215). Weit weniger als dies, jedoch immer noch überproportional mehr als die autochthone Bevölkerung beträgt mit 28,3% der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund, die Arbeitslosengeld I bzw. II beziehen.

#### *Starke oder schwache ethnische Einkommens-Unterschichtung?*

Wie oben beschrieben, wird die Armutsgrenze in der BRD in der Regel an dem durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommen der Gesamtbevölkerung bemessen; liegt das Einkommen unter 60,0% des Durchschnitts, wird von relativer Armut gesprochen (BmGS 2008). Die Sozialhilfe- und Hartz-IV-Sätze liegen etwas über 40,0% des Durchschnittseinkommens (Geißler 2008:18). Menschen, die von Arbeitslosengeld II. bzw. Hartz-IV oder von der Sozialhilfe leben, sind somit per Definitionem arm, auch wenn solche sozialstaatlichen Interventionen eigentlich dazu gedacht sind, Armut entgegenzuwirken.

Menschen mit Migrationshintergrund haben im Verhältnis zu autochthonen Bevölkerung niedrigere Einkommen, sind zu einem größeren Teil von Armutsrisiko und Arbeitslosigkeit betroffen bzw. sind abhängig von Sozialleistungen wie Sozialhilfe oder Arbeitslosenhilfe. Die teilweise sehr starken Differenzen in den Einkommen von Migranten und Autochthonen könnte durchaus die These einer ethnischen Unterschichtung der bundesdeutschen Bevölkerung plausibel erscheinen lassen. Doch betrachtet man die Einkommensverteilung innerhalb der Migrantenbevölkerung, dann lassen sich auch große Einkommensungleichheiten beobachten.

Abbildung 5 zeigt die Einkommensquintile der Bevölkerung autochthonen Bevölkerung sowie differenziert nach unterschiedlichen Migrantenpopulationen. Als erstes lässt zeigt die Abbildung, dass bis auf die Gruppe der Migranten aus den westlichen

Ländern, alle anderen Migrantengruppen im Vergleich zu autochthonen Gruppe benachteiligt sind. Die Abbildung zeigt aber ebenfalls die starken Einkommensungleichheiten auch innerhalb einzelner Migrantengruppen. *Wenn auch in unterschiedlichen Proportionen und Ausmaßen: Migrantengruppen lassen sich in allen Einkommensniveaus finden.*

Nimmt man etwa die Gruppe der Aussiedler, dann zeigt sich, dass diese zwar in viel höherem Maße sich im untersten Einkommensquartil befinden, sie gehören aber auch etwa zu 20,0% zum vierten und fünften Quintil, also zu den gutverdienenden Bevölkerungsgruppen. Bei den im Inland geborenen Ausländern zeigt sich, dass sich diese von der Einkommensstruktur der autochthonen Gruppe sehr ähneln und sich entlang der unterschiedlichen Einkommensniveaus recht gleichmäßig verteilen. Die aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien kommen Bevölkerung kommen zwar weit häufiger in den untersten zwei Quintilen vor, sind aber ebenfalls in allen anderen Einkommensniveaus vertreten.

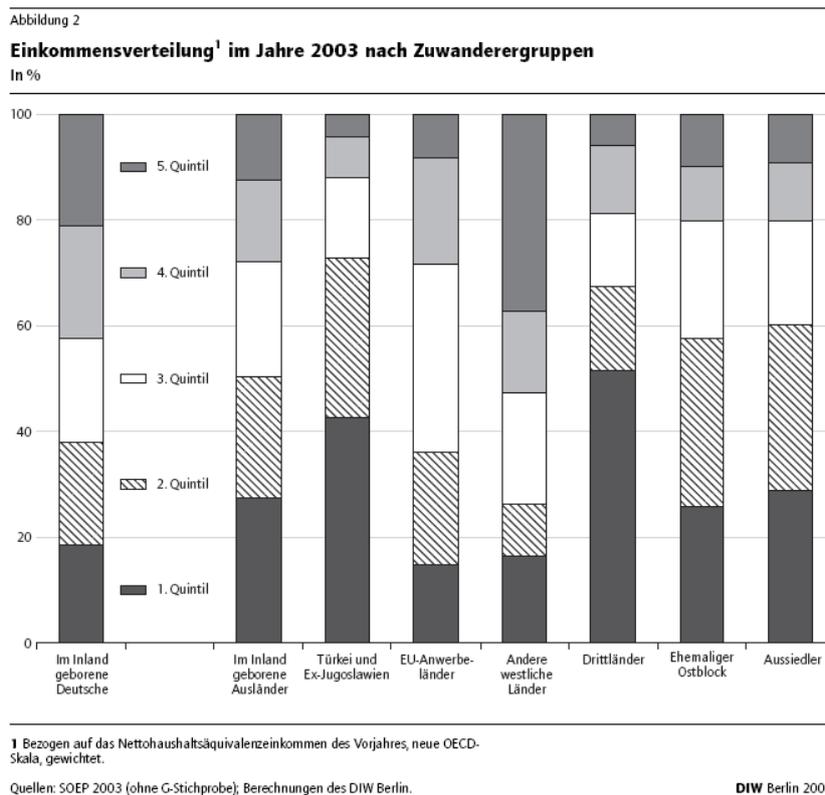


Abb. 5: Einkommensverteilung im Jahr 2003 nach Zuwanderergruppen (Tucci & Wagner 2005: 84).

Mit den in der Abbildung 5 dargelegten Daten wird deutlich, dass in Bezug auf die Einkommensverteilung nicht von der starken Variante der ethnischen Unterschich-

tung der deutschen Einkommensstruktur ausgegangen werden kann. Obwohl die ausländische Bevölkerung und Menschen mit Migrationshintergrund in viel stärkerem Maße von Einkommensarmut betroffen sind, gibt es einen nicht unerheblichen Teil dieser Gruppe, die ebenfalls in den mittleren und höheren Einkommensniveaus vertreten sind. In Hinblick auf die Einkommensverteilung ist also eine genauere Differenzierung der Migrantenbevölkerung vonnöten. Trotz der Differenzierung darf aber nicht übersehen werden, dass ein sehr großer Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund stark depriviert ist, obwohl ein anderer Teil in allen Einkommensniveaus zu finden ist (Reißlandt 2007). Für die relativ große Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund, die von Armut und Armutsrisiko betroffen ist, kann also durchaus von einer schwachen Variante einer ethnischen Unterschichtung ausgegangen werden. Im weiteren Verlauf der Arbeit, besonders im empirischen Teil wird diskutiert werden, welche Konsequenzen eine solche Einkommensspreizung innerhalb der Migrantenpopulationen für die präventive Arbeit mit schwer erreichbaren Gruppen haben kann.

Inwieweit, in welchem Ausmaß und in welcher Form die Benachteiligung von Migranten im für die sozialstrukturelle Bestimmung ebenfalls besonders relevanten Bereich der Bildung ausgeprägt ist, soll abschließend im Mittelpunkt stehen. Weil die Bildungsbeteiligung und das formale Bildungsniveau als ganz zentraler Bereich sowohl für den individuellen Gesundheitszustand als auch für alle Formen sozialer Partizipation in Public Health betrachtet wird, werde ich mich darum bemühen, ein vergleichsweise ausführliches Profil der Bildungsbeteiligung von Migranten in den jeweiligen Bildungsinstitutionen zu liefern (Mirowski & Ross 2003; Bauer 2005; Abel 2006 et al.). Beginnen werde ich mit der Beteiligung von Kindern mit Migrationshintergrund für den für diese Arbeit zentralen Bereich der Elementarbildung.

### *Frühkindliche Bildung*

Kindergärten und Kindertagesstätten haben den gesetzlichen Auftrag der Bildung, Erziehung und Betreuung. Obwohl eine institutionalisierte vorschulische Kinderbetreuung auf eine über 200-jährige Geschichte zurück blicken kann, wird sie erst in den letzten Jahren im Kontext von Bildung, herkunftsbedingten Bildungsungleichheiten und frühkindlicher Förderung gehäuft auch in der Öffentlichkeit und der Politik thematisiert (Fthenakis 2003; Stamm & Viehhauser 2009). Während in der ehemaligen DDR Krippen- und Kindergartenplätze bedingt durch die Vollerwerbstätig-

keit von Frauen und der besonderen Bedeutung institutioneller Erziehung bereits sehr früh gesellschaftliche Normalität waren, kommen in der Bundesrepublik bzw. in den alten Bundesländern diese Institutionen erst sehr spät ins Blickfeld bildungspolitischer Maßnahmen. Das drückt sich auch darin aus, dass in den alten Bundesländern erst seit den 1990ern ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz besteht. Der Anspruch auf einen Krippenplatz für unter dreijährige wurde erst im letzten Jahr beschlossen und soll ab 2013 bestehen (Tietze 2008).

Die Bedeutung von Kindergärten und Kindertagesstätten ist nicht zuletzt aufgrund steigender Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund häufig thematisiert worden. Gerade für diese erhofft man sich durch eine frühe Beteiligung in Institutionen, Verbesserungen der deutschen Sprachkenntnisse, die bessere und schnellere Integration und darüber ebenfalls die Verbesserung der Bildungschancen. Neben dem Argument der Erwerbstätigkeit von Frauen ist die Förderung von Migrantenkindern – und zwar noch stärker als die der Kinder aus unterprivilegierten Gruppen – eine der populärsten Begründungen für den Ausbau von Kita- und Krippenplätzen. Mehr als je zuvor wird in den letzten Jahren die Bedeutung von früher Bildung und Förderung als maßgeblich für die spätere schulische und berufliche Entwicklung von Kindern und Heranwachsenden betrachtet.

Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist die Beteiligung an Kindertageseinrichtungen ebenfalls als bei den autochthonen Kindern. Tabelle 1 stellt die Teilnahmeraten der Kinder mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund getrennt nach Ost- und Westdeutschland und für die Gruppe der unter drei-jährigen und der drei bis sechs-jährigen zusammen. Es wird deutlich, dass bereits in der frühesten Inanspruchnahmephase von Bildungseinrichtungen migrationsspezifische Disparitäten sichtbar werden. So besuchen nur 9,0% der Kinder unter drei Jahren mit Migrationshintergrund in Westdeutschland eine Tageseinrichtung bzw. eine Tagespflege und fast doppelt soviel der autochthonen Kinder (17,5%) (s. Tab. 1).

Ländergruppe	Unter 3-Jährige				3- bis unter 6-Jährige			
	Insgesamt	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Differenz in Prozentpunkten	Insgesamt	Mit Migrationshintergrund	Ohne Migrationshintergrund	Differenz in Prozentpunkten
	in %				in %			
Deutschland	20,4	10,5	24,8	14,3	92,0	83,6	95,6	12,0
Westdeutschland (ohne Berlin)	14,6	<b>9,0</b>	<b>17,5</b>	8,5	<b>91,4</b>	<b>84,7</b>	<b>94,6</b>	9,9
Ostdeutschland (ohne Berlin)	46,0	16,3	49,3	33,0	95,1	66,2	97,8	31,6

Quelle: Böttcher, A./Krieger, S./Kolvenbach, F.-J. (2010), Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertagesbetreuung. Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik, Heft 2/2010, S. 158-164

Tab. 1: Quote der Bildungsbeteiligung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege 2009 nach Migrationshintergrund, Alters- und Ländergruppen<sup>19</sup> (in %) (Quelle: Arbeitsgruppe Bildungsberichterstattung 2010)

Bei den Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren liegt die Differenz bei etwa 10,0%, Kinder ohne Migrationshintergrund besuchen zu knapp 95,0% einen Kindergarten und Kinder mit Migrationshintergrund zu knapp 85,0%.

Die Ungleichheiten bei Kindern mit Migrationshintergrund drücken sich jedoch nicht nur in der Teilnahme in den Einrichtungen aus. So werden diese Kinder im Vergleich zu autochthonen Kindern auch später eingeschult (ebda: 60). Zudem weisen Kinder mit Migrationshintergrund nach den Ergebnissen der Sprachstandserhebungen, die in Kindergärten flächendeckend eingesetzt werden, sehr häufig Förderbedarf auf, wobei die Zahlen sehr stark nach Bundesländern variieren. Als förderbedürftig diagnostiziert werden Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 13,0% in Baden-

<sup>19</sup> „Grundzüge der Berechnung: Durch das Statistische Bundesamt wurde aus dem Mikrozensus der prozentuale Anteil der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft) im Rahmen einer Sonderauswertung ermittelt. Diese prozentualen Anteile wurden auf die Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2008 übertragen, um so die Anzahl der Kinder der entsprechenden Altersgruppe mit und ohne Migrationshintergrund zu errechnen. Aus den Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe wurde ebenfalls die Anzahl der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft), die eine Tageseinrichtung bzw. eine Kindertagespflege am 15.03.2009 in Anspruch nehmen, errechnet. Abschließend wurde errechnet, wie hoch der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung ist, die ein Angebot der Kindertagesbetreuung nutzen (Tageseinrichtungen und Kindertagespflege). Grundsätzlich ist bei dieser Vorgehensweise zu berücksichtigen, dass es sich um eine Schätzung handelt, bei der es auch zu Ungenauigkeiten kommen kann“. (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010, Tab. 1).

Württemberg oder Niedersachsen, 53,0% in Bremen und gar 75,0% der Kinder in Bayern (ebda: 57). Dabei stehen die sehr heterogenen Testverfahren nicht selten in der Kritik, da häufig sehr unterschiedliche Messverfahren und Messkriterien verwendet werden (Schulz et al. 2009). Vor allem bei Migrantenkindern, die mehrere Sprachen sprechen, sind diese Messverfahren sehr umstritten (Jeus 2009). Wenn wie etwa im Fall Bayern zwei Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund als förderbedürftig diagnostiziert werden, dann sind Bedenken einerseits an den Messverfahren, andererseits an wünschenswerten Normalitätskonstruktionen im Bezug auf die Sprachkompetenzen von Kindern, die bi- oder multilingual aufwachsen zu äußern (Gogolin 1994; 2002; 2003). Dies lässt auch weitere Fragen hinsichtlich der Erwartungen der Eltern mit Migrationshintergrund bezüglich der kompensatorischen Funktion der Bildungsinstitutionen offen, was im empirischen Teil der Arbeit genauer untersucht wird.

### *Schulische Bildung*

Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund sind im deutschen Bildungssystem benachteiligt. Diese Benachteiligung gilt seit den Anfängen der Einwanderungsperiode der Gastarbeiter und besteht bis heute fort (Neumann 1980; Klemm 1979; Klemm & Hansen 1979; Boos-Nünning & Hohmann 1980; Nauck & Diefenbach 1997; Gomolla & Radtke 2002; Deutsches Pisa-Konsortium 2003). Auch die neuesten Pisa-Studien haben die ganz besondere Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund empirisch bewiesen und ganz besonders hervorgehoben. Während über die signifikante Benachteiligung von Migranten im Schulwesen viel diskutiert wird, bleibt die relative Verteilung von Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund häufig wenig berücksichtigt, auch wenn die nötigen Daten dafür inzwischen zur Verfügung stehen.

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Migrationshintergrund und nach dem sozioökonomischen Hintergrund der Eltern in den verschiedenen deutschen Schulformen für das Jahr 2006. Die Benachteiligung der Schüler mit Migrationshintergrund zeigt sich auf einem ersten Blick: während mit 36,6% die relative Mehrheit der Schüler der autochthonen Gruppe ein Gymnasium besuchen, besucht die relative Mehrheit der Migrantenschüler mit 36,3% eine Hauptschule, während nur 22,1% ein Gymnasium besuchen. Der Anteil der autochthonen Schüler, die eine Hauptschule besucht, ist hingegen mit 16,0% nur halb so groß.

Betrachtet man den sozioökonomischen Status der Eltern, dann relativiert sich ein Großteil der migrationsbedingten Ungleichheiten im Schulsystem. So ist ersichtlich, dass der Anteil der Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status bei den Migranten mit fast 45,0% viel höher ist als der der autochthonen Bevölkerung mit knapp 20,0%. Jedoch lassen sich migrationsbedingte Ungleichheiten hier auch unter Kontrolle der sozialen Schichtzugehörigkeit feststellen. Vor allem beim Hauptschulbesuch zeigt sich, dass der Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund und mit hohem sozioökonomischem Status der Eltern mit 15,7% fast dreimal so hoch ist wie der Anteil der autochthonen Jugendlichen aus der oberen sozialen Schicht mit 5,6%.

Sozio- ökonomischer Status**	Schülerinnen und Schüler insgesamt		Davon an				
			HS	RS	SMBG	GY	IGS
	Anzahl (un- gewichtet)	in % (gewichtet)					
<b>2006</b>							
Insgesamt							
Niedrig	8.532	25,0	36,8	26,6	13,1	11,8	11,6
Mittel	17.100	50,0	18,3	29,7	10,1	31,7	10,2
Hoch	8.130	25,0	7,1	20,5	5,1	59,7	7,5
Zusammen	36.388	100	21,2	26,2	9,8	32,6	10,3
Niedrig	5.232	19,5	30,5	26,0	19,5	12,9	11,1
Mittel	13.692	52,9	15,6	30,2	11,4	33,1	9,6
Hoch	6.772	27,6	5,6	20,3	5,5	61,3	7,3
Zusammen	26.223	100	16,0	26,6	11,5	36,6	9,3
Niedrig	2.601	44,7	45,7	28,8	3,1	10,7	11,9
Mittel	2.422	39,6	29,8	28,7	3,8	26,3	11,4
Hoch	946	15,6	15,7	22,5	2,5	50,5	8,9
Zusammen	6.470	100	36,3	26,8	3,3	22,1	11,5

Tab. 2: Schulartverteilung\* 15-jähriger Schülerinnen und Schüler im Jahr 2003 und 2006 nach Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status (HISEI)\*\* (leicht modifiziert nach Arbeitsgruppe Bildungsberichterstattung 2010).

#### Bildungsbenachteiligung durch ungleiche Förderschulquoten

Auch in der Bildungsbeteiligung von Schülerinnen und Schülern an Förderschulen lassen sich markante Differenzen feststellen (Powell & Wagner 2001). Bemerkenswert ist, dass die Zahl der Förderschüler insgesamt zugenommen hat (Powell 2007). So besuchen 4,9% aller Schüler 2008 eine Förderschule, im Jahr 1999 waren es noch 4,5%. Unter den EU-Staaten hat Deutschland damit den höchsten Anteil an

Schülerinnen und Schüler, die in Förderschulen unterrichtet werden.“ (Arbeitsgruppe Bildungsberichterstattung 2010: 6). Vor allem Jungen sind an Förderschulen stark überrepräsentiert, so beträgt ihr Anteil an den Förderschülern insgesamt 63,0%, unter den Schülern mit emotional und sozialen Störungen gar 86,0% (ebda: 72.). Ebenfalls eine sehr große Rolle spielt die soziale Schichtzugehörigkeit der Eltern, so kommen über 50,0% aller Förderschüler aus Familien, wo die Eltern nur ein Hauptschulabschluss haben, ein Drittel aus Familien, wo die Hauptbezugsperson erwerbslos ist. Ein Förderschulbesuch ist also in erster Linie mit dem sozialen Status der Eltern verbunden. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind starke nationalitätsspezifische Differenzen festzustellen. 4,1% der autochthonen Kinder besuchten im Jahr 2008 eine Förderschule, aber über 13,0% der libanesischen und albanischen Kinder. Hingegen ist bei Kindern aus Vietnam oder der Ukraine der Anteil an Förderschülern noch unter der Quote der autochthonen Kinder bei unter 2,0%. Die nationalitätenspezifischen Unterschiede können nicht vollständig erklärt werden. Teilweise werden schulsystemische Faktoren benannt (Gomolla & Radtke 2002; Kronig 2003; Pfahl 2008; Powell 2009), teilweise länderspezifische bildungspolitische Regulierungen dafür verantwortlich gemacht. So besuchen z. B. in Baden-Württemberg beinahe ein Fünftel der italienischen Kinder eine Förderschule. Woran die schicht-, gender- oder nationalitätsspezifischen Differenzen auch liegen mögen, Fakt ist, dass 75,0% der Förderschüler die Schule ohne einen Hauptschulabschluss verlassen (Arbeitsgruppe Bildungsberichterstattung 2010: 70) und somit kaum noch Chancen auf eine Ausbildung oder einen Beruf haben (Troltsch 2002; Itf 2008; Giesecke et al. 2010; Vester & Teiwes-Kügler 2010).

### *Ungleiche Bildungsabschlüsse*

Ausländische Schüler erreichen im Verhältnis zu deutschen Schülern die schlechteren Abschlüsse. So verlassen mit über 15,0% fast doppelt soviel Ausländer die Schule ohne einen Abschluss wie Deutsche mit knapp 7,0%, über 45,0% verfügen lediglich über einen Hauptschulabschluss (bei den deutschen Schülern sind es ca. 25,0%) und lediglich 11,2% erreichen die allgemeine Hochschulreife, während es bei den Deutschen fast ein Drittel sind (Arbeitsgruppe Bildungsberichterstattung 2010: Tab. D7-4A).

Die nachweislich schlechteren sozioökonomischen Bedingungen und schlechteren Bildungsbeteiligung von Migrantenkinder verleitet nicht selten dazu, erstens über

die migrationsbedingten Effekte hinweg zu sehen und die Bildungsbenachteiligung von Migrantenkindern mit ihrem niedrigen sozioökonomischen Status zu erklären. Zweitens wird übersehen, dass trotz der hoch signifikanten Benachteiligung es eine relevante Gruppe von Migranten gibt, die recht erfolgreich im Bildungssystem teilnehmen. So ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die ein Gymnasium besuchen, immerhin über 22,1%, bei den Kindern mit einem hohen sozioökonomischen Status besucht sogar jedes zweite Kind mit Migrationshintergrund ein Gymnasium. Auch in den mittleren Schulformen sind Migranten in etwa genau so häufig vertreten wie die autochthonen Kinder. Ein genauerer Blick auf die gesamte Bildungsbeteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund auch unter Berücksichtigung ihrer sozialstrukturellen Lage würde bei der inzwischen sehr großen und heterogenen Gruppe der Migrantenkinder mehr Differenzierung hineinbringen und die Ursachen ihrer Bildungsbenachteiligung noch zielgruppenspezifischer zu eruieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass während sich ein großer Teil der Kinder mit Migrationshintergrund auch in die mittleren und höheren Schulebenen eingegliedert hat, es eine Gruppe von mehr als einem Drittel der Jugendlichen mit Migrationshintergrund gibt, die eine Haupt- oder Förderschule besuchen, die als eine in Hinblick auf ihre Zukunftschancen stark benachteiligte Gruppe angesehen werden können.

Diese Bildungsbenachteiligung setzt sich dann in der weiteren Bildungsbiografie fort. So sind Jugendliche mit Migrationshintergrund benachteiligt, wenn es um die Suche nach einem Ausbildungsplatz geht. Je nach spezifischem Arbeitsbereich geht die Benachteiligung von Migrant\*innen bis hin zur direkten rassistischen Diskriminierung (Baethge et al. 2007). Im Hochschulbereich liegt die Studienquote von Migranten deutlich hinter der der autochthonen Bevölkerung. Allerdings ist die Studienquote derjenigen, die es bis zum Abitur geschafft haben, zum Teil höher als die Quote der deutschen Jugendlichen. Die Bildungsungleichheit setzt dann wieder ein, wenn es um die ökonomische Verwertung der hohen Bildungsabschlüsse auf dem Arbeitsmarkt geht – die Transformationschancen kulturellen Kapitals in ökonomisches Kapital (Bourdieu 1983) sind bei Migranten geringer.

In all den bildungsbiografisch relevanten Institutionen ergibt sich eine deutliche Benachteiligung von Migrantenkindern und -jugendlichen, die dem deutschen Bildungssystem den Ruf eingebracht hat, wenig zur Integration von Migranten beizutragen.

gen.<sup>20</sup> Wenn man tiefer in die einzelnen Sozialindikatoren hinein schaut, dann lässt sich insgesamt eine starke Benachteiligung von Migranten erkennen, ohne dass damit allerdings eine Gleichsetzung von Migrationsstatus und geringer sozioökonomischer Position zu rechtfertigen wäre. Bis heute lässt sich für Deutschland aber konstatieren, dass sich die Fülle von verfügbaren empirischen Fakten bislang nicht in eine migrationssensible Konstruktion einer übergreifenden Sozialstrukturanalyse niedergeschlagen hat.

### *Migration und Ethnizität als blinder Fleck der Sozialstrukturanalyse?*

Ziel dieses Kapitels sollte sein, die sozialstrukturelle Situation der Menschen mit Migrationshintergrund so genau wie möglich abzubilden. Während in den Kap. 3.1 und 3.2 die begriffliche Klärung und die Bedeutung von Ethnizitätskonzepten für das Verständnis migrationsbedingter gesundheitlicher Ungleichheiten gezeigt wurde, widmete sich dieses Kapitel der zweiten wichtigen Dimension, und zwar der sozialen Schichtzugehörigkeit bzw. dem Grad der sozialen Deprivation.

Nach den statistischen Befunden kann durchaus von einer schwachen Variante einer ethnischen Unterschichtung der deutschen Sozialstruktur gesprochen werden. Ausländer und Migranten sind stärker von Sozialhilfebezug, Arbeitslosigkeit und Armut betroffen, sie besetzen häufiger untere berufliche Positionen und besuchen überproportional Förder- und Hauptschulen.

Auch wenn auf der Grundlage der in diesem Kapitel präsentierten Daten von einer schwachen Variante einer ethnischen Unterschichtung ausgegangen werden kann, ist es wichtig zu betonen, dass Migrantengruppen die deutsche Sozialstruktur nicht vollständig unterschichten. Die oben präsentierten Daten zeigen zwar eine starke Benachteiligung aller für die gesellschaftliche Positionierung wichtigen Bereiche von Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Daten zeigen aber auch, dass es einen nicht unerheblichen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und der ausländischen Bevölkerung gibt, die höhere Schulen besuchen, am dualen Ausbildungssystem teilnehmen und auch studieren. Die nationalitätsspezifischen Differenzen verdeutlichen dabei, dass es hier in Hinblick auf Bildungserfolge und Bildungsbenachteiligung enorme Unterschiede nach

---

<sup>20</sup> Solche schulisch-institutionellen Diskriminierungen von Migranten lassen sich beispielsweise in Frankreich deutlich seltener und in geringerem Ausmaß finden. Dort werden Jugendliche mit Migrationshintergrund dann aber hinter der schulischen Schwelle besonders auf den Arbeits- und Ausbildungsmärkten benachteiligt.

den Herkunftsregionen gibt. Diese Herkunftseffekte sollten jedoch nicht vorschnell als nationale oder ethnische Differenzen interpretiert werden. Denn diese Unterschiede rühren nicht zuletzt aus dem je historischen Kontext, indem je eine spezifische Bevölkerungsgruppe eine Migration vorgenommen hat oder noch vornimmt.

So sind bspw. Migranten aus dem Iran eine in Hinblick auf den Bildungserfolg gegenüber der autochthonen Bevölkerung eher positiv selektierte Gruppe. Die Ursache wird in der Bildungssoziologie in den spezifischen Kontextbedingungen der iranischen Migrationsgeschichte verortet, weil nach der islamischen Revolution eher die bildungsgewohnten, westlich orientierten, wohlhabenden, schah-treuen Gruppen aus dem Land migrierten. Das gilt allerdings schon nicht mehr als zureichende Erklärung für den Bildungserfolg vietnamesischer Flüchtlinge, um eine zweite Gruppe zu benennen, die die Bildungsquoten der autochthonen Bevölkerung übertrifft und die durch die Deutsche Wiedervereinigung an Aufmerksamkeit gewonnen hat. Hier wird der Bildungserfolg auf die starke Bindung an die Familie und die ethnische Community in Verbindung mit einer national-kulturellen Wertschätzung von Bildung zurückgeführt (Beuchling 2003). Die große Bedeutung historischer Kontextbedingungen für die sozialstrukturelle Verortung von Migranten lässt sich schließlich auch durch den in den letzten Jahren forcierten Versuch illustrieren, sehr gut ausgebildete Migranten – vor allem IT-Spezialisten – nach Deutschland zu holen. Diese von Staats wegen privilegierten Migranten werden für lukrative Arbeiten in der Industrie angeworben und sind schon deshalb sozialstrukturell nicht mit den in den 50er und 60er Jahren des Zwanzigsten Jahrhunderts für manuelle Tätigkeiten angeworbenen Gastarbeitern zu vergleichen. Auch diese Änderung in der Migrationspolitik wird sich langfristig auf die Sozialstruktur der Migranten in der Bundesrepublik auswirken.

Die These einer gesellschaftlichen Unterschichtung durch die Migrantenbevölkerung ist also zu relativieren. Dennoch ist der Migrationshintergrund nach wie vor statistisch mit einem Armutsrisiko, mit dem Risiko einer gescheiterten Schulausbildung oder dem Risiko eines fehlenden Ausbildungsplatzes eng verbunden. All diese Faktoren gelten in den Gesundheitswissenschaften als besonders wichtige Determinanten gesundheitlicher Ungleichheiten. Rückbezogen auf das Präventionsdilemma würde das bedeuten, dass es sich sowohl kultur-/migrations-/ethnizitätsspezifisch oder aber ressourcenspezifisch äußern kann. Zu überprüfen ist in einem nächsten Schritt, ob Migranten in einem statistisch überdurchschnittlichem Maße gegenüber der auto-

chthonen Bevölkerung von gesundheitlichen Risiken betroffen sind. Wie genau der Zusammenhang zwischen sozialstrukturellen Maßen und Gesundheit einerseits bzw. zwischen Migrationserfahrung/-hintergrund und Gesundheit andererseits sich empirisch niederschlägt, wird im folgenden Abschnitt anhand sozialepidemiologischer Befunde genauer analysiert.

### **3.4 Schichtspezifische und/oder migrationsspezifische gesundheitliche Ungleichheit? Einige sozialepidemiologische Befunde**

Dass Gesundheit und Krankheit nicht rein individuelle Eigenschaften sind, sondern der gesundheitliche Zustand von Individuen stark von ihrer sozialen Herkunft, den Umweltbedingungen etc., unter denen sie aufwachsen, – und somit auch von der Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen abhängen, ist Konsens in der Public Health Forschung, und zwar national wie international. Dabei sind mit den Gruppenmerkmalen weniger genetische Differenzen innerhalb der unterschiedlichen Gruppen gemeint, sondern vielmehr Differenzen in sozialer, ökologischer, ökonomischer, geographischer oder kultureller Hinsicht – Faktoren also, die nicht biologisch, sondern im weitesten Sinn umweltbedingt entstehen. Zu untersuchen wäre dann zudem, welche Unterschiede in den Krankheitsprävalenzen und den Gesundheitszuständen unterschiedlicher Gruppen *nur* Unterschiede sind und in welchen Fällen von Ungleichheiten gesprochen werden kann.

Dabei ist zunächst zu beachten, dass das, was als Krankheit überhaupt gilt, historischen Umwertungen und sozialen Konstruktionen unterliegt (vgl. hierzu etwa Foucault 2002; Hudemann-Simon 2000; Steindor 2009). Als Beispiel kann hier die Gruppe der Frauen im Mutterbett genannt werden. Je nach Kultur oder zeitlicher Epoche wird diese Phase entweder als Krankheit, als eine besonders positive und sozial wertgeschätzte Lebensphase oder eben als ein normaler Zustand ohne Besonderheiten konstruiert (von Braun 1997; vgl. hierzu auch die Beiträge in Kolip 2000). Auch der Zustand der Melancholie wurde in früheren Epochen teilweise als ein für geniale Menschen vorbehaltener seelischer Zustand verstanden, während heute höchstwahrscheinlich für dieselben Gemütszustände klinische Depression – also eindeutig eine Krankheit – diagnostiziert würde (Starobinski 1960; Heidbrink 1994; L. Sahrai 2007).

### *Maßstäbe gesundheitlicher Ungleichheiten*

Unabhängig von den unterschiedlichen historisch und kulturell differenten sozialen Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit werden dennoch im Rahmen von Sozialepidemiologie Kategorien und Maßstäbe festgelegt, die es ermöglichen diesseits kultureller Konstruktionen und Differenzen annähernd objektiv zu messen, was als Krankheit oder als Gesundheit gilt und wie häufig es auftritt.<sup>21</sup> Sind solche Maßstäbe einmal festgesetzt, dann lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten zu gesundheitlichen Differenzen einfacher in einen Gegensatz bringen. So ist z. B. das Risiko der Müttersterblichkeit (Kindbett) oder die durchschnittliche Lebenserwartung einer Gruppe ein objektives Maß zur Messung von gesundheitlichen Ungleichheiten. An diesem Beispiel sind Vergleiche zwischen Ländern der so genannten ersten Welt und die der Dritten Welt so gravierend, dass von Differenzen kaum sinnvoll gesprochen werden kann. So hat ein Mensch, der in Afghanistan geboren wird, eine durchschnittliche Lebenserwartung von 43,6 Jahren bei Geburt, während jemand, der in Japan geboren wird, eine durchschnittliche Lebenserwartung von 82,7 Jahren und damit gegenüber einem Afghanen eine im Durchschnitt um etwa 39 Jahre längere Lebenserwartung besitzt (Human Development Report 2009; vgl. zum Zusammenhang von gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheit Wilkinson 2005; Pickett et al. 2009; Wilkinson & Pickett 2009).

### *Grenzen hoch aggregierter Daten*

Solche hoch aggregierten, auf Nationalstaaten bezogenen Ländervergleiche sind einerseits höchst aussagekräftig, wenn es darum geht, Regionen zu identifizieren, in denen Lebensbedingungen insgesamt zur besseren Gesundheit oder höherem Krankheitsrisiko beitragen. Andererseits sind sie aber auch mit großen Unsicherheiten behaftet, wenn es darum geht, die Mechanismen und Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten präziser zu verfolgen. Wenn der Zusammenhang zwischen der Bevölkerung und den sozialepidemiologischen Daten national und international hergestellt werden soll, sind Daten, die sich auf nationale Territorien beziehen, in zweifacher Hinsicht problematisch.

---

<sup>21</sup> In solche Messungen gehen selbst eine Anzahl normativer Vorannahmen und Werthaltungen ein, die in der Regel nicht mit in den Blick kommen. Dass die Vorstellung einer objektiven Messung von Gesundheit und Krankheit erkenntnistheoretisch naiv ist, zeigen u.v.a. Adorno et al. 1969; Ahrens et al. 2008; speziell mit Bezug zu Migration Sahrai 2009a und 2009b.

*Erstens* wird über die Darstellung nationalstaatlicher Daten die Vorstellung suggeriert, dass sich auf den jeweiligen nationalen Territorien auch eine einheitliche und homogene Bevölkerung befindet. Die Binnendifferenzierungen der jeweiligen Bevölkerungen werden damit verwischt. Diese Vorgehensweise wird bereits Vielvölkerstaaten nicht gerecht, in denen die allgemeine identifikatorische Zugehörigkeit zu einem Nationalstaat hinter die spezifischere einer Ethnie innerhalb eines Vielvölkerstaates zurücktritt. Beispiele hierfür wären Indien, China, aber auch Spanien, Türkei oder Rumänien. Ferner lässt sich heute aufgrund anhaltender Migrationsprozesse nicht mehr von einer homogenen Bevölkerung ausgehen. Alle europäischen Nationalstaaten sind heute de facto als Vielvölkerstaaten zu begreifen (siehe oben Kap. 3.1 und 3.2). Wenn also sozialepidemiologische Zusammenhänge zwischen Gesundheits- und Krankheitsindikatoren einerseits und der Bevölkerung andererseits hergestellt werden sollen, ist zunächst diejenige ethnische Zugehörigkeit mit in den Blick zu nehmen, die für die jeweiligen Subjekte einen wichtigen identifikatorischen Kern bieten (vgl. Heinemann 1998; Bader 2001).

*Zweitens* muss eine sensible sozialepidemiologische Perspektive die schichtspezifische Binnendifferenzierung der Gesundheits- und Krankheitszustände der Bevölkerung abbilden. Denn auch hier lässt sich – wie in Kap. 3.3 ausführlich dargestellt – keinesfalls eine homogene nationale Bevölkerungsgruppe unterstellen. Solche schichtspezifischen Varianzen selbst bei den „harten Indikatoren“ wie Lebenserwartung sind auch in den reichsten Nationalstaaten beträchtlich.

Einer der weltweit bekanntesten Sozialepidemiologen, Richard Wilkinson, konstatiert für die U.S.A. das Folgende:

„Research [...] using official data from twenty-three rich and poor areas in the United States found that white woman who reached the age of sixteen and were living in the richest areas could expect to live until they were eighty-six year old, compared to seventy for black woman in the poorest areas of New York, Chicago, and Los Angeles – a difference of sixteen years. Similarly, sixteen year-old white men living in rich areas could expect to live until they were seventy-four or seventy-five, whereas black men in the poorest areas could expect to live to only about fifty-nine. The difference of life expectancy between whites in rich areas and blacks in poor areas of the United States was close to sixteen years for both men and woman.“ (Wilkinson 2005: 14/15)

Damit liegt das durchschnittliche Niveau der Lebenserwartung für bestimmte Bevölkerungsgruppen in den U.S.A. auf dem Niveau von Eritrea (durchschnittliche Lebenserwartung 59,2 Jahre) oder Madagaskar (durchschnittliche Lebenserwartung

59,9 Jahre) (vgl. Human Development Report 2009). Sozialepidemiologische Befunde müssen also, wollen sie ernsthaft aussagekräftig für die Beschreibung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten sein, die beiden Strukturdimensionen Migration bzw. ethnische Zugehörigkeit sowie Schichtzugehörigkeit mit abbilden.<sup>22</sup> Im Folgenden sollen für diese Arbeit zentrale sozialepidemiologische Befunde kurz vorgestellt werden. Dabei werden zunächst allgemeine empirische Daten präsentiert und in einem zweiten Schritt wird dann der Fokus auf den Gegenstand dieser Untersuchung zugespitzt.

### *Mortalität in Abhängigkeit von sozialer Schicht und Bildung*

Es ist im Rahmen dieser Arbeit schon mehrfach darauf hingewiesen worden, dass der Krankheits- und Gesundheitszustand je nach sozialer Lage und Migrationshintergrund variiert. Für Deutschland ist dabei aus verschiedenen Gründen die sozialepidemiologische Datenlage im internationalen Vergleich als schlecht anzusehen (vgl. hierzu etwa Mielck 2005; Richter & Hurrelmann 2006; Bauer et al. 2008). Dennoch liegt auch für Deutschland eine Reihe von überzeugenden Befunden vor, die die soziale Abhängigkeit des individuellen Gesundheitszustandes – wie sie weiter oben postuliert wurde – dokumentieren. Besonders deutlich ist der Zusammenhang in Hinblick auf die Lebenserwartung. Hier kursieren in der Literatur zwar unterschiedliche Zahlen, doch weisen alle in die gleiche Richtung. Lediglich das konkrete Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Lebenserwartung und den verschiedenen Indikatoren variiert je nach Autor.

Es gilt in der Literatur als Konsens, dass der Verfügbarkeit über kulturelles Kapital bei der Erklärung unterschiedlicher Lebenserwartung eine Schlüsselrolle zukommt (den internationalen Forschungsstand zusammenfassend Mirowski & Ross 2003; vgl. für den deutschen Sprachraum etwa Abel 2006 et al.). In den einschlägigen Studien von Mielck lässt sich mit Daten aus den 80er und 90er Jahren belegen, dass allein das Erreichen des Abiturs bedeutsame Unterschiede in der Lebenserwartung mit sich bringt (vgl. Tab. 3).

---

<sup>22</sup> Weitere wichtige Strukturdimensionen sind vor allem die Geschlechtszugehörigkeit sowie die räumliche Verortung. Wie sich im empirischen Teil zeigen wird, spielt die Geschlechtszugehörigkeit für meine Analysen keine Rolle, weil die Fragebögen fast ausschließlich von Müttern ausgefüllt wurden – ein in der empirischen Bildungsforschung bekannter Befund (vgl. etwa Bauer 2005; Bittlingmayer et al. 2006; Hartung & Bittlingmayer 2008). Die räumliche bzw. regionale Dimension kann hier ebenfalls unterschlagen werden, weil sie als Designvariable mit in die Untersuchung eingegangen ist. Vgl. zur räumlichen Dimension von Gesundheit u.a. Mielck 2008; Bittlingmayer et al. 2009.

Schulbildung	Lebenserwartung ab 16 Jahren (in Jahren)	
	mit Abitur	ohne Abitur
Männer	60,3	57,0
Frauen	65,5	61,6

Tab. 3: Schulbildung und Lebenserwartung (Mielck 2005: 16).

#### *Mortalität in Abhängigkeit von Einkommen*

Neben Bildung ist auch das verfügbare Einkommen ein zentraler Prädiktor für die Lebenserwartung. So lässt sich in den Publikationen von Mielck finden, dass die Lebenserwartung des untersten Einkommensquartils gegenüber dem obersten Einkommensquartil bei Frauen um fünf und bei Männern sogar um zehn Jahren reduziert ist (vgl. u.a. Reil-Held 2000; Mielck 2005; Mielck & Helmert 2006). Die Berechnungsgrundlage liefern hier Daten des Sozio-ökonomischen Panels bis zum Jahr 2000. Karl Lauterbach et al. (2006) nutzen jüngere Wellen des Sozio-ökonomischen Panels und zeigen ebenfalls markante Differenzen in der Lebenserwartung in Abhängigkeit vom verfügbaren Bruttoeinkommen auf. Das Kölner Forschungsteam findet eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern, die weniger als 1.500.-€ monatliches Einkommen haben von ca. 71 Jahren, bei Frauen der entsprechenden Einkommensgruppe von ca. 78 Jahren. Demgegenüber haben Männer mit einem monatlichen Einkommen von über 4.500.-€ eine durchschnittliche Lebenserwartung von 80 Jahren, während bei Frauen derselben Einkommensgruppe die durchschnittliche Lebenserwartung auf ca. 87 Jahre klettert (Lauterbach et al. 2006: 7). Damit ergibt sich bei Männern zwischen den polaren Einkommensgruppen eine Lebenserwartungsdifferenz von 8,9 und bei Frauen eine Lebenserwartungsdifferenz von 8,8 Jahren (vgl. Abb. 6; nächste Seite).

### Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung; alle Erwerbstätigen in Deutschland

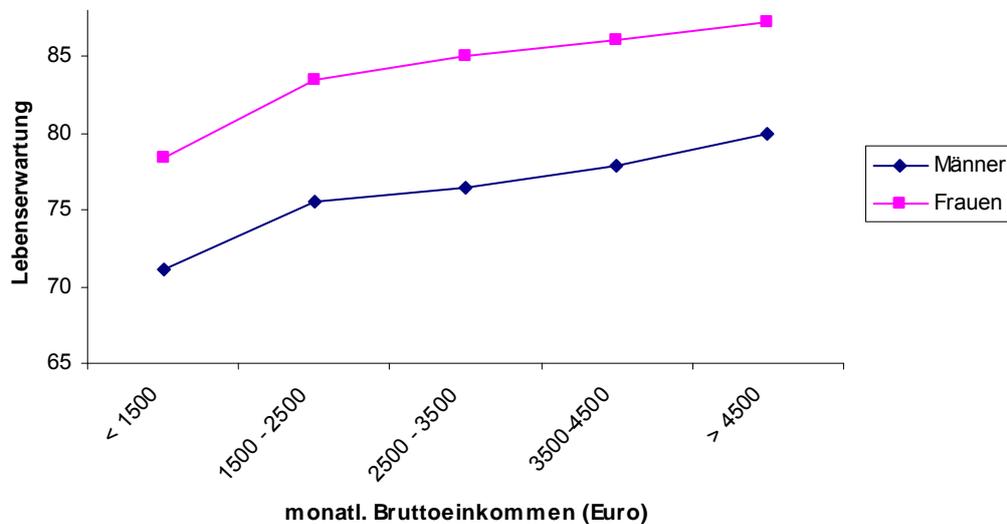


Abb. 6.: Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung; alle Erwerbstätigen in Deutschland.

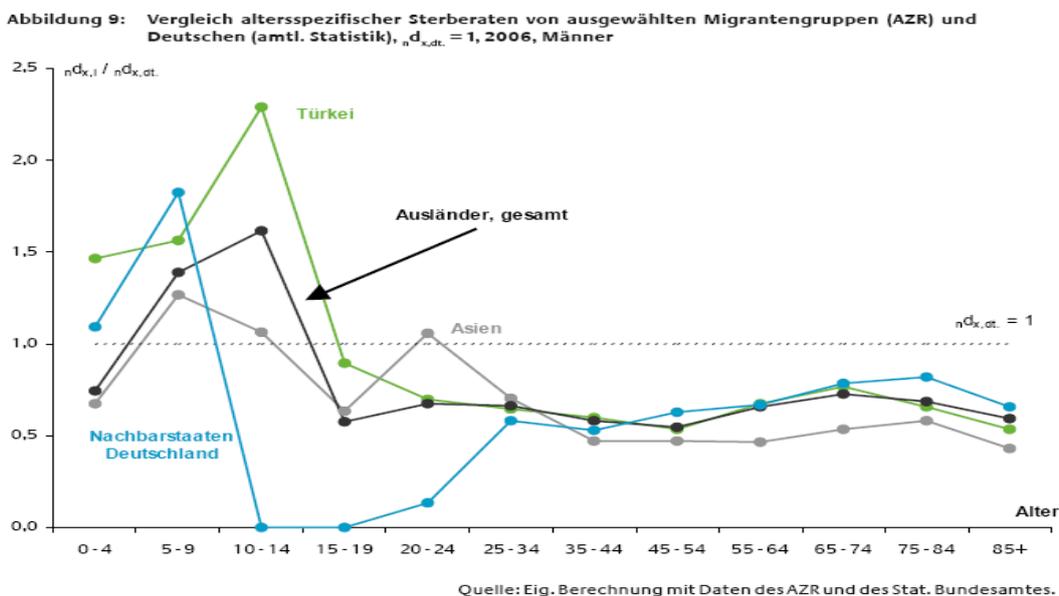
#### *Mortalität in Abhängigkeit von Schicht und Migration*

Die auch im internationalen Vergleich europäischer Industrieländer sehr markanten Lebenserwartungsdifferenzen gelten in Deutschland als einer der wichtigsten Indikatoren für das Bestehen gesundheitlicher Ungleichheiten. Wie im vorherigen Abschnitt gezeigt, ist ein Großteil der Migrantenbevölkerung zu den unteren sozialen Schichten zu rechnen. Deshalb müsste die Migrationsbevölkerung, wenn die Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und Lebenserwartung für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zutreffen, auch eine deutlich unterdurchschnittliche Lebenserwartung aufweisen. Doch die gesellschaftlichen Strukturierungsprinzipien der schichtspezifischen und ethnischen Zugehörigkeit sind nicht als einfache Kumulationspunkte zu begreifen, sondern verhalten sich zum Teil geradezu gegenläufig. So sind migrationsspezifische Effekte auf den Gesundheits- und Krankheitszustand nicht vollständig zu begreifen, wenn sie nur als sozialstrukturell abgeleitete Größen konzeptionalisiert werden.

Zahlreiche Studien belegen für Deutschland, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Migrationsbevölkerung gegenüber der autochthonen Bevölkerung insgesamt höher liegt, trotz der niedrigeren durchschnittlichen Schichtzugehörigkeit. Dieser auch als Healthy Migrant bekannte Effekt ist nicht nur in Deutschland, sondern zunächst in den U.S.A. gefunden worden und wird seither sehr kontrovers diskutiert

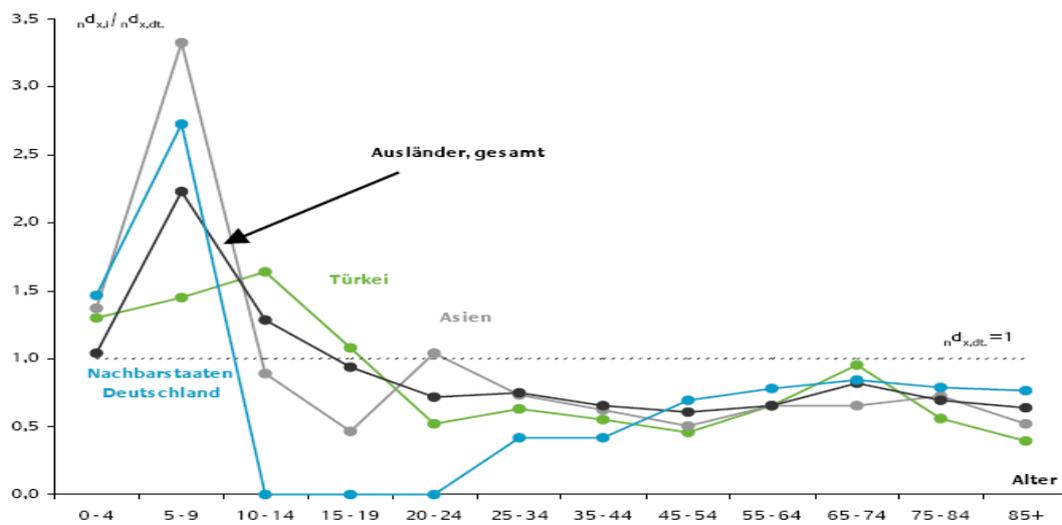
(u.a. Razum 2006; Spallek & Razum 2008). Wie in den vorherigen Abschnitten dieses dritten Kapitels hervorgehoben, lässt sich nicht von einer homogenen Migrationsbevölkerung ausgehen, denn die ethnischen Gruppen streuen über die gesamte deutsche Sozialhierarchie und variiert noch einmal stark zwischen den jeweiligen ethnischen Gruppen.

Martin Kohls vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge liefert hierzu für Deutschland präzise Studien (vgl. Kohls 2008a; 2008b). In den folgenden Grafiken in Abbildungen 7 werden je nach Geschlecht getrennt altersspezifische Sterberaten dokumentiert, die ein sehr differenzierteres Bild zeichnen und die Sammelvariable Migrationsbevölkerung – wie theoretisch in den vorherigen Kapiteln schon beschrieben – undifferenziert erscheinen lassen.



*Abb. 7: Vergleich altersspezifischer Sterberaten von ausgewählten Migrantengruppen und Deutschen für Männer (Kohls 2008b: 30)*

Abbildung 10: Vergleich altersspezifischer Sterberaten von ausgewählten Migrantengruppen (AZR) und Deutschen (amtl. Statistik),  $n_{x,dt}^d = 1$ , 2006, Frauen



Quelle: Eig. Berechnung mit Daten des AZR und des Stat. Bundesamtes.

Abb. 8: Vergleich altersspezifischer Sterberaten von ausgewählten Migrantengruppen und Deutschen für Frauen (Kohls 2008b: 30)

Auffällig in den Abbildungen 7 und 8 ist nicht nur, dass je nach Lebensalter die altersspezifische Sterberate zum Teil über und zum Teil unter derjenigen der autochthonen Bevölkerung liegt. Darüber hinaus sind je nach spezifischem Herkunftsland weit auseinander liegende Säuglings- und Kindersterblichkeitsraten zu verzeichnen. Trotz der größeren Differenziertheit der Studien von Kohls ist der Healthy Migrant-Effekt nicht zu widerlegen, sondern bleibt eher im konkreten Ausmaß und den jeweiligen Erklärungsmodellen umstritten. Deshalb ist der allgemeine Befund, dass Migranten „trotz ihrer sozialen Benachteiligung oftmals eine niedrigere Sterblichkeit als die Allgemeinbevölkerung [haben]“ (Spallek & Razum 2008: 274) nach wie vor als gültig anzusehen (vgl. auch Sahrai 2009a; Sahrai 2009b).

Die Studien zur Mortalität unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen können zeigen, wie maßgeblich sich die soziale Zugehörigkeit für das einzelne Individuum auswirkt. Dabei können niedrige soziale Position, niedrige Bildung etc. als Mortalitätsrisiko interpretiert werden. Das gilt wie gezeigt aber nicht für eine eigene Migrationsgeschichte oder einen Migrationshintergrund, der im Gegenteil niedrige Positionen in der sozialen Hierarchie sogar tendenziell zu kompensieren scheint. Deutlich wird, dass das Zusammenspiel von Schichtzugehörigkeit und Migration bzw. ethnischer Zugehörigkeit nur als mehrdimensionales Ineinandergreifen von unterschiedlichen gesellschaftlichen Strukturierungsprinzipien verstanden werden kann. Einfache Ad-

ditionsmodelle sozialer Benachteiligung können die empirischen Befunde nicht erklären, ja nicht einmal mit ihnen in Einklang gebracht werden.

### *Morbidität und die sozialen Determinanten*

Die hier vorgestellten Mortalitätsstudien basieren letztlich auf ganz unterschiedlichen Krankheitsraten der sozialen Gruppen. Die unterschiedliche Betroffenheit von Krankheiten kumuliert am Ende in unterschiedlichen Sterblichkeitsraten. Auch bei den Krankheitsraten sind dieselben Effekte zu finden, die hier am Beispiel der Mortalitätsraten illustriert worden sind und sollen deshalb nicht noch einmal detailliert aufgeführt werden. Dasselbe gilt auch die die Betroffenheit von Multimorbidität. Es liegt mittlerweile auch für Deutschland eine Fülle von Untersuchungen vor, die zeigen, dass die meisten Krankheiten einen so genannten sozialen Gradienten aufweisen. Der Forschungsstand lässt sich mit einer Studie aus dem Robert Koch Institut gut zusammenfassen:

„Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind durch stärkere Arbeitsbelastungen, schlechtere Wohnverhältnisse, vermehrten Zigarettenkonsum, häufigeres Übergewicht und größeren Bewegungsmangel einem teilweise deutlich erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt. Leiden wie Schlaganfall, chronische Bronchitis, Schwindel, Rückenschmerzen und Depressionen sind in der unteren Sozialschicht sowohl bei Frauen wie Männern häufiger als in der oberen Schicht. Eine besondere Risikogruppe stellt die gewachsene Zahl der Arbeitslosen dar. Bei den 20-59-jährigen leiden knapp 50 Prozent der arbeitslosen, dagegen nur rund 30 Prozent der erwerbstätigen Männer und Frauen unter gesundheitlichen Beschwerden. Dies führt bei Arbeitslosen im Vergleich mit Erwerbstätigen zu einer etwa doppelt so großen Anzahl von Krankenhaustagen.“ (RKI 2006: 83)

### *Das Gesundheitsverhalten*

Bei der Erklärung des sozialen Gradienten spielt in der sozialepidemiologischen Literatur das Gesundheitsverhalten eine sehr bedeutende Rolle (vgl. etwa Helmert & Schorb 2006; kritisch hierzu u.a. Kühn 1993; Schnabel 2007). Wenn sich, so die Argumentation, die Krankheitsquoten sozial unterscheiden, dann lässt sich das zu einem schwer zu bestimmenden Ausmaß auf das Gesundheitsverhalten zurückführen. So geht die Kombination aus dem permanenten Verzehr von Fast Food und Soft Drinks, einem ausgedehnten Fernsehkonsum und einer mehrstündigen Spielkonsolennutzung pro Tag in Verbindung mit einer weitgehend bewegungslosen Alltagsges-

taltung mit einem hohen Übergewichtsrisiko im Kindes- und Jugendalter einher (vgl. u.a. Richter et al. 2008).

Auch in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten lassen sich eindeutige Befunde feststellen, die auf einen sozialen Gradienten auch im Gesundheitsverhalten hindeuten. Solche Verhaltensunterschiede beginnen im Kindes- und Jugendalter und reichen weit bis ins hohe Alter hinein. Gerade im Zusammenhang mit der altersspezifischen Kumulation von Krankheitsraten nimmt dabei das Verhalten im Kindes- und Jugendalter einen großen Stellenwert ein, weil davon ausgegangen wird, dass sich die in der kindlichen und jugendlichen Sozialisation eingeübten Verhaltensweisen und Präferenzstrukturen im weiteren Lebensverlauf verfestigen (vgl. hierzu u.a. Bourdieu 1982; Bauer 2005; zur Lebenslaufperspektive in der Sozialepidemiologie vgl. Davey Smith 2008).

Die international verankerte und sehr renommierte WHO-Studie Health Behavior in School Aged Children (HBSC-Studie) kommt für Deutschland zu klaren Befunden. Wenn die Jugendlichen entlang der so genannten Family Affluence Scale sortiert und die Kinder aus den unteren Bereichen der Skala identifiziert werden, dann lassen sich markante Differenzen abbilden (vgl. Tab. 4).

<b>Gesundheitsverhalten</b>	<b>Armutsgruppe</b>	<b>Übrige</b>	<b>Odds-Ratio</b>
<b>Zigaretten rauchen</b> Täglich	21,0%	15,0%	<b>1,5</b>
<b>Zähneputzen</b> Selten / Nie	7,0%	3,0%	<b>2,7</b>
<b>Sport</b> Selten / Nie	13,0%	8,0%	<b>1,6</b>
<b>TV Konsum</b> Mehr als 4 Std./Tag	31,0%	20,0%	<b>1,8</b>
<b>Vollkornbrot</b> Selten / Nie	35,0%	27,0%	<b>1,4</b>
<b>Gemüse, gekocht</b> Täglich	19,0%	25,0%	<b>1,5</b>
<b>Hamburger</b> Täglich	5,0%	3,0%	<b>2,0</b>
<b>Cola , Süßgetränke</b> Täglich	54,0%	45,0%	<b>1,4</b>

Tab. 4: Quelle HBSC-Studie, Richter et al. 2008

Wie in der Tabelle dokumentiert, ist zum Beispiel das Risiko, täglich Süßgetränke zu konsumieren von Kindern und Jugendlichen der Armutsguppe gegenüber allen übrige-

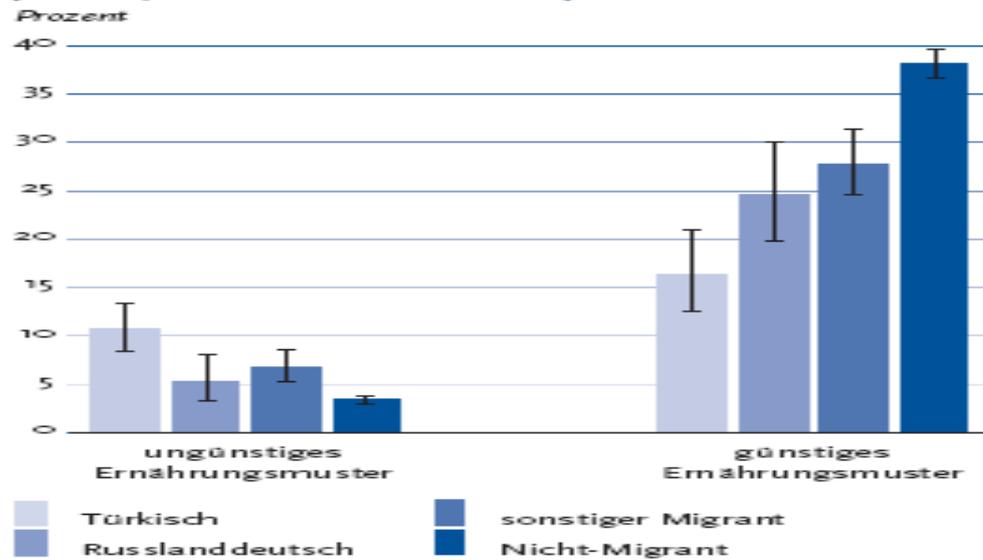
gen um 40,0%, das Risiko des Tabakkonsums um 50,0% (Odds-Ratio von 1,5) erhöht und diese Kinder und Jugendlichen haben sogar ein doppelt so hohes Risiko des täglichen Genusses von Hamburgern.

### *Gesundheitsverhalten und Migration*

Die Differenzen entlang von Migration und Migrationshintergrund werden für das Gebiet des Gesundheitsverhaltens in der Literatur nicht einheitlich eingeschätzt. So werden Differenzen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten zum Teil direkt mit kulturellen Differenzen in Verbindung gebracht, die – um ein prominentes Beispiel aufzugreifen – den statistisch auffälligen Anteil übergewichtiger türkischer Kinder mit den Besonderheiten einer türkisch-islamischen Kultur verknüpft. Auf der anderen Seite liegen Studien vor, die Migration und Migrationshintergrund als Erklärungsfaktor für ein gesundheitsabträgliches Verhalten mehr oder weniger vollständig negieren und entsprechende statistische Effekte an die Schichtzugehörigkeit der Gruppen rückbinden. In aller Regel liegt hier ein wenig produktiver Dualismus in den Erklärungsmodellen und sozialegpidemiologischen Studien zu Grunde. Die bislang einzige Ausnahme bildet der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, der soziale Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund nicht – wie üblich – gegeneinander ausspielt, sondern beide gesellschaftlichen Strukturierungsprinzipien gleichermaßen abbildet.

Auch die KIGGS-Studie stellt zunächst fest, dass die Gruppe der Nicht-Migranten auf einem Index für gesunde Ernährung deutlich höhere Werte aufweist als alle unterschiedlichen Migrantengruppen, wobei hier beachtliche Binnendifferenzen innerhalb der verschiedenen Migrantengruppen zu verzeichnen sind. „Insgesamt zeigen vor allem türkischstämmige und russlanddeutsche Kinder und Jugendliche ein eher ungünstigeres Ernährungsverhalten im Vergleich zu Nicht-Migrant/innen“. (RKI 2008b: 46) Die Abbildung 9 zeigt die festgestellten Ernährungsmuster nach Migrationshintergrund genauer aufgeschlüsselt.

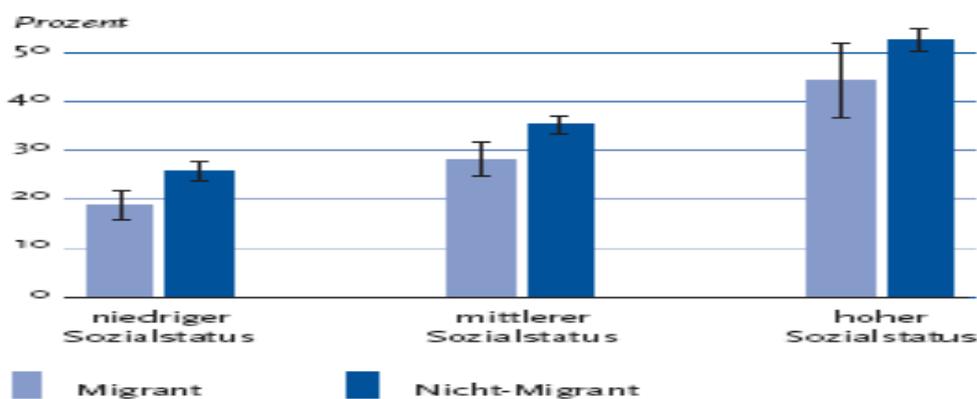
**Abbildung 10.3.3**  
**Anteil an Kindern und Jugendlichen mit günstigem bzw. ungünstigem Ernährungsmusterindex nach Herkunft (Prozent, 95 %-Konfidenzintervalle)**



*Abb. 9: Anteil an Kindern und Jugendlichen mit günstigem bzw. ungünstigem Ernährungsmusterindex nach Herkunft (RKI 2008b: 48).*

Allerdings wäre die Vorstellung falsch, dass der Migrationshintergrund der einzige Grund für eine gesundheitsabträglichere Ernährungsweise der Kinder und Jugendlichen ist. Erst die gemeinsame Betrachtung von sozialer Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund zeigt auf, dass zumindest für das Ernährungsverhalten sowohl die Schichtzugehörigkeit als auch der Migrationshintergrund eine bedeutsame Rolle spielen (vgl. Abb. 10).

**Abbildung 10.5**  
**Anteil an Migrantinnen/innen und Nicht-Migrantinnen/innen mit günstigem Ernährungsmusterindex nach Sozialstatus**



*Abb. 10: Anteil an Migrantinnen/innen und Nicht-Migrantinnen/innen mit günstigem Ernährungsmusterindex nach Sozialstatus (RKI 2008b: 49)*

Wie in der obigen Abbildung 10 zu erkennen ist, liegt der prozentuale Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die ein günstiges Ernährungsprofil aufweisen, in den jeweiligen sozialen Schichten stets hinter dem Anteil der autochthonen Gruppen. Damit hat der Migrationshintergrund offensichtlich einen bedeutsamen eigenständigen Effekt in Hinblick auf das Ernährungsverhalten. Auf der anderen Seite ist der prozentuale Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund *und* mit hohem Sozialstatus mit günstigem Ernährungsprofil *höher als* der Anteil der autochthonen Kinder und Jugendlichen mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus. Damit erweist sich das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen als in erster Linie schichtabhängig, ohne dass die Sozialschicht alle Differenzen erklären könnte. Erst die Vermittlung von sozialer Schicht und Migrationshintergrund liefert ein angemessenes Bild der sozialen Unterschiede im Gesundheitsverhalten. Diese Analyseperspektive ist – wie im empirischen Teil verdeutlicht werden wird – maßgeblich für die Herangehensweise der vorliegenden Arbeit.

Es ist unstrittig, dass Ernährungs- und Bewegungsverhalten als besonders wichtige Bestandteile des Gesundheitsverhaltens verstanden werden können. Nicht weniger unstrittig ist, dass der Bereich des Vorsorgehandelns lange Zeit zu wenig Berücksichtigung gefunden hat und auf diese Weise Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterbestimmt geblieben sind. Vorsorgehandeln lässt sich als komplementäres Spiegelbild von Ernährungs- und Bewegungspraktiken konzeptualisieren.

## **Kap. 4: Das „BEEP-Projekt“: Forschungskontext, Forschungsdesign und Datenbeschreibung einer Kita-Untersuchung**

In diesem Kapitel wird das BMBF geförderte Forschungsprojekt „BEEP“, das den empirischen Teilen dieser Dissertation maßgeblich zu Grunde liegt, kurz vorgestellt. Zunächst wird das übergreifende Forschungsdesign des empirischen Teils beschrieben. Im Anschluss daran werden die üblichen zentralen Angaben zum Stichprobenumfang, zur Stichprobenziehung, zur Darstellung der Interventions- und der Kontrollgruppen etc. zusammengestellt. Danach wird in diesem Abschnitt ausführlicher als üblich die Konstruktion der unabhängigen Variable nachgezeichnet. Die Konstruktion der unabhängigen Variable ist eine Reaktion auf die im dritten Kapitel herausgearbeitete doppelseitige Strukturierungslogik von sozialer Schicht und Migration/Migrationshintergrund. Diese Strukturierungslogik wird in dieser Arbeit in die Konstruktion einer *zweidimensionalen Variable und eine sich daraus unmittelbar ergebende zweidimensionale Auswertungsstrategie* transformiert. Dadurch sollen die wechselseitigen disziplinären blinden Flecken von Ungleichheits- und Migrationsforschung (s.u.) überwunden und im Endergebnis neue und präzisere praxisbezogene Perspektiven in der Präventionsarbeit im Rahmen von Public Health entwickelt werden.

Wie im vorherigen dritten Kapitel ausführlich gezeigt wurde, lässt sich insbesondere in der deutschen bzw. deutschsprachigen gesundheitswissenschaftlichen und sozial-epidemiologischen Forschung, aber auch in der Migrations- und Ungleichheitssoziologie eine folgenreiche Trennung zwischen Analysen des Einflusses von Schicht, Klasse oder Milieu auf der einen Seite sowie Analysen des Einflusses ethnisch-kultureller und migrationsspezifischer Differenzen auf der anderen Seite für die Ausprägung individueller Einstellungen, Mentalitäten, Lebensstile, Partnerschafts- und Erziehungsvorstellungen usw. konstatieren (vgl. als Beispiele für eine entsprechende Verkürzung Spallek & Razum 2008; Diefenbach 2008). Explizites Ziel der Kita-Untersuchung im Rahmen des BEEP Forschungsprojekts war es, den Migrationshintergrund der Eltern sensibel zu berücksichtigen, aber nicht gegen die Ressourcenausstattung auszuspielen, sondern beide strukturellen Einflussgrößen – Sozialstruktur und Ethnie/Migration (-shintergrund) – gleichermaßen zu beachten. Dieses Vorgehen stößt in der Forschungspraxis immer wieder auf Grenzen, die durch die verfügbaren Daten gesetzt sind, so auch in diesem Fall. Dort, wo die prinzipiell zu Grunde lie-

gende zweidimensionale Auswertungsstrategie der gemeinsamen Berücksichtigung von Sozialstruktur und Ethnizität/Migration durch die verfügbaren Daten eingeschränkt ist, werden die Einschränkungen offen gelegt und die Konsequenzen diskutiert. Im Folgenden soll nun das Forschungsprojekt „BEEP“ kurz präsentiert werden.

#### **4.1 Das Forschungsprojekt „Bielefelder Evaluation von Elternerziehungsprogrammen“ (BEEP)**

Das Projekt BEEP (Bielefelder Evaluation von Elternerziehungsprogrammen) wurde im Rahmen der 2. Präventionsausschreibung des Bundes im Jahr 2005 bewilligt. Das Projekt wurde von 2006 bis 2009 in der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften unter der Leitung von Klaus Hurrelmann durchgeführt.

Hintergrund des Projektes bildeten die in den letzten Jahren zunehmende Diagnose einer allgemeinen Erziehungsunsicherheit, in dessen Folge es zu einem Boom von ganz unterschiedlich angesiedelten Bemühungen kam – und dies zunehmend von privater und kommerzieller Seite – Kurse, Projekte und Programme anzubieten, die Eltern in ihren Erziehungsaufgaben unterstützen sollten.

Aus einer ungleichheitssensiblen gesundheitswissenschaftlichen Perspektive ergaben sich dabei bislang zwei Probleme. *Erstens* wurden durch die meisten präventiven Elternbildungsangebote in Kursformaten und einer „Kommstruktur“ in der Regel nur die eher wohlhabenden Eltern aus der Mittelschicht erreicht, sozial benachteiligte Eltern wurden kaum erreicht (Bauer & Bittlingmayer 2005; Tschöpe-Scheffler 2003; Fuhrer 2005). *Zweitens* entstand durch den Boom an Elternberatungsangeboten in gewisser Hinsicht ein Überangebot auf dem offenen Elternbildungsmarkt (Tschöpe-Scheffler 2005a, 2005b). Denn zum einen ist der Großteil der Kurse und Interventionen zur Elternhilfe nicht evaluiert, zum anderen ist das Spektrum an Methoden und Hintergrundkonzepten, die in der Elternbildung zum Einsatz kommen so unterschiedlich und zum Teil aus erziehungs- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive so fragwürdig (Marzinik & Kluwe 2009), dass der Informationsaufwand für Eltern, das richtige Kursangebot zu finden – falls ein subjektiver Bedarf vorliegt – als sehr hoch eingeschätzt werden muss. Ausgerechnet durch den Boom von Elternbildungskursen – so könnte man pointieren – ist die Orientierungslosigkeit und die Erziehungsunsicherheit auf Seiten der Eltern gestiegen.

In Reaktion auf die geringe Anzahl evaluierter Elternbildungskurse, sollten im Projekt BEEP drei ausgewählte universelle Elternbildungsprogramme darauf hin vergleichend evaluiert werden, inwieweit sie in der Lage sind über die Anbindung an soziale Settings bislang nicht erreichte Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen erreichen (vgl. zusammenfassend Hartung et al. 2010).

- Ein Projektteil beschäftigte sich dabei mit dem Elternbildungsprogramm STEP (Systematic Training for Effective Parenting), das Elterntrainings in Kursformaten anbietet. Da diese Kurse bislang nur von Mittelschichteltern in Anspruch genommen wurden (Marzinzik & Kluwe 2007), wurde das Programm in einigen sozialen Settings wie Kita, Schulen und der Jugend- und Familienhilfe eingebunden, um die Erreichbarkeit bestimmter sozialer Gruppen zu erhöhen (Kluwe & Trompetter 2010).
- In einem zweiten Teilprojekt ging es um die Evaluation der Elternmaterialien des Skill-Förderprogramms von Lions Quest für die Sekundarstufe I „Erwachsen werden“, also um nicht-kursförmige Elternarbeit im Setting Schule. Die Elternmaterialien werden in Form von Broschüren und Infobriefen über die Schülerinnen und Schüler an die Eltern weiter gegeben mit dem Ziel die Eltern über Fragen der Erziehung zu beraten (Hartung et al. 2009).
- In einem dritten Projektteil wurde das Elternaufklärungsprogramm „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“, das über das Setting Kindertagesstätte Eltern über die präventive Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sensibilisieren möchte, wissenschaftlich begleitet. In diesem Projektteil stand zudem die sozial ungleiche Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sowie die Elternpartizipation im Setting Kita im Vordergrund (Sahrai et al. 2009).

Allen drei Programmen ist gemeinsam, dass sie als universelle Programme nicht zielgruppenspezifisch vorgehen, sondern über die Einbindung in soziale Settings versuchen, auch sozial benachteiligte Elterngruppen zu erreichen (Hartung et al. 2010)<sup>23</sup>. Im Forschungsprojekt BEEP sollte projektübergreifend bei allen drei Programmen im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation untersucht werden, inwieweit erstens die Programme über die Anbindung in soziale Settings sozial benachteiligte tatsächlich erreichen und inwieweit zweitens die als universell geltenden Programme den Bedürfnissen und Bedarfen der Gruppe der sozial benachteiligten

---

<sup>23</sup> Der Gesamtbericht (Hartung et al. 2010) enthält die Berichte aller drei Projektteile und kann unter der Homepage [www.knp-forschung.de](http://www.knp-forschung.de) als PDF-Dokument kostenfrei heruntergeladen werden.

Eltern tatsächlich entsprechen bzw. inwieweit das Erreichen dieser Elterngruppen auf Kosten der Programmtreue gehen muss (Hartung et al. 2010).

Die hier vorliegende Dissertation ist im Rahmen des dritten Projektteils entstanden, in dem es auf der einen Seite um die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und der wissenschaftlichen Begleitung des Elternaufklärungsprogramms „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ ging und andererseits um Elternpartizipation im Setting Kita. Die in diesem Projektteil erhobenen Daten bilden die Grundlage für die in den nächsten Kapiteln dargestellten empirischen Analysen der Arbeit. Dabei wurden eine Auswahl an Daten und Variablen herausgefiltert, die für die Fragestellung der hier vorliegenden Arbeit relevant sind<sup>24</sup>. In dem Teilprojekt fanden in den Jahren 2007 und 2008 zwei Elternbefragungen in insgesamt 37 Kindergärten und Kindertagesstätten in den beiden Städten Solingen und Düsseldorf statt, die durch qualitative Interviews mit Eltern und Erzieherinnen ergänzt wurden. Im Folgenden sollen einige methodische Angaben zu Stichprobenauswahl und der Datenbasis für die empirischen Analysen vorgestellt werden.

#### *Auswahlkriterien für die Kita-Stichprobe*

Die Auswahl der Kindergärten und Kindertagesstätten, die in die Untersuchung mit einbezogen wurden, entstand nicht per Zufallsstichprobenziehung, sondern nach Kriterien, die für die Fragestellung des Projektes wichtig waren. Folgende Kriterien sind in die Auswahl der Kitas eingegangen:

- Da es im Projekt unter anderem um die Effekte des wissenschaftlich begleiteten Programms „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ ging, wurden in den beiden Städten sowohl Kindergärten ausgewählt, die an dem Programm teilnehmen, als auch solche, die nicht daran teilnehmen. Diese werden im Laufe der Studie als „Interventionsgruppe“ und „Kontrollgruppe“ bezeichnet.
- Die Kindergärten und Kindertagesstätten wurden zudem so ausgewählt, dass alle Träger vertreten sind (kirchlich, kommunal und privat), um die Stichprobe nicht durch die selektive Auswahl bestimmter Träger zu verzerren.
- Damit genügend Fälle aus allen sozialen Gruppen in die Untersuchung eingehen, wurden die Kitas ebenfalls nach Stadtteilen und Sozialräumen differenziert. Für die Stadt Düsseldorf wurde im Jahr 2005 ein Stadtplan mit einer sozialräumlichen Gliederung erstellt (Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf 2005), der die Stadt-

---

<sup>24</sup> Für eine ausführliche Präsentation der Ergebnisse s. Sahrai et al. 2009; Hartung et al. 2010.

bezirke in Sozialräume unterteilt und diese mit fünf Bedarfsstufen der vermuteten sozialen Unterstützung (kein Bedarf, niedriger Bedarf, mittlerer Bedarf, hoher Bedarf, sehr hoher Bedarf) versehen hat. Ebenfalls wurden in der genannten Studie alle Kindergärten und Kindertagesstätten der Stadt nach diesen fünf Bedarfsstufen aufgelistet, sodass in diesem Fall von einer sehr genauen Stichprobe ausgegangen werden kann. Für die Stadt Solingen lagen solche detaillierten Informationen nicht vor. Hier wurden die Kitas nach den Stadtteilen, die ebenfalls Aufschluss über die sozialstrukturellen Merkmale der Bewohner geben, ausgesucht (Stadt Solingen 2005).

### *Datenbasis*

- *Quantitative Erhebung:* Die quantitative Befragung fand zu zwei Messzeitpunkten in denselben Einrichtungen statt. Fünf Kindergärten haben bei der zweiten Befragung nicht mehr an der Befragung teilnehmen können, die anderen Kitas haben an beiden Befragungen teilgenommen.<sup>25</sup> In der ersten Welle haben insgesamt 781 Eltern geantwortet, nach Bereinigung der Daten und der Bildung einer Schicht- und Migrationsvariable<sup>26</sup> besteht der Datensatz der ersten Welle aus N=635 Fällen. In der zweiten Welle der Befragung, an der insgesamt 32 Kitas teilgenommen haben, haben insgesamt 548 Eltern die Fragebögen beantwortet, nach Bereinigung und der Erstellung einer Schicht- und Migrationsvariable bleiben hier insgesamt N=435 Fälle für weitere Auswertungen übrig. Diese beiden Datensätze bilden die Basis für die weiteren Berechnungen der Untersuchungen und den Hauptteil der empirischen Ergebnisse. Der Rücklauf lag bei beiden Befragungen bei ca. 50,0% und kann für den Bereich Kita als durchaus akzeptabel angesehen werden.
- *Qualitative Erhebung:* Ergänzend wurden 24 qualitative Interviews mit Eltern aus ausgewählten Kindertagesstätten, 12 Experteninterviews mit Kitaleitungen sowie Feldbeobachtungen in ausgewählten Kitas und bei den Programmanbietern durchgeführt. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews werden in dieser Dissertation nicht systematisch und inhaltsanalytisch ausgewertet, fließen aber als wichtige Informationen in die Studie mit ein.

---

<sup>25</sup> Dabei haben vier der fünf abgesprungenen Kitas Zeitmangel angegeben, der durch die Einführung des KiBiZ-Gesetzes verursacht wurde. In einem Fall hat sich die Kita aufgelöst.

<sup>26</sup> Die meisten Ausfälle sind auf die nicht vollständigen Angaben zum Einkommen oder zur Berufsbildung zurückzuführen (s. auch unten Abschnitt zur Operationalisierung).

## 4.2 Operationalisierung der unabhängigen Variablen

Wie mehrmals in dieser Studie bereits erwähnt, sind zu der Gruppe, auf die die Diagnose des Präventionsdilemmas vorrangig zutrifft, neben (oder unter) ganz allgemein sozial benachteiligten Gruppen, vor allem auch die Migranten zu zählen (RKI 2008a, 2008b; Bauer 2005; Geiger & Razum 2006). Diese sollen in der vorliegenden Studie im Fokus der empirischen Untersuchungen stehen.

Für eine zielgruppenspezifische Präventionsarbeit ist die genaue Bestimmung der Zielgruppen eine notwendige Bedingung, um Maßnahmen und Initiativen den Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen anzupassen (Richter & Hurrelmann 2006b; Armbruster 2009; Wright 2009). Doch ist es in empirischen Analysen, aber auch in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung nicht immer einfach zu klären, wie die Zielgruppen zu bestimmen sind, deren Bedürfnisse in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung dann gemessen und in zukünftigen präventiven Projekten oder politischen Maßnahmen berücksichtigt werden sollen. In der hier vorliegenden Studie steht die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund im Fokus der Untersuchungen. Allerdings ist für eine empirische Untersuchung zunächst überhaupt nicht klar, wie diese Gruppe, die ganz allgemein als „Migranten“ oder Menschen mit Migrationshintergrund oder Ausländer bezeichnet wird, bestimmt werden soll. Diese Schwierigkeit wurde in den Ausführungen in den Kapiteln 3.1 und 3.2 problematisiert. Eine weitere Schwierigkeit bei der Bestimmung der Zielgruppe der Migranten ergibt sich dadurch, dass auch diese Teil der deutschen Sozialstruktur sind und *gleichzeitig* einen sozioökonomischen Status haben, d. h. also auch in dieser Hinsicht in unterschiedlichem Maße von sozialen Ungleichheiten betroffen sind. Die theoretische Bestimmung dieses Aspekts erfolgte im Kapitel 3.3. In den nun folgenden empirischen Kapiteln der Arbeit dienen die im Kapitel 3 theoretischen Überlegungen als Heuristik für die Operationalisierung der zu untersuchenden Gruppen.

Da zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten dem sozialen Status eine gewichtige Rolle zukommt, wird dieser also – neben Migration – als weiterer erklärender Faktor in der Analyse herangezogen, denn auch in dieser Studie wird davon ausgegangen, dass soziale Benachteiligung einen eigenständigen Faktor gesundheitlicher Ungleichheit bildet, und zwar auch bei Migranten. Somit werden hier die Faktoren Migration und soziale Schicht nicht, wie in den meisten Studien zur Erklärung von gesundheitlichen, aber auch allgemeinen Ungleichheiten üblich, gegeneinander aus-

gespielt, sondern werden als analytisch unabhängige, jedoch empirisch vermittelte Dimensionen behandelt.

Das folgende Untersuchungsraaster veranschaulicht die beiden erklärenden Dimensionen und bildet die Operationalisierungslogik der folgenden empirischen Analysen ab<sup>27</sup>:

Unabhängige Var. ↓/→	Untere soziale Schicht	Mittlere soziale Schicht	Obere soziale Schicht
Kein Migrationshintergrund/ autochthone Gruppe			
Migrationshintergrund			

*Tab. 5: Untersuchungsraaster gesundheitlicher Ungleichheit bei Migrantengruppen gegenüber autochthonen Gruppen*

#### *Die Differenzierung nach Schicht und Migration und ihre Kombination*

Anhand der in der Tabelle 5 dargestellten theoretischen Überlegungen wurden in der ersten und zweiten Befragungswelle die soziodemographischen Informationen der Eltern ermittelt. Auf der Grundlage wurden sechs unterschiedliche soziale Gruppen gebildet, die sich jeweils nach Schicht und Migrationshintergrund unterscheiden lassen. In den folgenden Abschnitten soll die Konstruktion der Schichtvariable und der Migrationsvariable genauer dargestellt werden.

#### *Konstruktion der Schichtvariable*

Für die Bildung eines Schichtindex (s. Tab. 6) wurden das Haushaltsnettoeinkommen, der höchste allgemein bildende Schulabschluss der Befragten und des Partners sowie der höchste berufliche Abschluss der Befragten und des Partners herangezogen. Der Entscheidung, den Schichtindex auf Haushaltsebene und nicht auf der Personen-Ebene zu bilden, lag die Überlegung zu Grunde, dass 91,6% der Befragten Frauen waren, der sozioökonomische Status eines Haushaltes in der BRD jedoch noch immer primär von Männern bestimmt wird. Der Schichtindex wurde also anhand folgender Angaben konstruiert:

- Haushaltsnettoeinkommen
- Höchster allgemein bildender Schulabschluss der Befragten

<sup>27</sup> Die Strukturvariable Gender wird in dieser Studie zunächst nicht gesondert berücksichtigt, weil über 90,0 % der Fragebögen von Frauen ausgefüllt wurde. Einzelne genderspezifische Ergebnisse werden jedoch im Laufe der Studie präsentiert.

- Höchster allgemein bildender Schulabschluss des Partners
- Höchster beruflicher Abschluss der Befragten
- Höchster beruflicher Abschluss des Partners.

Auf der Grundlage der Höhe des Einkommens, der schulischen und beruflichen Abschlüsse der Befragten und der Partner wurde ein ungewichteter Summenindex, der so genannte Winkler-Index gebildet. Dabei kann der Summenindex Werte zwischen 3 bis 11 annehmen. Der Wertebereich 3 bis 5 wurde der Unterschicht, der Wertebereich 6 bis 9 der Mittelschicht und die Werte 10 und 11 der Oberschicht zugeordnet.<sup>28</sup> Dieser Vorgang wurde für beide Erhebungswellen durchgeführt, sodass für beide Wellen Angaben zu den sozioökonomischen Angaben der befragten Personen zur Verfügung stehen.

Die Verteilungen beider Erhebungswellen weisen nur geringfügige Unterschiede auf. Dabei befinden sich in der ersten Welle 28,7% der Befragten in der Oberschicht, 52,4% lassen sich der Mittelschicht zuordnen und 18,9% aus der Unterschicht. In der zweiten Welle sind von denjenigen Personen, die an der Befragung teilgenommen haben, 24,4% in der Oberschicht, 54,5% in der Mittelschicht und 21,1% in der Unterschicht (s. Tab. 6). Die geringfügigen Unterschiede zwischen der ersten und der zweiten Welle sind dabei nicht signifikant.

	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
1. Welle (N=635)	18,9%	52,4%	28,7%
2. Welle (N=435)	21,1%	54,5%	24,4%

*Tab. 6: Verteilung nach sozialen Schichten*

Verglichen mit anderen Mehrfachbefragungen positiv hervorzuheben ist, dass die Anzahl der befragten Eltern, die nach unserem Schichtindex zur Unterschicht gehören, kaum schwankt. Der Effekt einer zunehmenden Selektivität der Stichprobe in Abhängigkeit von mehrfachen Befragungen ist in unserer Studie also nicht gegeben.

<sup>28</sup> Der Wert 1 steht für ein monatliches Haushaltseinkommen unter 1.500.-€, der Wert 2 für ein Einkommen zwischen 1.500.-€ und 2.500.-€, der Wert 3 für ein Einkommen zwischen 2.500.-€ und 4.000.-€ und der Wert 4 schließlich für ein monatliches Einkommen über 4.000.-€. Bei den Bildungsabschlüssen steht der Wert 1 für keinen oder maximal Hauptschulabschluss, der Wert 2 für einen mittleren Abschluss und der Wert 3 für das (Fach-)Abitur. Bei den beruflichen Abschlüssen steht der Wert 1 für keinen beruflichen Abschluss, der Wert 2 für eine betriebliche Ausbildung, der Wert 3 für eine schulisch-technische Ausbildung und der Wert 4 für ein (Fach-)Hochschulstudium.

Es ist davon auszugehen, dass die Stichprobe bei weiteren Erhebungswellen ähnliche Verzerrungen wie sonst üblich aufweisen dürfte.

*Konstruktion der Variable Migrationshintergrund*

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Annahme, dass die kulturellen und sozialen Effekte einer Migration auch nach mehreren Generationen und auch nach einer Einbürgerung weiter bestehen, wird in dieser Studie nicht nur nach der Nationalität oder dem Geburtsland der Befragten, sondern auch nach dem Migrationshintergrund gefragt. Die Konstruktion der Variable Migrationshintergrund erfolgte in Anlehnung an die PISA Studie und dem Mikrozensus aus dem Jahr 2005. Das Minimal Kriterium für einen Migrationshintergrund ist demnach, dass mindestens ein Elternteil der befragten Eltern im Ausland geboren wurde. Da für das kulturelle Klima der Familie beide Eltern ausschlaggebend sind, wurde ebenfalls nach dem Migrationshintergrund des Partners gefragt. In der Befragung wurde entsprechend folgendes erfasst:

- Eigener Geburtsort
- Geburtsort des Partners
- Geburtsort/e der eigenen Eltern
- Geburtsort/e der Eltern des Partners.

Der Migrationshintergrund wird also genau so wie der Schichtindex als Variable konzeptionalisiert, die auf die Haushaltsebene bezogen ist.

	Ohne Migrationshintergrund / autochthone Gruppe	Mit Migrationshintergrund
1. Welle	64,9%	35,1%
2. Welle	66,4%	33,6%

*Tab. 7: Anteil der Befragten mit und ohne Migrationshintergrund 1. und 2. Welle*

Nach der Konstruktion der entsprechenden Variable weisen in der 1. Welle demnach 64,9% keinen und 35,1% der Befragten einen Migrationshintergrund auf. In der 2. Welle beträgt der Anteil der Eltern ohne Migrationshintergrund 66,4% und derer mit Migrationshintergrund 33,6% (s. Tab. 7). Diese Verteilungen korrespondieren sehr gut mit Vergleichswerten für Solingen und Düsseldorf. So liegt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2008 in Solingen bei 32,4% (Rheinische

Post 2009). Nach Angaben der BAMF unter Verweis auf Mikrozensusdaten aus dem Jahr 2005 beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Düsseldorf vergleichbare 32,2% (Rühl 2009: 29). Vor dem Hintergrund dieser Vergleichszahlen lässt sich die Stichprobe im Hinblick auf den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Düsseldorf und Solingen so einschätzen, dass kaum Verzerrungen und Selektivitäten vorhanden sind.

Wird der Migrationshintergrund nochmals differenziert, so lässt sich die vorherige Variable „Migrationshintergrund“ der Abbildung 1 nochmals aufteilen in Personen, bei denen ein Elternteil im Ausland geboren ist (7,1%), Personen, deren beide Elternteile im Ausland geboren sind (6,8%) und Personen, bei denen sowohl deren Eltern als auch sie selbst im Ausland geboren sind (21,3%). Es zeigt sich, dass der größte Teil der in dieser Studie befragten Teilnehmer mit Migrationshintergrund selbst Migrationserfahrung aufweist. Aus Forschungspragmatischen Gründen wird aber die differenzierte Betrachtung nur bei Ausnahmefällen berücksichtigt, da der größte Teil der Berechnungen in dieser Studie den Migrationshintergrund der Befragten zu Grunde legen.

Auch wenn für die weiteren Auswertungsschritte eine Variable für Menschen mit Migrationshintergrund gebildet wurde, muss vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus dem dritten Kapitel in Rechnung gestellt werden, dass es sich nach wie vor um eine recht heterogene Gruppe handeln kann. Entsprechend vorsichtig sollten im weiteren Verlauf die gruppenbezogenen Analysen interpretiert werden, um nicht der Gefahr der Essentialisierung statistischer Konstrukte zu erliegen. Dennoch verweist ein Migrationshintergrund auf mögliche kulturelle Differenzen, deren Leugnung ebenso wenig der Komplexität und Multidimensionalität moderner Gesellschaft gerecht wird. Das beabsichtigte Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung lässt sich so charakterisieren, dass die Gefahr von Homogenisierungen heterogener Gruppen reflexiv gehalten wird.

#### *Die Kombination der Variablen Schicht und Migration*

Wie oben bereits erwähnt, gehen für die hier vorliegende Studie sowohl die Schichtzugehörigkeit als auch der Migrationshintergrund als unabhängige Variablen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten in die weiteren Berechnungen im Bereich Vorsorge und Elternarbeit ein.

Tabelle 8 bildet die Verteilung der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund nach den unterschiedlichen sozialen Schichten ab. Dabei bezieht sich der jeweilige erste Wert auf den Anteil an der Gesamtstichprobe, der Wert nach dem Trennstrich auf den jeweiligen relationalen Anteil der Unterstichprobe der autochthonen (N=412) bzw. Migrationsbevölkerung (N=223).

	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Gesamt
Kein Migrationshintergrund/ autochthone Gruppe	15,0%	50,0%	35,0%	100,0% N=412
Migrationshintergrund	26,0%	57,0%	17,0%	100,0% N=223

Tab. 8: Migration und Schicht 1. Welle, Gesamt N=635; Reihenprozent<sup>29</sup>

Anhand dieser kombinierten Schicht- und Migrationsvariable zeigt sich, dass Migranten im Durchschnitt einen schlechteren sozioökonomischen Status aufweisen. So verteilen sich Migranten prozentual häufiger in den unteren Schichten und entsprechend seltener in den oberen Schichten. Das bedeutet, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein relational höheres Risiko aufweisen, in die Unterschicht eingruppiert zu werden und insofern das Motiv einer relationalen ethnischen Unterschichtung sich auf diesen Datensatz niederschlägt (vgl. oben Kap. 3.3). Das bedeutet aber auch, dass die Mehrheit der Haushalte mit Migrationshintergrund nicht in der unteren, sondern in der Mittelschicht und ein geringer Anteil in der Oberschicht zu finden ist. Diese Verteilung fügt sich gut in die Logik des Sozialstrukturmodells von Rainer Geißlers (2002; siehe oben Kap. 3.3) ein, das eine überproportionale Armutsbevölkerung innerhalb der Ausländerpopulation konstatiert hatte, aber eine große Anzahl der ausländischen Bevölkerung in mittleren Lagen positionierte. Durch erheblich größere Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber der Ausländerbevölkerung ist die schichtspezifische Streuung entsprechend größer als im Geißlermodell.

Diese sechs sozialen Gruppen werden die Grundlage und die Auswertungslogik bilden, mit denen weitere Berechnungen in den nächsten beiden Kapitel vorgenommen werden.

<sup>29</sup> Da es nur wenig bis kaum Differenzen in der Verteilung nach Schicht und Migration zwischen der ersten und zweiten Erhebungswelle gibt, werden an dieser Stelle aufgrund der Überschaubarkeit nur die Werte für die erste Welle aufgeführt.

### *Die Logik der zweidimensionalen Auswertungen*

Wie weiter oben schon kurz angedeutet, lassen sich drei zentrale Strukturierungsprinzipien gesellschaftlicher Hierarchisierung benennen: Soziale Schicht, Klasse oder Milieus, ethnische Herkunft und Zugehörigkeit und Geschlechtszugehörigkeit. In der vorliegenden Arbeit wird auf eine dreidimensionale Analyse deshalb verzichtet, weil zum größten Teil Frauen den Fragebogen beantwortet haben.

Knapp über 90,0% der Befragten sind sowohl in der ersten als auch in der zweiten Welle weiblich. Dies liegt nicht zuletzt an noch relativ traditionellen Rollenverteilungen in der Bundesrepublik, nach denen sich Mütter überwiegend um häusliche und kindbezogene Angelegenheiten kümmern und Väter tendenziell häufiger außerhalb häuslich arbeiten, um das Einkommen der Familie zu sichern. Solche geschlechtsspezifischen Antwortverhaltensmuster sind aus der empirischen Schulforschung, in denen Elternbefragungen durchgeführt werden, gut bekannt (vgl. Kähnert 2002; Bauer et al. 2004; Bittlingmayer et al. 2006; Hartung & Bittlingmayer 2009).

Wenn man von der Geschlechtszugehörigkeit als unabhängige Variable wegen des selektiven Antwortverhaltens absehen muss, dann stehen die beiden anderen Dimensionen Sozialschicht und Migration/ Migrationshintergrund im Vordergrund. Mit den hier beschriebenen analytischen Hintergrundvariablen v. a. des Migrationsstatus und der sozialstrukturellen Position des Haushalts sind in Anlehnung an die theoretischen Überlegungen im Kapitel 3 die beiden entscheidenden Variablen beschrieben, mit denen das oben dargestellte zweidimensionale Vier-Felder-Schema empirisch überprüft werden kann. Insbesondere die Ausgangsdiagnose des Präventionsdilemmas soll im Verlauf der weiteren Analysen und Untersuchungen daraufhin überprüft werden, ob und wenn ja, in welchen Bereichen sich ein ethnizitäts- bzw. migrationspezifisches Präventionsdilemma in den konkreten präventiven Feldern Vorsorgeuntersuchungen und Elternarbeit erkennen lässt und wie sich diese mit dem Faktor der sozialen Schichtzugehörigkeit verhalten. Die Zweidimensionalität des Verhältnisses zwischen sozialstruktureller Position einerseits und Ethnizität bzw. Migration andererseits wird als Bezugsrahmen hinter die empirischen Analysen gelegt. So wird überprüft, ob die Teilnahme an und die Einschätzung von den U-Untersuchungen, die Wahrnehmung des Elternaufklärungsprogramms „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“, oder schließlich die Erwartungen, die Eltern mit der Kita verbinden schicht- und/oder migrationspezifisch variieren.

## **Kap. 5: Sozioökonomische und soziokulturelle Varianzen im Umgang mit den Vorsorgeuntersuchungen U7-U9**

Dieses Kapitel liefert in einem ersten Schritt Analysen zu den sozioökonomischen und soziokulturellen Differenzen in der elterlichen Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen. Dabei wird zunächst der Forschungsstand umfassend abgebildet (5.1) und anschließend Befunde aus der eigenen empirischen Erhebung in Düsseldorfer und Solinger Kitas präsentiert (5.2). Untersucht werden ebenfalls Unterschiede in den elterlichen Erfahrungen mit den Vorsorgeuntersuchungen sowie die Einschätzungen von deren Sinnhaftigkeit für die kindliche Gesundheit. Schließlich wird im dritten Abschnitt das Elternaufklärungsprogramm U-Boot von der AOK Rheinland-Hamburg insbesondere daraufhin untersucht, ob durch eine Settinganbindung das Präventionsdilemma zumindest partiell überwunden werden kann und schwer erreichbare Elterngruppen angesprochen werden können.

### **5.1 Primär- und Sekundärprävention bei Kindern: Die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9**

Im Laufe der letzten Jahrzehnte konnte die Säuglings- und Kindersterblichkeit in den fortgeschrittenen Industrieländern auf ein historisch niedriges Niveau gesenkt werden. Aufgrund verbesserter allgemeiner Lebensbedingungen und des medizinisch-technischen Fortschritts – z. B. Impfungen – können akute Infektionskrankheiten oder viele angeborene Krankheiten zu einem großen Teil bekämpft werden und haben für die Mortalität und Morbidität von Säuglingen und Kindern inzwischen nur noch in sehr wenigen Fällen eine Bedeutung.

Trotz dieser historisch beispiellos geringen Kindersterblichkeit kann von einem zufrieden stellenden gesundheitlichen Zustand von Kindern und Jugendlichen nicht die Rede sein. Denn anstelle der Infektionskrankheiten, nimmt in den letzten Jahren und Jahrzehnten vor allem in den fortgeschrittenen Industrieländern wie Deutschland die Anzahl von chronischen Erkrankungen, von Allergien und psychischen Störungen zu. In der Epidemiologie werden diese sehr breiten Erkrankungen als „Neue Morbi-

dität“ bezeichnet (RKI 2008a, RKI 2008b; Hurrelmann 2006b; Richter 2005; Mielck 2005; Mielck & Helmert 2006; Richter & Hurrelmann 2006a).

### *Die neue Morbidität und die wachsende Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder*

Diese neue Morbidität gilt speziell auch für Kinder: Sie sind von diesen neuen Formen von Krankheiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. Gesundheitsrisiken stark betroffen. Als gesundheitsgefährdend und gesundheitsriskant besonders für Kinder gelten heute insbesondere chronische Erkrankungen, Allergien, psychische Beeinträchtigungen, Übergewicht, Defizite in der motorischen Entwicklung, Koordinationsstörungen, Hör- und Sehstörungen, verzögerter Spracherwerb, Konzentrationsschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten und Aggressivität (vgl. Kliche et al. 2008: 16; RKI 2008b).

Die genannten Krankheiten und Gesundheitsrisiken lassen erkennen, dass auch für Kinder ähnlich wie für Erwachsene die Ursachen dieser neuen Krankheiten nicht so sehr auf biologische oder genetisch vererbare Faktoren zurückzuführen sind, sondern vielmehr die Umwelt- und die Sozialisationsbedingungen sowie das gesundheitliche Verhalten als zentrale Verursachungsfaktoren genannt werden können. Übergewicht ist z. B. in der Regel keine angeborene Krankheit, sondern in der Form, wie sie heute vermehrt bei Kindern und Jugendlichen auftritt, als Folge ungesunder Ernährung und mangelnder Bewegung anzusehen.

Vor diesem Hintergrund nimmt ebenfalls die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gegensatz zur Therapie für die Bekämpfung und Verringerung der oben genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen stark zu (Hurrelmann et al. 2006).

Dabei können Prävention und Gesundheitsförderung an ganz unterschiedlichen Stellen und Ebenen ansetzen. Gesundheitsförderung z. B. wie sie von der WHO definiert wird, geht weit über Verhinderung von Krankheiten hinaus. Sie formuliert Bedingungen und Forderungen, die keinen geringeren Anspruch haben, als die Gesellschaft in einer Form zu gestalten, die allen Menschen die Möglichkeit eröffnet, gesund zu leben und sich frei zu entfalten (WHO 2006; Schnabel 2008; Hurrelmann 2006b; Kolip & Altgeld 2007). Bei der Prävention geht es darum möglichst früh Krankheiten zu erkennen und vorzubeugen. Dabei werden drei Formen unterschieden: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Während Primärprävention darauf

abzielt, „schon im Vorfeld einer Krankheitsentwicklung allen bekannten Risikofaktoren entgegenzutreten, um das Auftreten einer Krankheit möglichst zu vermeiden [...]“, richtet sich die sekundäre Prävention darauf, „die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der Ausbreitung und der Dauer einer bereits eingetretenen Gesundheitsstörung oder Krankheit zu reduzieren“ (Hurrelmann 2006b: 148/149). Bei der Tertiärprävention hingegen geht es darum, „die mit einer Krankheit einhergehenden Funktionseinschränkungen und Begleitkrankheiten zu reduzieren.“ (ebda: 149).

Gerade im Kindesalter sind präventive Maßnahmen besonders wichtig, denn je früher Krankheiten erkannt und behoben werden, desto nachhaltiger sind auch die positiven Wirkungen. Als eine besonders wichtige präventive Maßnahme für Kinder gelten die Vorsorgeuntersuchungen – auch U-Untersuchungen genannt – für Kinder, die den Gegenstand des hier vorliegenden Kapitels bilden.

In einem ersten Unterkapitel werden die Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt und ihre präventive Bedeutung für die gesunde Entwicklung von Kindern diskutiert (5.1.1). Zudem werden nach unterschiedlichen sozialen und demographischen Kriterien die Teilnahmeraten an den Untersuchungen am Beispiel einzelner Regionen und auf der Grundlage der für die Bundesrepublik repräsentativen Daten der KIGGS-Studie<sup>30</sup> präsentiert (5.1.2). In einem letzten Abschnitt werden dann gesundheitswissenschaftliche Erklärungsversuche für die unterschiedlichen Teilnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen diskutiert (5.1.3).

### **5.1.1 Die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 und ihre präventive Bedeutung**

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1-U9), die den Gegenstand dieses Kapitels bilden, können in erster Linie als eine sekundärpräventive Maßnahme verstanden werden. In diesen Untersuchungen stehen vor allem die körperlichen Funktionen im Vordergrund (RKI & BZgA 2008). Physische und neurologische Störungen sowie Fehlentwicklungen sollen möglichst früh erkannt und therapiert werden (Bergmann & Bergmann 2007). Die Vorsorgeuntersuchungen haben aber gleichzeitig eine primärpräventive Funktion, denn die Beratung der Eltern in Bezug auf Fragen der allgemeinen Gesundheit, Ernährung, der kindlichen Entwicklung bis hin zu Fragen der Erziehung sind ebenfalls Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen. Die inhaltliche Ausgestaltung der Vorsorgeuntersuchungen obliegt der Kinderärzteschaft, organisatorische und ökonomische Belange hingegen liegen in der Verantwortung

---

<sup>30</sup> Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

der Kassenärztlichen Vereinigung (Bergmann & Bergmann 2007). Für Kinder sind die Vorsorgeuntersuchungen in der Bundesrepublik kostenfrei und werden von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen (RKI & BZgA 2008), auch wenn das Angebot nur dann gilt, wenn sie innerhalb der vorgegebenen Zeitspanne (s. Tab. 9) von den Eltern in Anspruch genommen werden.

<b>Untersuchung</b>	<b>Zeitraum</b>
U1	(nach der Geburt)
U2	(3.-10. Lebenstag)
U3	(4.-6. Lebenswoche)
U4	(3.-4. Lebensmonat)
U5	(6.-7. Lebensmonat)
U6	(10.-12. Lebensmonat)
U7	(21-24. Lebensmonat)
U7a	(34.-36. Lebensmonat) (neu)
U8	(46.-48. Lebensmonat)
U9	(60.-64. Lebensmonat)
Schuleingangsuntersuchung	Vor dem Schulantritt

*Tab 9: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (BZgA 2008)*

#### *Die Inhalte von U1-U9*

Die ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen U1 und U2 erfolgen meist direkt in der Geburtsklinik, während die U3 bis U9 größtenteils von niedergelassenen Kinderärzten durchgeführt werden (RKI & BZgA 2008). In den Richtlinien zur Früherkennung des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Inhalte der U-Untersuchungen genau festgelegt. In den ersten Untersuchungen stehen dabei die körperliche und organische Entwicklung des Kindes im Vordergrund. So werden in der U1 z. B. alle lebenswichtigen Funktionen des Körpers untersucht, in der U2 werden alle körperlichen Organe und die Sinnesorgane vollständig einer ärztlichen Untersuchung unterzogen (RKI &

BZgA 2008). Ähnlich verlaufen die U3 bis U6, in denen die körperliche Entwicklung des Kindes beobachtet und dokumentiert wird und die Körper- und Sinnesorgane regelmäßig in Bezug auf ihre Funktionsfähigkeit untersucht werden (z. B. Bauch- und Brustorgane, Motorik und Nervensystem und die Sinnesorgane) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2009). Zusätzlich bekommen Eltern in diesen Untersuchungen Hinweise zu Ernährung und Mund- bzw. Zahnpflege (ebda: 5ff.). Neben den körperlichen Untersuchungen ist auch in diesen Untersuchungen die allgemeine und kognitive Entwicklung Teil der Untersuchungen.

Ab der U7 stehen neben den organischen Untersuchungen stärker die sprachliche Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten und das Sozialverhalten im Vordergrund. So sind in der U7 die Schwerpunkte Sprechen und Verstehen oder „mögliche Schwierigkeiten im Verhalten“ (BZgA 2008: 7). Auch in der U8 und U9 steht neben den organischen Untersuchungen im Vordergrund, ob das Kind sich sprachlich altersgemäß entwickelt, ob es ganze Sätze bilden kann, ob es stottert etc.. Ferner werden hier Verhaltensauffälligkeiten berücksichtigt, wobei die Definition dessen, was verhaltensauffällig sein soll, nicht eindeutig gegeben ist. Als Beispiele werden etwa Schwierigkeiten bei Kontakten zu anderen oder unkonzentriertes Spielen genannt (BZgA 2008; Gemeinsamer Bundesausschuss 2009). Die Vorsorgeuntersuchung U7a, die erst vor kurzem eingeführt wurde, hebt dabei am stärksten auf die Aspekte von Verhalten und sprachliche Fähigkeiten ab (Straßburg 2009. In der Begründung des Gemeinsamen Bundesausschusses (2008) für die Neueinführung der U7a wird auf die besondere gesundheitliche Problemlage von Kindern hingewiesen. Neben Übergewicht wird hier vor allem auf Sprachentwicklungsstörungen und auf „funktionale und sozial-emotionale Entwicklungsstörungen“ verwiesen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008: 4). Ein weiterer Grund für die Neueinführung ist die bislang sehr große Zeitspanne von zwei Jahren zwischen der U7 und U8, und dass diese Zeit (Kinder im Alter von ca. drei bis fünf Jahren) eine sehr wichtige Periode in der Entwicklung eines Kindes darstellt (Keller 1976: 40-73; Piaget 1995, 1996; Hurrelmann 2002; Schneewind 2006; Keller & Malti 2006; Leipold & Greve 2006: 401-404; Tietze 2008. Die U8 und die U9 sollen zudem schon einen Blick auf die Schulfähigkeit des Kindes haben.

Vor dem Schuleintritt werden Kinder im entsprechenden Alter in den Schuleingangsuntersuchungen einem gesundheitlichen Check-up unterzogen. Diese finden nicht – wie bei den U-Untersuchungen – bei den Kinderärzten statt, sondern bei den

zuständigen Gesundheitsämtern. Im Gegensatz zu den U-Untersuchungen nehmen an den Schuleingangsuntersuchungen alle Kinder teil, weil diese Untersuchung an die Schulpflicht gebunden ist.

### *Die präventive Bedeutung der U-Untersuchungen*

Die präventive Bedeutung in Bezug auf die Wirksamkeit der Vorsorgeuntersuchungen ist nicht eindeutig empirisch belegt. So gibt es z. B. kaum kontrollierte Studien darüber, die empirisch beweisen können, dass Kinder, die an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, eine bessere Gesundheit aufweisen, als Kinder, die nicht an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben. Vielmehr liegt den Untersuchungen die Annahme zu Grunde, dass durch eine vorsorgliche Untersuchung und ein Check-up im Kleinkindalter Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und behandelt werden können.

Gerade für die Sekundärprävention ist die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen kaum zu überschätzen. Kinder – unabhängig von ihrer sozialen Herkunft und ihren materiellen Ressourcen – vom 1. Geburtstag an bis zu ihrem Schuleintritt regelmäßig zu untersuchen, um evtl. Krankheiten frühzeitig zu identifizieren und zu beheben, kann als ein großer zivilisatorischer Fortschritt angesehen werden. Zudem ist die Annahme, dass der starke Rückgang in der Säuglings- und Kindersterblichkeit und vor allem im Bereich der Reduzierung und Behandlung von Infektionskrankheiten und Erbkrankheiten bei Kindern, auch auf solche Maßnahmen zurückzuführen ist, auch ohne unmittelbare empirische Beweise mehr als nachvollziehbar.

Gewisse positive Effekte der Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf die Prävalenz bestimmter Krankheiten zeigt eine Studie des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales (2005) auf. Dabei konnte festgestellt werden, dass Entwicklungsverzögerungen in einem höheren Ausmaß bei Kindern vorzufinden waren, die keinen vollständigen Vorsorgestatus (d. h. alle U-Untersuchungen) hatten oder bei Kindern, die kein Vorsorgebuch vorlegten (vgl. Tab. 10). Besonders für den Bereich der Defizite in der kognitiven Entwicklung lassen sich hier Unterschiede feststellen. Während bei Kindern, die ein vollständiges Vorsorgeheft vorweisen konnten in 5,6% der Fälle kognitive Defizite diagnostiziert wurden, ist dieser Wert bei den Kindern mit einem unvollständigen Vorsorgeheft 12,0% und bei den Kindern, die kein Vorsorgeheft vorzeigen konnten gar 13,7%. Diese Zahlen sollten jedoch auch nicht überinterpretiert werden, denn von dem Nichtvorhandensein des Vorsorgebuches kann nicht kau-

sal auf fehlende Vorsorgeuntersuchungen geschlossen werden. Ebenso wenig kann ein kausaler Zusammenhang zwischen einem Nichtbesuch der Vorsorgeuntersuchungen auf kognitive Defizite bei Kindern geschlossen werden.

Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung und festgestellte Entwicklungsrückstände	Vorsorge vollständig	Vorsorge unvollständig	Kein Vorsorgebuch
Defizit sprachliche Entwicklung	24,4%	30,4%	27,4%
Defizit kognitive Entwicklung	5,6%	12,0%	13,7%
Defizit motorische Entwicklung	17,9%	23,0%	19,2%
Defizit visumotorische Entwicklung	9%	16,5%	15,7%

Tab. 10: Vorsorgeuntersuchungen und Entwicklungsverzögerungen (Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales 2005: 23)

Nichtsdestotrotz kann davon ausgegangen werden, dass durch die Teilnahme an den vorhandenen Vorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit besteht, dass frühzeitig gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Auffälligkeiten erkannt und entsprechend zeitnah medizinische Maßnahmen eingeleitet werden können. Daher können früh erkannte Beeinträchtigungen oftmals verringert oder auch vermieden werden, so dass sich daraus keine oder weniger ernsthafte gesundheitliche Konsequenzen ergeben.

Im nun folgenden Abschnitt sollen einige regionale und bundesweite Studien vorgestellt werden, die die Teilnehmeraten an den U-Untersuchungen erhoben haben. Das Ziel ist, den Stand der Forschung im Bereich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen darzulegen und zu schauen, ob Differenzen im Zeitverlauf bzw. unter den unterschiedlichen sozialen Gruppen in der Inanspruchnahme festzustellen sind.

### **5.1.2 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern: Ein Überblick**

Vorab kann angemerkt werden, dass die Akzeptanz und die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sehr groß ist. Ebenfalls ist die Zahl der Teilnehmeraten in den letzten Jahren stets gestiegen (RKI & BZgA 2008). Obwohl die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder kostenfrei sind, sinkt jedoch die Teilnehmerate mit zunehmendem Alter der Kinder. Dabei variieren die genauen Prozentzahlen je nach Datenquelle unterschiedlich stark, da sie sich oftmals auf ein Bundesland oder auf die jeweilige städtische Region beziehen und unterschiedlich detailliert ausgewertet werden. In einer Zusammenstellung der verschiedenen Inhalte von Gesundheitsberichten von Meyer-Nürnberg (2002) wird deutlich, dass die Angaben meist nur regional und lokal begrenzt sind und sich nach Regelmäßigkeit des Erscheinens, den Schwer-

punktsetzungen, dem Differenzierungsgrad und auch nach Datenqualität unterscheiden. Zudem sind die methodischen Herangehensweisen je nach Studie sehr heterogen, so dass die Ergebnisse schwer miteinander verglichen werden können. Z. B. wird nicht in allen Studien die soziale Schichtzugehörigkeit der Eltern nach denselben Kriterien erhoben. Auch Migration wird teilweise über Migrationshintergrund, teilweise über die Staatsbürgerschaft operationalisiert, was ebenfalls zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen führen kann (s.o. Kap. 3.1). Die meisten Studien jedoch legen die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zu Grunde, in denen anhand der Eintragung im „Gelben Heft“ die Inanspruchnahmeraten ausgewertet werden. Erst durch die KIGGS Studie (RKI 2008a, 2008b; Kamtsiuris et al. 2007) konnten umfassende und für die Bundesrepublik repräsentative Daten im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen erhoben werden. Im folgenden Abschnitt sollen einige Studien, die die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nach unterschiedlichen sozialen Merkmalen der Nutzer analysieren, zusammengefasst werden, mit dem Ziel einen Überblick über die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nach unterschiedlichen sozialen Gruppen und nach unterschiedlichen Regionen zu erhalten. Insgesamt kann für die U1 bis U6 Untersuchungen durchweg von einer hohen Teilnahmequote zwischen 95,0% und 99,0% ausgegangen werden, ab der U7, mehr noch ab der U8 und U9 ist eine geringere Inanspruchnahme zu verzeichnen (u. a. Kamtsiuris et al. 2007). Aus diesem Grund werden sich die Darstellung der Daten in den folgenden Abschnitten auf die U7 bis U9 begrenzen.

#### *Anstieg der Teilnahmeraten in den letzten Jahren*

Wird die Inanspruchnahme an den Vorsorgeleistungen über die letzten Jahre betrachtet, so zeigt sich eine positive Entwicklung. Der Gesundheitsbericht Stuttgart verglich die Daten von 1992 und 1998 und konnte insgesamt eine Zuwachsrate von 7,0% bei den U7 und U8 Untersuchungen feststellen (von 83,0% auf 90,0%), bei den U9 Untersuchungen stieg die Teilnahmerate sogar um 18,0% an, von 66,0% auf 84,0% (Schick 2000). Die Bielefelder Gesundheitsberichterstattung führte die Erhebung der Daten bis 2003 fort, so dass ein Zeitraum von insgesamt elf Jahren erfasst wurde. Hierbei zeigt sich insbesondere ein Anstieg um 21,2% bei der U9, von 60,6% (1992) auf 81,8% (2003) (Cremer 2004). Umso größere Zeiträume entsprechend betrachtet werden, desto stärker zeigt sich der Zuwachs an der Teilnahmerate. Aber auch schon kurze Zeiträume liefern teilweise einen sehr hohen Anstieg in der Teilnahme,

so beispielsweise in Köln, hier steigt die Inanspruchnahme der U9 von 61,1% (1995) auf 74,4% (1999) an (Meyer-Nürnberger 2002).

In den nachfolgenden Abschnitten werden einige Ergebnisse nach geographischen Merkmalen sowie einigen sozialen Merkmalen differenziert und detaillierter dargestellt, um einen besseren Überblick über die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen verschiedener sozialer Gruppen zu erhalten. Die Daten beziehen sich größtenteils auf Gesundheitsberichterstattungen einzelner Regionen, auf einzelne wissenschaftliche Studien sowie repräsentativ für Deutschland auf die KIGGS Studie des Robert Koch-Institut.

### *Region*

Insbesondere die Betrachtung der beiden nordrhein-westfälischen Städte Düsseldorf und Solingen ist für die hier vorliegende Studie erforderlich, um die Ergebnisse der Teilnahmeraten miteinander vergleichen zu können. Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (2005) liefert dabei für Düsseldorf eine Inanspruchnahme der U7 mit 88,1%, der U8 mit 82,0% und der U9 mit 87,3%. Damit zeigt sich für Düsseldorf ein ungewöhnliches Bild, da in der Literatur eine stetige Abnahme der Teilnahme mit zunehmender Untersuchung berichtet wird, hier jedoch die U8 seltener als die U9 in Anspruch genommen wird. In Solingen kann der allgemeine Trend wieder bestätigt werden, während 90,6% der Eltern noch die U7 besuchen, sind es bei der U8 noch 87,3%, bei der U9 fällt der Wert auf 83,5%. Insgesamt konnte der Bericht für NRW im Überblick zeigen, dass die Inanspruchnahme nicht nur innerhalb einzelner Städte und Gemeinden, sondern auch nach Verwaltungsbezirk stark variiert (vgl. auch Abb. 11).

## Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder (U9), 2004

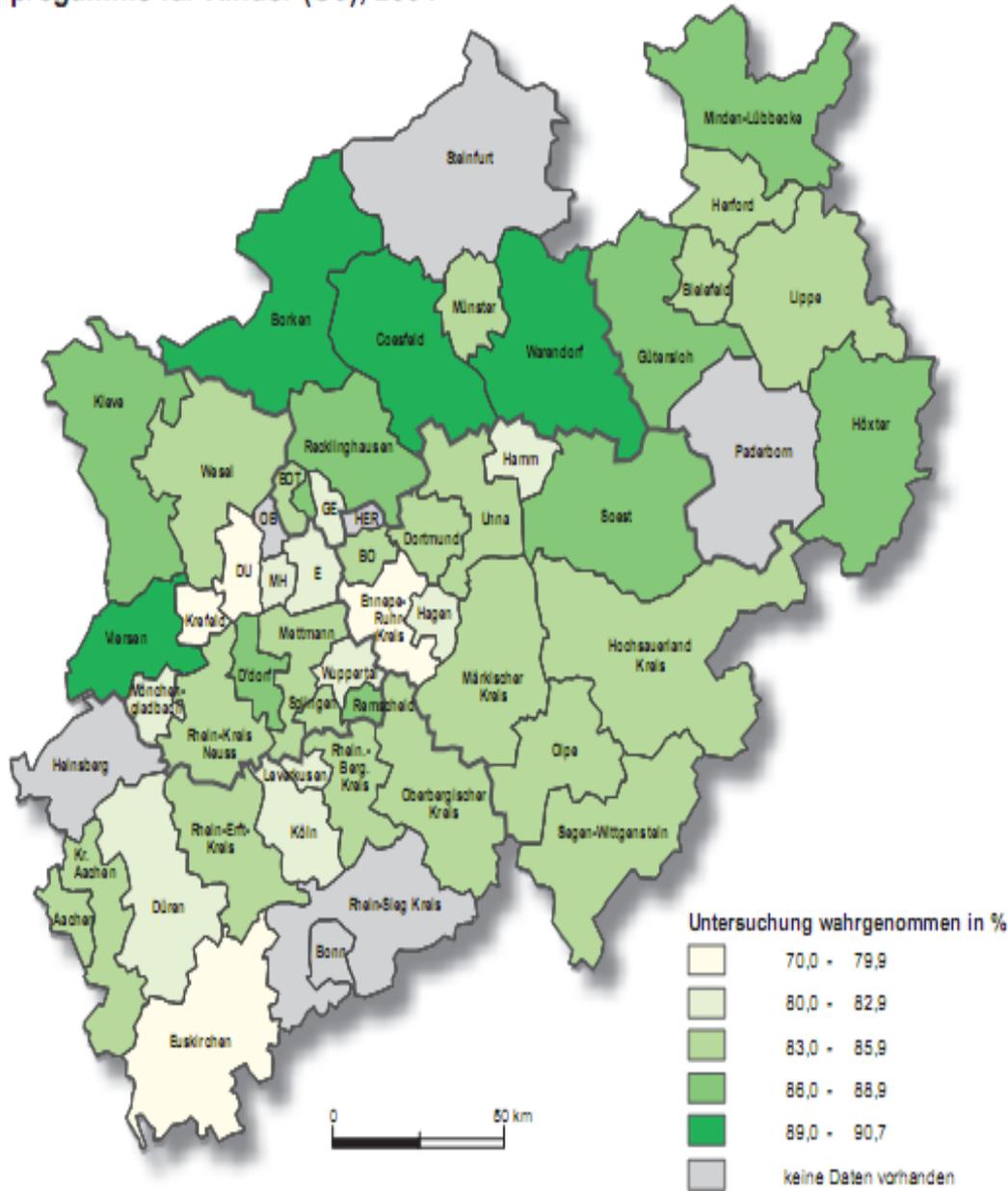


Abb. 11: Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder (U9), 2004 (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW 2005: 211)

So sind im Durchschnitt zwischen den Gemeinden Coesfeld oder Warendorf und etwa Euskirchen oder Duisburg Differenzen von bis zu 20,0% festzustellen. Coesfeld und Warendorf gelten im Allgemeinen als sehr wohlhabende Regionen mit einem niedrigen Migrantenanteil. Die hohen Differenzen sind also höchstwahrscheinlich auf die sozialstrukturelle Zusammensetzung der Bevölkerung dieser einzelnen Regionen zurückzuführen.

Die Gesundheitsberichte machen ebenfalls Differenzen unter den Stadtteilen und Sozialräumen innerhalb einzelner Städte deutlich. So zeigt u. a. das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW 2005 (vgl. Abb. 11), dass es ja nach Stadtteil bzw. Stadtbezirk zum Teil stark variierende Teilnahmeraten gibt. Auch die Gesundheitsberichte für Duisburg und Düsseldorf zeigen je nach Stadtteil und Sozialraum unterschiedliche Raten der Inanspruchnahme an den Frühuntersuchungen, wobei die Teilnahme in den eher benachteiligten Stadtteilen immer geringer ist (Stadt Duisburg 2007; Landeshauptstadt Düsseldorf 2003). Als alarmierend anzumerken ist, dass für die Stadt Duisburg laut Gesundheitsberichterstattung die Versorgung mit Kinderärzten gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen immer mehr zum Problem wird (Stadt Duisburg 2007: 72; vgl. auch Mielck 2008). Dieses schwerwiegende Versorgungsproblem taucht sicherlich nicht nur in einzelnen Stadtteilen von Duisburg auf. Sozialepidemiologische Daten weisen nach, dass in vielen „entvölkerten Gebieten“, z. B. in bestimmten Regionen von Mecklenburg-Vorpommern oder Brandenburg die ärztliche Versorgung nicht mehr ausreichend gewährleistet ist (Mielck 2008). Auf dieses eher strukturelle Problem wird gegen Ende der vorliegenden Untersuchung noch einmal eingegangen.

### *Soziale Schichtzugehörigkeit*

Das heute unter dem Label Präventionsdilemma bekannte Phänomen wurde bereits in den Anfängen der Einführung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder beklagt. Autoren wie Collatz et. al (1979) haben bereits frühzeitig das Problem der Erreichbarkeit von bestimmten Eltern für Vorsorgeuntersuchungen bei ihren Kindern thematisiert. In seinen Ausführungen wird bereits damals deutlich, dass sozial benachteiligte Kinder seltener von den Vorsorgeuntersuchungen erreicht werden als sozial privilegierte Kinder. Diese Versorgungslücke wurde zwar schon früh identifiziert, bislang jedoch nicht vollständig ausgeräumt. So zeigt eine differenzierte Betrachtung der Daten sehr hohe Divergenzen in den Teilnahmeraten, auf die im Folgenden eingegangen werden soll.

Das Robert Koch-Institut (Klocke & Lampert 2005) erhob beim Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeuntersuchungen den sozioökonomischen Status der Familien. Hierbei wird deutlich, dass ein Unterschied von über 25,0% in den Teilnahmeraten zwischen Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und hohem sozioökonomischem Status besteht. Während Kinder aus privilegierten Familien Vorsorge-

leistungen zu 82,7% (U7), 79,5% (U8) und 71,6% (U9) wahrnehmen, ist die Teilnahme rate hingegen bei sozial benachteiligten Kindern nur bei 56,5% (U7), 51,7 (U8) und 44,4% (U9) angesiedelt (Klocke & Lampert 2005). Signifikante Unterschiede konnte auch die KIGGS Studie aus dem Jahr 2008 zeigen, jedoch lagen hier die Differenzen zwischen dem niedrigen und dem hohen sozialökonomischen Status bei ca. 10,0% (Kamtsiuris et al. 2007). Die Reduzierung dieses Abstandes könnte auf die in den letzten Jahren zunehmende Sensibilisierung für die Vorsorgeuntersuchungen zurückzuführen sein.

### *Migrationshintergrund*

Neben der sozioökonomischen Lage spielt der Migrationsstatus bzw. der Ausländerstatus eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen. Aus den Daten der Bielefelder Gesundheitsberichterstattung geht hervor, dass Kinder, die in der Bundesrepublik geboren sind, aber einen Migrationshintergrund aufweisen, wesentlich seltener die Vorsorgeleistungen wahrnehmen als Kinder ohne Migrationshintergrund (Cremer 2004). Für die Stadt Duisburg sind die Differenzen in der Inanspruchnahme zwischen den deutschen und ausländischen Kindern noch größer. Dabei sind die Unterschiede besonders auf die Kinder zurückzuführen, die im Ausland geboren sind, diese haben zu ca. 25,0% an den Untersuchungen U1 bis U7 teilgenommen, was nicht weiter verwunderlich ist, denn die Daten wurden auf der Grundlage des Vorliegens der gelben Hefte erhoben. Im Ausland geborene Kinder werden dann ein solches Heft nicht besitzen und an den entsprechenden Untersuchungen auch nicht teilgenommen haben. Für die U8 und U9 steigt der Wert der im Ausland geborenen Kinder jedoch auf 46,5% an (Stadt Duisburg 2007: 31). Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass auch Kinder, die im Ausland geboren sind und somit an den ersten U-Untersuchungen in der Bundesrepublik nicht teilgenommen haben, durchaus an den späteren U8 und U9 trotzdem teilnehmen, was eher als positives Zeichen zu bewerten ist. Bei Kindern, die zwar in Deutschland geboren sind, aber keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, wurden die U1 bis U7 zu ca. 70,0% wahrgenommen, die U8 und U9 dagegen nur zu 59,0%. Im Gegensatz dazu ist die Teilnahme rate bei Kindern mit einer deutschen Nationalität am höchsten, sie beträgt für die U1 bis U7 88,5% und für die U8 bis U9 78,1%<sup>31</sup>. Die geringere Inan-

---

<sup>31</sup> Der Gesundheitsbericht für Duisburg weist große Ungenauigkeiten in der Operationalisierung der Kategorie Deutsch-Ausländer bzw. Menschen mit Migrationshintergrund auf. So wird in den Auswertungen, die nach eigenen Angaben nach Nationalität differenziert werden, die Kategorie der deutschen

spruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen gilt also auch für ausländische Kinder, die in Deutschland geboren sind. Wie die Daten für Kinder mit Migrationshintergrund und einer deutschen Staatsbürgerschaft aussehen, lässt sich anhand der hier vorliegenden Daten nicht vergleichen. Spannend wäre diese Frage insofern, als dann analysiert werden könnte, inwieweit der rechtliche Status einen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat oder ob hier andere außerhalb des rechtlichen Status liegende, eher soziokulturelle Ursachen eine Rolle spielen.

Laut der KIGGS Studie, die wie oben beschrieben als die erste überregionale, bundesweit repräsentative Untersuchung zu den Inanspruchnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder gilt, sind die Differenzen zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund ebenfalls signifikant (Kamtsiuris et al. 2007). Während Kinder ohne Migrationshintergrund zu ca. 90,0% die U7 bis U9 wahrnehmen, schwankt der Wert bei Kindern mit Migrationshintergrund um die 70,0% (RKI 2008a, 2008b), was eine Differenz von etwa 20,0% ausmacht. In der KiGGS Studie wird zudem die Differenzierung zwischen einseitigem, beidseitigem Migrationshintergrund, nach der Aufenthaltsdauer der Mutter, dem Aufenthaltsstatus der Eltern, sowie nach unterschiedlichen Gruppen von Migranten vorgenommen. So nimmt der Anteil an den Vorsorgeuntersuchungen mit der Aufenthaltsdauer der Mutter zu. Nur etwa die Hälfte der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus hat alle Früherkennungsuntersuchungen besucht und 68,8% derjenigen mit einem sicheren Aufenthaltsstatus (RKI 2008b: 108ff).

#### *Alter der Mutter, Geschwisteranzahl und Familienstand*

Weitere Unterschiede beim Inanspruchnahmeverhalten zeigen sich bei der Betrachtung des Alters der Mutter bei Geburt und beim Vorhandensein älterer Geschwister. So nehmen Mütter, die bei der Geburt ihres Kindes jünger als 26 und älter als 35 Jahre sind, weniger Vorsorgeuntersuchungen für ihr Kind wahr als Mütter, die bei der Geburt zwischen diesen Altersgruppen liegen. Ebenfalls nehmen Mütter, die noch ein älteres Kind haben, seltener an den U-Untersuchungen teil, als Mütter, die keine älteren Kinder haben (Kamtsiuris et al. 2007). Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2006) konnte ebenfalls einen Unterschied je nach Anzahl der Geschwister erkennen. Je höher die Anzahl der Geschwister, desto eher sinkt die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für die anderen Kinder.

---

Kinder den Kindern mit Migrationshintergrund gegenüber gestellt. Vgl. zur Komplexität der Kategorie Migrationshintergrund das Kapitel 3.1.

Allerdings wirkt sich nach dieser Studie das Vorhandensein von älteren Geschwistern erst ab drei Geschwistern auf die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen aus. Bei der U8 und U9 sinken ab 3 Geschwistern die Teilnahmeraten um ca. 5,0% ab, bei vier Geschwistern noch um weitere 5,0-10,0%.

Einige Berichte liefern zudem noch weitere Unterschiede. So zeigt der Gesundheitsbericht Düsseldorf auf, dass vor allem Alleinerziehende tendenziell seltener mit ihrem Kind die Früherkennungsuntersuchungen aufsuchen als nicht allein erziehende Eltern, insbesondere bei der U8 und U9 werden die Differenzen in der Teilnahme höher. Während nur 63,1% der Alleinerziehenden ihre Kinder zur U9 bringen, sind dies fast 10,0% mehr bei nicht allein erziehenden Eltern (72,9%) (Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf 2003).

#### *Steigende Teilnahme bei gleichzeitigen sozialen und regionalen Disparitäten*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Teilnahmerate an den Vorsorgeuntersuchungen als hoch zu bezeichnen ist. Vor allem die ersten sechs Untersuchungen werden von fast allen Eltern in Anspruch genommen. Erst ab der U7 bis U9 nimmt die Teilnahme an den U-Untersuchungen stetig ab. Insgesamt ist der Trend in den letzten 20 Jahren jedoch positiv, und zwar auch für die U7 bis U9. Allerdings unterscheiden sich die Teilnahmeraten für die U7 bis U9 innerhalb einzelner Städte und Regionen sowie sozialer Gruppen teilweise erheblich. So sind nach den oben dargelegten Daten Alleinerziehende, sozial benachteiligte Eltern und Eltern mit Migrationshintergrund, kinderreiche Familien und Frauen, die älter als 35 und jünger als 26 Jahre alt sind, zu den Risikogruppen zu rechnen, die die Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch nehmen. Zudem spielt der Wohnort eine zentrale Rolle; je nach Region, Stadt oder Stadtteil sind unterschiedliche Teilnahmeraten zu verzeichnen.

Im nächsten Abschnitt werden einige aus der Literatur bekannten Erklärungsversuche für die geringe Inanspruchnahme der Untersuchungen U8 und U9 besonders bei den Gruppen der sozial benachteiligten oder Menschen mit Migrationshintergrund zusammengefasst.

### 5.1.3 Erklärungsversuche für die unterschiedliche Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen

Wie im obigen Abschnitt beschrieben, gibt es genügend empirische Nachweise und Studien darüber, dass die Vorsorgeuntersuchungen zwar im Großen und Ganzen in der Bevölkerung sehr gut akzeptiert sind. Es ist auch klar geworden, dass die Inanspruchnahme mit dem Alter der Kinder bei allen Bevölkerungsgruppen stark sinkt. Zudem zeigen die oben genannten empirischen Befunde, dass bestimmte soziale Gruppen wie Menschen aus den unteren sozialen Schichten und Eltern mit Migrationshintergrund seltener gerade die späteren U-Untersuchungen U7, U8 und U9 für ihre Kinder in Anspruch nehmen. Dieser Befund ist für alle vorgestellten Studien – sowohl der regionalen als auch der repräsentativen – konsistent, auch wenn die Differenzen zwischen den Gruppen je nach Studie unterschiedlich groß sind.

Allerdings zeigen diese empirischen Nachweise bislang selten die *Ursachen* dafür, *warum* bestimmte Elterngruppen bestimmte U-Untersuchungen weniger in Anspruch nehmen als andere, sondern nur, dass es so ist. In der Public Health Forschung hat es in den letzten Jahren verschiedene Versuche gegeben, diese Ursachen zu identifizieren, denn erst wenn die Ursachen bekannt sind, kann angemessen mit entsprechenden Maßnahmen politisch reagiert werden. Bei der Erklärung allgemeiner gesundheitlicher Ungleichheiten etwa gibt es zwei Ausgangspunkte, die in der Forschung unterschieden werden, das Verhalten und die Verhältnisse. So gibt es Studien, die für die Erklärung gesundheitlicher Outcomes stärker die strukturellen Rahmenbedingungen wie etwa Armut, Arbeitslosigkeit oder belastende Arbeitsbedingungen verantwortlich machen (Mielck 2005; Mielck & Helmert 2006; Bauer & Bittlingmayer 2006 u.a.). Andere fokussieren eher das Gesundheitsverhalten von Menschen wie etwa Rauchen, ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung (Richter 2005; Troschke 2006)<sup>32</sup>. Gerade im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung scheint das eigene Verhalten noch wichtiger zu sein, denn ob jemand z. B. sich gesund ernährt oder nicht, liegt doch in der eigenen Entscheidung. Gegenüber solchen Vereinfachungen, die das Gesundheits- und Präventionsverhalten der Menschen auf freiwillige individuelle Entscheidungen zurückführen, sind in den letzten Jahren auch in der Public Health Forschung Argumente eingebracht worden, die das individuelle Verhalten einzelner Individuen auf die milieuspezifischen Lebensstile und auf die gesell-

---

<sup>32</sup> Es muss noch erwähnt werden, dass fast alle Studien beide Seiten – also sowohl die Verhältnisse als auch das Verhalten – mit berücksichtigen. Es geht hier vielmehr darum zu zeigen, auf welche Ebene die Studien stärker abheben und Erklärungen liefern.

schaftlichen Rahmenbedingungen zurückführen, die das individuelle Verhalten von Menschen bestimmen. Der Vorteil eines solchen Zugangs ist, dass Verhaltens- und Verhältnisfaktoren nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern miteinander vermittelt werden (Bourdieu 1982; Vester et al. 2001; Bauer 2005; Bauer & Bittlingmayer 2006; Mielck & Helmert 2006; Hurrelmann 2006b; Bauer & Bittlingmayer 2007).

Für das spezielle Feld der Vorsorgeuntersuchungen von Kindern ist bislang nicht auf milieuspezifische Einstellungsmuster von verschiedenen Elterngruppen eingegangen worden. Trotzdem werden in einzelnen Studien versucht, die Erkenntnisse über die unterschiedlichen Faktoren der unterschiedlichen Einstellungen zu Prävention bzw. die unterschiedliche Nutzung von Präventionsprogrammen durch verschiedene soziale Gruppen auch auf den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen zu beziehen.

Abbildung 12 zeigt ein Modell von Meurer und Siegrist (2005), die die unterschiedlichen Faktoren darstellt, welche die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen können. Die Abbildung veranschaulicht, dass es ein ganzes Bündel an ganz unterschiedlichen Faktoren gibt, die auf ganz unterschiedlichen Ebenen gelagert sind. So hier z. B. makrostrukturelle Faktoren wie die gegebene Sozialstruktur, gesundheitspolitische Vorgaben und Ressourcen etc.. Auf der persönlichen Ebene werden hier neben Alter und Geschlecht auch sozioökonomischer Status, aber auch Ängste und Schamgefühle angesiedelt, die ebenfalls die Inanspruchnahme an Vorsorgeuntersuchungen mit beeinflussen können. Ferner ist die Kommunikationssituation zwischen den Ärzten und den Eltern aus unterschiedlichen sozialen Gruppen ausschlaggebend für die Nutzung und den Umgang der Vorsorgeuntersuchungen und schließlich spielt hier die Versorgungssituation insgesamt ebenfalls eine wichtige Rolle.

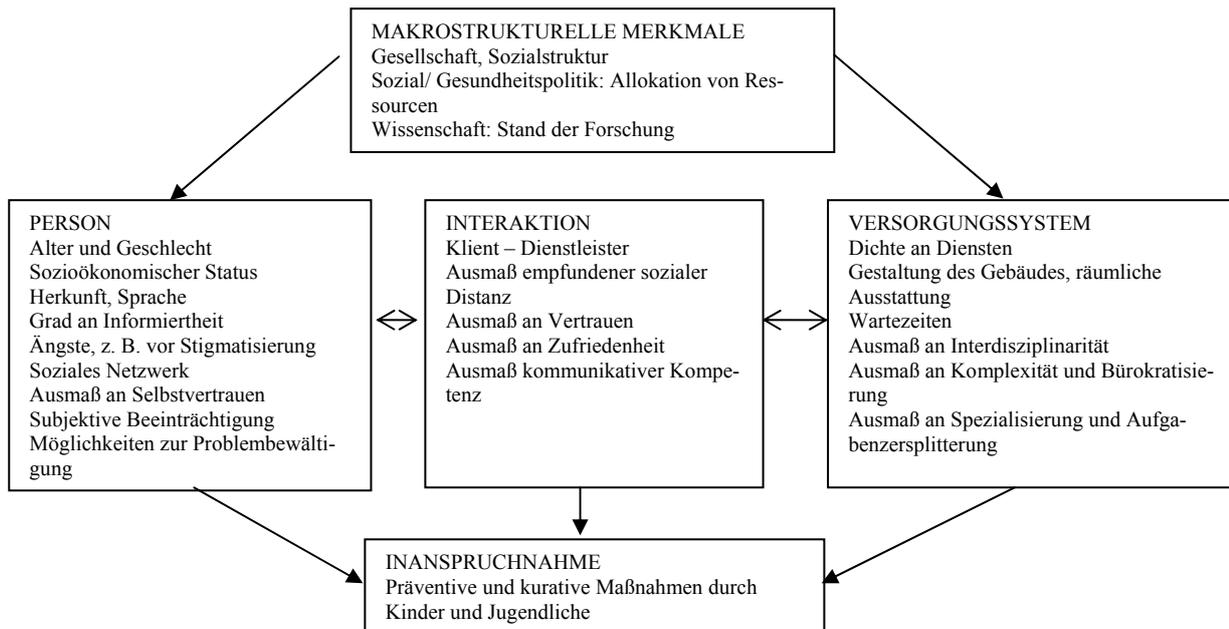


Abb. 12: Einflussgrößen auf die Teilnahme der Vorsorgeuntersuchungen (Meurer & Siegrist 2005: 11)

Andere Studien haben ebenfalls versucht die Ursachen der Nicht-Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen mehrdimensional zu erklären. So identifiziert Langness in einer explorativen Untersuchung vier Dimensionen, indem sie einerseits Eltern bei den Schuleingangsuntersuchungen und andererseits niedergelassene Kinderärzte u. a. nach den Gründen der Nicht-Teilnahme fragt, die sie unter soziodemographische Faktoren, personale Faktoren, soziale Unterstützungsfaktoren und strukturelle und organisatorische Faktoren zusammenfasst (Langness 2007, 2008). Die Inanspruchnahme an den Vorsorgeuntersuchungen sinkt nach der Studie, je weniger Ressourcen nach den vier Dimensionen vorhanden sind. Als personale Faktoren für die Nicht-Teilnahme von unteren sozialen Schichten etwa werden hier nach Angaben der Ärzte die „Organisations- und Erziehungsdefizite, Vergesslichkeit und Wissensdefizite der Eltern“ (Langness 2008: 170) genannt. Interessant ist, dass nach der Elternbefragung Eltern mit niedrigem Bildungsstatus viel seltener Vergesslichkeit angeben, als Eltern mit mittlerer und höherer Bildung (ebda: 173, Abb. 2). Dies zeigt eine Diskrepanz zwischen den Erklärungsfaktoren der Ärzte und der Selbsteinschätzung der Eltern auf, die in der alltäglichen Praxis und Kommunikation zwischen Ärzten und Eltern zu Missverständnissen führen dürfte. Auch im Bereich sozialer Unterstützung werden hier den Menschen aus den unteren sozialen Schichten weniger Ressourcen attestiert. Ferner spielen laut Aussagen der Ärzte Scham und Angst vor dem Arztbesuch ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Nicht-Teilnahme.

Studien, die sich mehr auf das Vorsorgeverhalten von Migranten konzentrieren, nennen als Ursachen z. B. unterschiedliche Krankheitskonzepte – etwa „fatalistische Krankheitskonzepte“ (RKI 2008b) – oder die Tatsache, dass in den Herkunftsländern keine solche Angebote vorhanden waren. Ferner kann die Nicht-Teilnahme schlicht auf Informationsdefizite bezüglich des Vorhandenseins solcher Programme zurückgeführt werden. Dies gilt jedoch vor allem für Migranten, die noch nicht so lange in der BRD leben. Diese beiden letztgenannten Faktoren gewinnen an Erklärungskraft, wenn man diese mit Impfverhalten von Migranten vergleicht. Daher haben viele Migranten in vielen Bereichen ein viel besseres Impfverhalten als die autochthone Bevölkerung (RKI 2008a). Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass im Gegensatz zu den Vorsorgeuntersuchungen Impfungen auf der ganzen Welt viel bekannter sind und die Migranten dieses Wissen auch mitbringen. So werden in Griechenland zwei Pflichtuntersuchungen durchgeführt, die erste nach der Geburt (diese besteht aus einem Bluttest) und eine zum Schuleingang (BZgA 2006). Impfungen werden aber auch dort regelmäßig durchgeführt. Eine Nicht-Teilnahme – gerade bei Migranten, die noch nicht lange in Deutschland leben, könnte mithin eher durch mangelnde Informationen als durch Desinteresse verursacht sein.

Bei all den vorhandenen Erklärungsversuchen liegt der wohl wichtigste Mangel darin, dass die Ursachenfaktoren und Ursachenbündel nicht miteinander vermittelt werden, sondern mehr oder weniger unverbunden nebeneinander stehen bleiben. Das ist besonders auffällig für das Verhältnis von sozioökonomischen und soziokulturellen Faktoren. Vergleicht man die Differenzen in der Inanspruchnahme einerseits nach Schichtzugehörigkeit und andererseits nach Migrationshintergrund (s. o. Abschnitt 5.1.2), dann zeigt sich, dass der Abstand zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund größer ist als der Abstand zwischen der unteren sozialen Schicht und der oberen sozialen Schicht. *Das bedeutet, dass die soziokulturellen Differenzen bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen größer zu sein scheinen als die sozioökonomischen.*

Demnach wäre Migration in dieser Hinsicht die stärker ungleichheitsgenerierende Dimension im Hinblick auf die Beteiligung an den U-Untersuchungen, ohne dass deshalb aber sozioökonomische Ursachen außer Acht gelassen werden dürften. Die Erklärungsmodelle bieten aber genau an dieser zentralen Schnittstelle nur alternative Erklärungsmuster an: Die soziokulturellen und sozioökonomischen Faktoren werden nicht miteinander abgeglichen. So werden in den in diesem Kapitel dargestellten

Studien keine Auswertungen vorgenommen, die überprüfen, ob auch bei der Migrationsbevölkerung, bei denen die Teilnahmeraten besonders gering sind, schichtspezifische Differenzen eine zentrale Rolle spielen.

Im folgenden Abschnitt soll diesem Mangel begegnet und die schon im vierten Kapitel angekündigte zweidimensionale Auswertungslogik für die unterschiedliche Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen realisiert werden.

## **Kap. 5.2 Inanspruchnahme der und Einstellungen gegenüber den Vorsorgeuntersuchungen zwischen sozioökonomischen und soziokulturellen Differenzen**

Im vorangegangenen Abschnitt 5.1 wurden die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 vorgestellt und ihre präventive Bedeutung für die Gesundheit von Kindern herausgestellt. Ebenfalls sollte das Kapitel den Stand der empirischen Forschung in Bezug auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen wiedergeben. Dabei zeigt sich, dass es trotz der verbesserten Teilnahmequoten in den letzten Jahren sehr vielfältige, regionale und soziodemographische Disparitäten bezüglich der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen gibt. Die Schichtzugehörigkeit, aber noch stärker der Migrationshintergrund sind nach den vorgestellten Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen aktuell die wichtigsten Faktoren, die die ungleiche Teilnahme bedingen. Leider liefern die bislang vorhandenen Daten keine detaillierten Angaben darüber, ob es innerhalb der Migrantenpopulation ebenfalls schichtspezifische Differenzen bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen gibt. Zudem werden selten zusätzliche Daten wie etwa die Zufriedenheit mit den U-Untersuchungen oder die Einstellungen mit erfragt, so dass zwar genügend Daten zur Inanspruchnahme vorliegen, jedoch wenige Aussagen über die möglichen Ursachen einer Nicht-Teilnahme auf der Grundlage dieser Daten vorhanden sind. Die in Kapitel 5.1 ebenfalls vorgestellte KIGGS Studie präsentiert zwar für die BRD repräsentative Daten, jedoch sind auch hier wenige Informationen über die Einstellungen der Eltern zu den U-Untersuchungen enthalten.

### *Methodische Hinweise*

Die folgenden empirischen Analysen sollen an dieser Lücke anschließen. In den folgenden Ausführungen werden in einem ersten Schritt die Teilnahmequoten an den

Vorsorgeuntersuchungen nach unterschiedlichen sozioökonomischen und soziodemographischen Merkmalen der befragten Eltern vorgestellt. In einem zweiten Schritt werden die Einstellungen, Erfahrungen und Zufriedenheit der Eltern abgebildet. Folgende empirische Analysen werden in diesem Abschnitt durchgeführt:

- Inanspruchnahme an den U-Untersuchungen (U7 bis U9)
- Einstellung zur (präventiven) Bedeutung der U-Untersuchungen
- Erfahrungen mit den U-Untersuchungen

Dabei dient bei allen Analysen die in Kap. 3 theoretisch bestimmte und in Kap. 4 für die Untersuchung operationalisierte Heuristik als unabhängige Variable für die Untersuchung der genannten Bereiche. Alle Ergebnisse werden somit nach Schichtzugehörigkeit und Migrationsstatus differenziert. Dieser Vorgang soll einerseits ermöglichen, die für den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen allgemeine Diagnose des Präventionsdilemmas zu konkretisieren, d. h. zu schauen, wo und wie genau gesundheitliche Ungleichheiten sich manifestieren. Zweitens dient die zweidimensionale Auswertungsstrategie dazu, die Zielgruppen, für die die Diagnose des Präventionsdilemmas in der Vorsorge erstellt wird genauer als bislang zu bestimmen.

### ***5.2.1 Die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nach unterschiedlichen sozialen und demographischen Merkmalen***

In diesem Unterkapitel werden die Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen unter Rückgriff auf die BEEP Kita-Daten vorgestellt. Dabei werden die Daten differenziert nach den unterschiedlichen Merkmalen der Eltern und der Kinder dargestellt. Ziel des Abschnitts ist es zu schauen, ob bei der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen die Merkmale der Kinder, das Geschlecht des Kindes, der sozioökonomische Status der Familie oder der Migrationshintergrund eine Rolle spielen. Es sei zunächst darauf hingewiesen, dass die Geschlechtszugehörigkeit des Kindes keinen, aber die Geschwisterstellung des Kindes in der Familie ab der U7 einen wichtigen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. So ist die Teilnahme an der U7 bis U8 bei den Erstgeborenen sehr hoch, mit jedem Kind sinkt jedoch die Teilnahme. Keinen Einfluss haben aber andere Eigenschaften des Kindes wie etwa das Geschlecht. Ebenfalls keinen Einfluss hat in unserer Studie der Familienstand, Alleinerziehende gehören hier im Gegensatz zu vielen anderen Studien nicht zur vulnerablen Gruppe.

### Allgemeine Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen

Wie in Abschnitt 5.1 anhand anderer Studien bereits dargestellt, zeigen die hier vorliegenden Daten ebenfalls, dass bis zur U6 Eltern die Untersuchungen mind. zu 95,0% in Anspruch nehmen. Ab der U7 finden die Untersuchungen zwar noch immer großen Zuspruch, die Teilnehmerate sinkt jedoch kontinuierlich ab. Während noch 91,5% der Eltern die U7 besuchen, nehmen lediglich 82,6% die U8 und 86,7% die U9 wahr (s. Abb. 13).

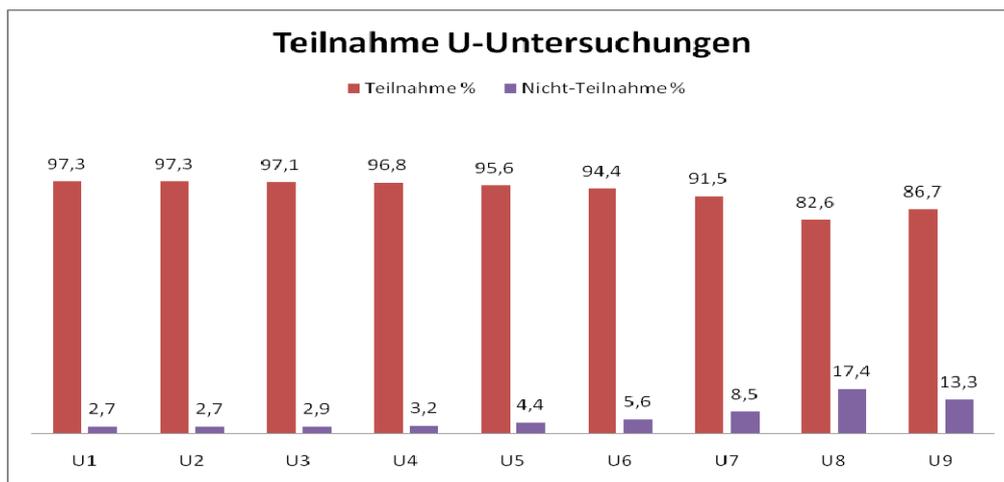


Abb. 13: Teilnahme an den U-Untersuchungen,  $N=ca. 586$  für U1-U7,  $N=453$  für U8 und  $N=150$  für U9<sup>3334</sup>

<sup>33</sup> An der Befragung nahmen Eltern teil, die ein Kind zwischen drei und sechs Jahren im Kindergarten hatten. Das Alter der Kinder ist für die Errechnung der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen wichtig. Während für die Teilnahmequoten der Untersuchungen U1-U7 alle Kinder herangezogen werden können, weil diese vor dem dritten Lebensjahr stattfinden, werden in den weiteren Berechnungen für die U8 und U9 die Fälle mit dem entsprechenden Alter der Kinder aus dem Datensatz herausgefiltert. Dabei ergibt sich für die weiteren Berechnungen für die U8 eine Fallzahl von  $N=453$  und für die U9 eine von  $N=150$ . Das bedeutet, dass etwa 25,0% der betreffenden Kinder in einem Alter sind, in dem sie bereits die U9-Untersuchung durchlaufen haben müssten und 78,0% der Kinder, die die vorgeschriebene Zeitspanne für die U8 bereits hinter sich haben.

<sup>34</sup> Auffällig ist, dass die Inanspruchnahmequote an der U9 bei unserer Erhebung mit 86,7% höher ist, als die Teilnahme an der U8 mit 82,6%. Die in Abschnitt 5.1 präsentierten Ergebnisse aus unterschiedlichen Gesundheitsberichterstattungen zeigen eher eine lineare Abnahme der Teilnahmequote. Werden die Ergebnisse nach Stadt differenziert betrachtet, ergibt sich ein anderes Bild. Die stärkere Inanspruchnahme der U9 gegenüber der U8 basieren speziell auf den Werten der Stadt Düsseldorf. Die Teilnahme an der U8 und der U9 ist für Solingen mit 84,2% konstant, während in Düsseldorf die Inanspruchnahme der U9 um mehr als 10,0% von 80,1% (U8) auf 91,5% steigt. Diese Besonderheit zeigt für die Stadt Düsseldorf auch die Gesundheitsberichterstattung der Stadt, welche auf die Angaben in den Schuleingangsuntersuchungen basieren. Nach Angaben des Landesinstituts für Gesundheit des Landes NRW beträgt die Teilnahme an der U8 in Düsseldorf 82,0% und die an der U9 bei 87,3%. (s. auch Abschnitt 5.1). Die hier vorliegenden Daten können also trotz der auf den ersten Blick ungewöhnlichen Ergebnisse als valide eingestuft werden, weil sie eine Besonderheit in einer Region wiedergeben, die auch durch andere Studien bekannt ist (Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW 2005).

Abbildung 13 zeigt erst einmal die ganz allgemeine Beteiligung der Befragten in den einzelnen Untersuchungen. Diese Ergebnisse sagen noch nichts aus über die Disparitäten in der Teilnahme nach unterschiedlichen sozialen Gruppen. Im Folgenden werden die Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen nach Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund differenziert dargestellt.

### *Soziale Schichtzugehörigkeit*

Auch die hier vorliegenden Ergebnisse zeigen keine schichtspezifischen Disparitäten bei der Inanspruchnahme der U1 bis U6. Diese werden deshalb an dieser Stelle nicht weiter berücksichtigt.

Eine Aufschlüsselung der Inanspruchnahme nach Sozialstatus der Eltern zeigt aber für die späteren Untersuchungen U7 bis U9 erkennbare, wenn auch moderate Unterschiede auf. Dabei sind die statistischen Kennzahlen des Zusammenhangs zwischen dem Besuch der U7, U8 und U9 sowie der Schichtzugehörigkeit zwar nicht signifikant auf dem  $p < 0,5$ -Niveau, vor allem wegen den geringen Fallzahlen. Dennoch lassen sich markante Differenzen festhalten: Während 78,2% der Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status die U8 und 77,4% die U9 besuchen, sind dies bei den ökonomisch privilegierten Eltern der oberen Sozialschicht 86,8% für die U8 bzw. 94,9% für die U9 (Abb. 14). Gerade bei der U9 sind die Unterschiede besonders gravierend; so nehmen viermal so viele Kinder aus den unteren sozialen Schichten diese Untersuchung nicht in Anspruch (22,6%) im Vergleich zu den Kindern, die aus den oberen sozialen Schichten stammen (5,1%). Die schichtspezifischen Unterschiede sind ebenfalls für die U7 und U8 gegeben, jedoch nicht so stark wie für die U9.

Die Daten verweisen noch auf eine weitere Differenz: Obwohl Eltern aus allen Schichten die U8 weniger in Anspruch nehmen als die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6, fällt auf, dass Eltern aus der Mittel- und Oberschicht dann erneut stärker die U9 frequentieren, während die Inanspruchnahme bei Eltern aus der unteren sozialen Schicht noch ein wenig weiter sinkt.

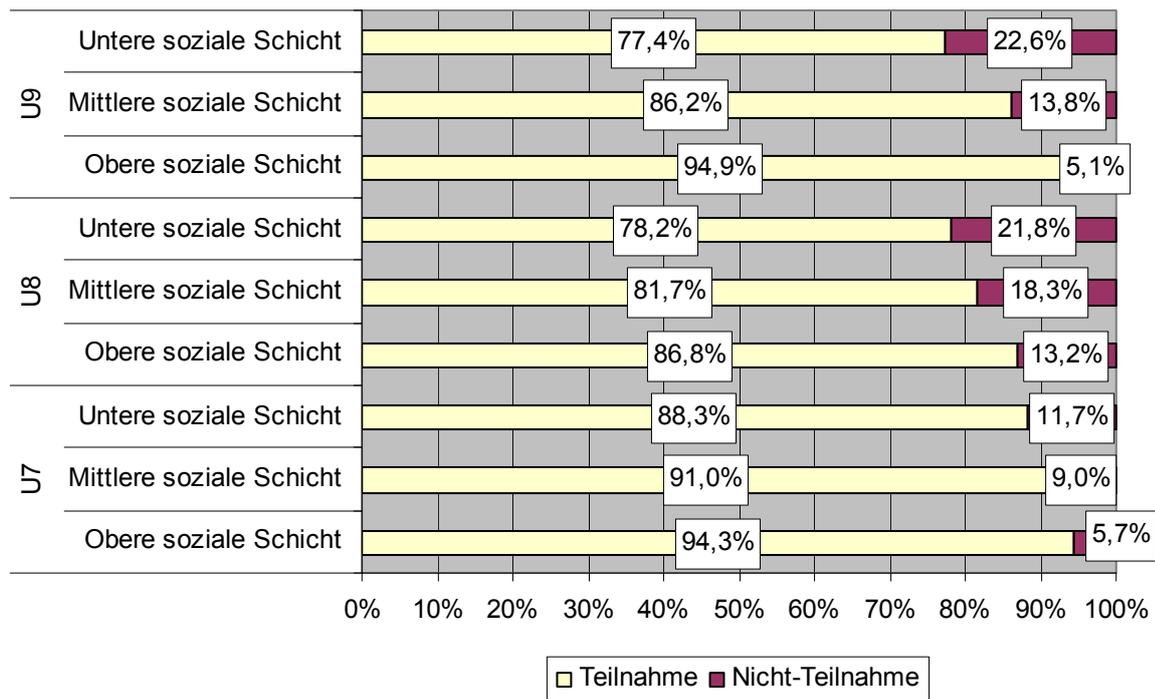


Abb. 14: Nicht-Teilnahme an der U7-U9 nach sozialer Schichtzugehörigkeit. N=ca. 586 für U7, N=453 für U8 und N=150 für U9

Die BEEP-Daten bestätigen die aus der Literatur bekannten schichtspezifischen Differenzen, allerdings sind die Differenzen statistisch nicht so auffällig, wie viele Studien das bis in die jüngste Zeit hinein herausgestellt haben. Nach den vorliegenden Daten sind die schichtspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme nicht signifikant, folgen aber dennoch einem klaren Verteilungsmuster. Wenn man davon ausgeht, dass Kinder aus den unteren Schichten besonderen Bedarf an primärer und sekundärer Prävention aufweisen, dann kann die Diagnose des Präventionsdilemmas also auch hier anhand der vorliegenden Daten für die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bestätigt werden. Neben der sozialen Schichtzugehörigkeit wird nun im nächsten Abschnitt die zweite wichtige Strukturierungsdimension untersucht, nämlich die Differenzen nach Migranten und Nicht-Migranten.

#### *Migrationshintergrund*

Für die Untersuchungen U1 bis U4 zeigte sich eine migrationsspezifische Nutzung. Die Differenz ist abhängig von der Aufenthaltsdauer der Eltern und somit darauf zurückzuführen, dass die betreffenden Kinder nicht in Deutschland geboren wurden. Für die Nutzung der U5 und U6 sind keine Unterschiede nach Migrationshintergrund festzustellen.

Die Differenzen zeigen sich jedoch wieder in der Nutzung der U7 bis U9. So nehmen doppelt so viele Kinder mit Migrationshintergrund (12,8%) im Vergleich zur autochthonen Gruppe (6,4%) *nicht* an der U7 teil. Dieser Zusammenhang ist signifikant (Pearson  $\chi^2$ : 6,937; df 1; p=0,008) Für die U8 bleibt die Differenz signifikant (Pearsons  $\chi^2$ : 3,487; df 1; p=0,043), wenn auch deutlich schwächer. Bei der U9 ist die unterschiedliche Inanspruchnahme der Migrationsbevölkerung und der autochthonen Bevölkerung nicht mehr so klar nachzuzeichnen, ohne allerdings vollkommen zu verschwinden (s. Abb. 15).

Interessant ist hier auch, dass sich in der Nutzung der U8 und U9 für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund dieselbe Tendenz ergeben. So verringert sich die Zahl der Nichtteilnehmer von der U8 auf die U9 bei den Migranten von 22,1% auf 17,3% und bei der autochthonen Elterngruppe von 15,1% auf 11,2%. Dies entspricht der allgemeinen Tendenz dieser Studie, jedoch nicht der Tendenz der Elterngruppe aus der unteren sozialen Schicht. Wie in Abbildung 14 dargestellt, nimmt die Teilnahme von der U8 auf die U9 bei den Eltern aus den unteren sozialen Schichten weiterhin ab, während sie bei den mittleren und oberen Schichten bei der U9 wieder steigt. Abbildung 15 zeigt, dass diese letztere Tendenz sowohl für Eltern mit als auch ohne Migrationshintergrund gilt.

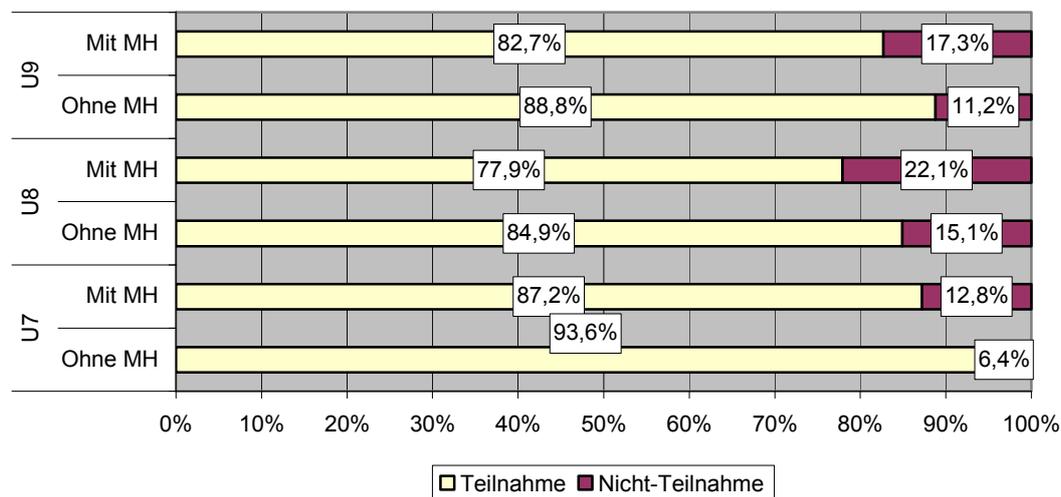


Abb. 15: Nicht-Teilnahme an der U7-U9 nach Migrationshintergrund. N=ca. 586 für U7, N=453 für U8 und N=150 für U9

Vergleicht man die Ergebnisse zwischen Schicht und Migration einerseits und der Inanspruchnahme von U7 bis U9 andererseits, dann sind die migrationsbedingten

Differenzen wesentlich stärker ausgeprägt. Die Schichtzugehörigkeit scheint keine besonders große Rolle zu spielen. Wie sich zeigen wird, zeichnet eine zweidimensionale Analysestrategie ein anderes Bild.

Obwohl die Fallzahlen bei einer noch stärkeren Differenzierung in den einzelnen Gruppen sehr gering werden und die Ergebnisse sehr vorsichtig interpretiert werden sollten, werden im Folgenden die Teilnahme an den U-Untersuchungen U7 bis U9 auch nach Schicht *und* Migration kombiniert vorgestellt, um zu schauen, in welcher Form die schichtspezifischen Differenzen innerhalb der Gruppe der Migranten und der Autochthonen sich ausdrücken.

Dabei sind die Werte für die U9 leider aufgrund der geringen Fallzahlen für die Gesamtgruppe der U9-Besucher (159 Fälle) für eine differenzierte Untersuchung nach Schicht und Migration nicht brauchbar. Abbildung 16 zeigt entsprechend Analysen der Inanspruchnahme von U7 und U8. Es fällt auf, dass die Gruppe der Migranten aus der unteren sozialen Schicht am häufigsten bei der U7 und U8 fehlt. So nehmen knapp 20,0% dieser Gruppe an der U7 nicht teil und gar ein Drittel nimmt die U8 für ihre Kinder nicht in Anspruch.

Ein anderes Bild ergibt sich interessanterweise für die autochthone Unterschicht, bei der nur 5,4% an der U7 und nur 10,3% an der U8 nicht teilnehmen, die also über hohe Teilnahmequoten verfügen. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse lässt sich keine zielgruppenspezifische Strategie zur Erhöhung der Teilnahmequoten der U7 und U8 rechtfertigen, die vorrangig auf Unterschichten abheben. Bei der autochthonen Mittelschicht ist hingegen der Anteil derjenigen Eltern, die ihre Kinder nicht zur U7 und U8 bringen, höher als der der autochthonen Unterschicht; innerhalb der Oberschichten werden die Untersuchungen wieder etwas häufiger genutzt. Bei den Menschen mit Migrationshintergrund ist der Schichteffekt vor allem für die U8 linearer. Hier nimmt fast ein Drittel der unteren sozialen Schicht, 20,0% der Mittelschicht und 12,0% der oberen sozialen Schicht *nicht* an der U8 teil.

Dabei ist der Gesamtzusammenhang zwischen der U7-Inanspruchnahme und der kombinierten Schicht-Migration-Variable signifikant (Pearson  $\chi^2$ : 11,667; df 5;  $p=0,040$ ) und zwischen U8-Inanspruchnahme und der kombinierten Schicht-Migration-Variable nicht ganz signifikant (Pearson  $\chi^2$ : 10,309; df 5;  $p=0,067$ ). Diese statistischen Gesamtzusammenhänge werden aber insbesondere durch die Gruppe der Migranteltern aus der unteren Sozialschicht hervorgerufen, deren standardisier-

tes Residuum von 2,5 (U7) und 2,4 (U8) in einer kreuztabellarischen Analyse markant hervorsteicht.

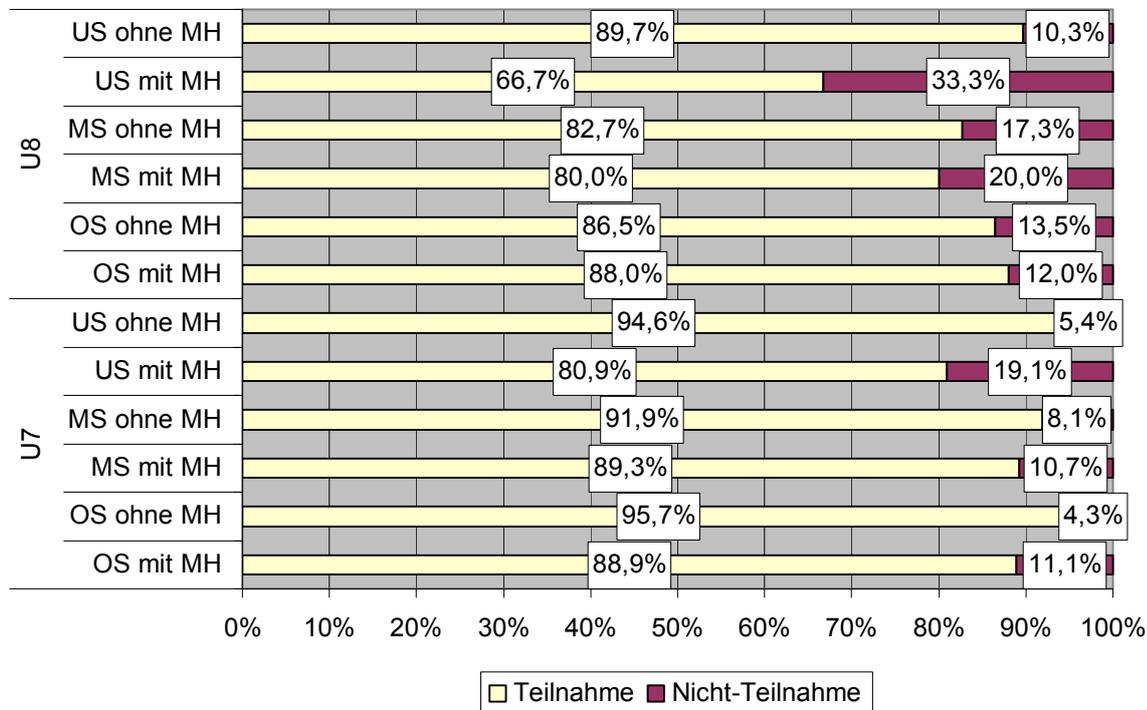


Abb. 16: Nicht-Teilnahme an der U7 und U8 nach Migrationshintergrund und Schichtzugehörigkeit. N=ca. 586 für U7, N=453 für U8 und N=150 für U9

Die in Abbildung 16 zusammengestellten Ergebnisse machen deutlich, wie wichtig die Unterscheidung der Elterngruppen entlang der *beiden* Dimensionen Schicht und Migration ist. Es lassen sich Differenzen sowohl entlang von Schicht als auch entlang von Migration feststellen. So verhalten sich Unterschichten mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Inanspruchnahme von den U-Untersuchungen ganz anders als die autochthone Unterschicht. Dabei ist es sehr wahrscheinlich, dass die Bemühungen der letzten Jahre, stärker die Gruppe der sozial benachteiligten Gruppen anzusprechen und entsprechend zielgruppenspezifische Programme und Initiativen zu fördern, nun für die Eltern aus der autochthonen Unterschicht gefruchtet haben und erste Erfolge aufweisen.

Hingegen gibt es in der Inanspruchnahme der Mittel- und Oberschichten der autochthonen und allochthonen Gruppen nur geringfügige Unterschiede (s. Abb. 16). Die Teilnahme der Eltern mit Migrationshintergrund aus den oberen und mittleren Schichten liegt im Durchschnitt, auch sie sind somit nicht die vulnerabelste Gruppe,

wenn es um die Teilnahme an den U-Untersuchungen (U8-U9) geht. Es ist zu vermuten, dass hier z. B. kultursensible Projekte oder muttersprachliche Materialien wie Flyer und andere Informationsmaterialien erste Erfolge zeigen (Salman 2001; Altgeld et al. 2006).

Eine Gruppe jedoch, die mit etwa einem Drittel Nichtteilnehmer an der U8, noch immer als besonders vulnerabel angesehen werden muss, ist die Gruppe der Migranteltern aus der unteren sozialen Schicht. Wenn also angenommen wird, dass Initiativen zur Erhöhung der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen dazu beigetragen haben könnten, dass die Rate in den letzten Jahren stetig zugenommen hat (s. Kap. 5.1), dann kann hier vermutet werden, dass die Gruppe der Migranteltern aus den unteren sozialen Schichten bislang von diesen Initiativen am wenigsten profitiert haben. *Dieses Ergebnis deutet aber darauf hin, dass Initiativen zur Sensibilisierung und Informierung in Zukunft noch stärker auf diese Zielgruppe abgestimmt werden müssen.* Für die zukünftige Praxis im Bereich der Sensibilisierung für die Vorsorgeuntersuchungen bedeutet dies, dass sie ihre settinggebundenen Maßnahmen noch zielgruppengerechter gestalten müssen, um auch diese extrem vulnerable Gruppe zu erreichen.

Die bislang dargestellten Daten geben nur die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nach unterschiedlichen Merkmalen der Kinder und der Eltern wieder. Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse der Kita-Elternbefragung präsentiert, die Meinungen, Bewertung und Erfahrungen der Eltern in Bezug auf die Vorsorgeuntersuchungen wiedergeben. Diese Ergebnisse sollen eruieren, in welchen Bereichen Eltern eventuell Kritik an den Vorsorgeuntersuchungen haben, was sie für wichtig halten und evtl. welche Bedarfe sie aufweisen.

### **5.2.2 Die Erfahrungen und Zufriedenheit der Eltern mit den U-Untersuchungen**

Wie bereits deutlich wurde, sind die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 wichtige präventive Maßnahmen, um gesundheitliche Störungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Aus sozialepidemiologischen Studien und Gesundheitsberichterstattungen ist bekannt, dass die Teilnahme an den U-Untersuchungen insbesondere ab der U7 rückläufig ist, dies wurde ebenfalls in den bislang in Kap. 5.1 und 5.2.1 dargestellten Daten deutlich. Interessant ist nun zu erfahren, wie Eltern die U-Untersuchungen wahrnehmen, welche Erfahrungen sie bislang mit den Untersuchungen gemacht haben und wie wichtig ihnen diese Untersuchungen sind. *Daraus erge-*

*ben sich möglicherweise Anhaltspunkte, warum insbesondere die U8 und U9 Untersuchungen von bestimmten sozialen Gruppen seltener wahrgenommen werden und wie dem begegnet werden kann.*

Im Folgenden werden die Auswertungen der Messung von Einstellungen und Erfahrungen mit den U-Untersuchungen sowohl nach sozialer Schichtzugehörigkeit, als auch im Hinblick auf den Migrationshintergrund untersucht. Ebenfalls wird versucht – soweit die Daten es erlauben – zweidimensional nach Schicht und Migration gleichzeitig die Ergebnisse darzustellen.

#### *Das Instrument*

Die Eltern wurden anhand einer Itembattery mit insgesamt 14 Items und einer Vierer-Skala (Antwortmöglichkeiten: trifft voll zu, trifft eher zu, trifft nicht zu und trifft gar nicht zu) nach ihren Meinungen und Einstellungen sowie ihren Erfahrungen mit den Vorsorgeuntersuchungen gefragt. Die Items und die Verteilungen der Elternantworten sind in den Abbildungen 17 bis 19 dokumentiert.

#### *Allgemeine Einstellungen zu den U-Untersuchungen*

Wie auf Abbildung 17 auf einem Blick deutlich wird, messen die befragten Eltern den Vorsorgeuntersuchungen sehr große Bedeutung bei. So sagen mit 98,1% fast alle Eltern, dass sie die Untersuchungen für wichtig und sinnvoll halten. Die gegenüber den Vorsorgeuntersuchungen kritischen Formulierungen, etwa dass sie überflüssig sind, wird fast von allen Eltern verneint. Die Verneinung der Aussagen, dass die Untersuchungen nur für kranke Kinder notwendig bzw. nichts für gesunde Kinder seien, deutet ebenfalls darauf hin, dass die *präventive* Bedeutung der Untersuchungen den Eltern sehr bewusst ist.

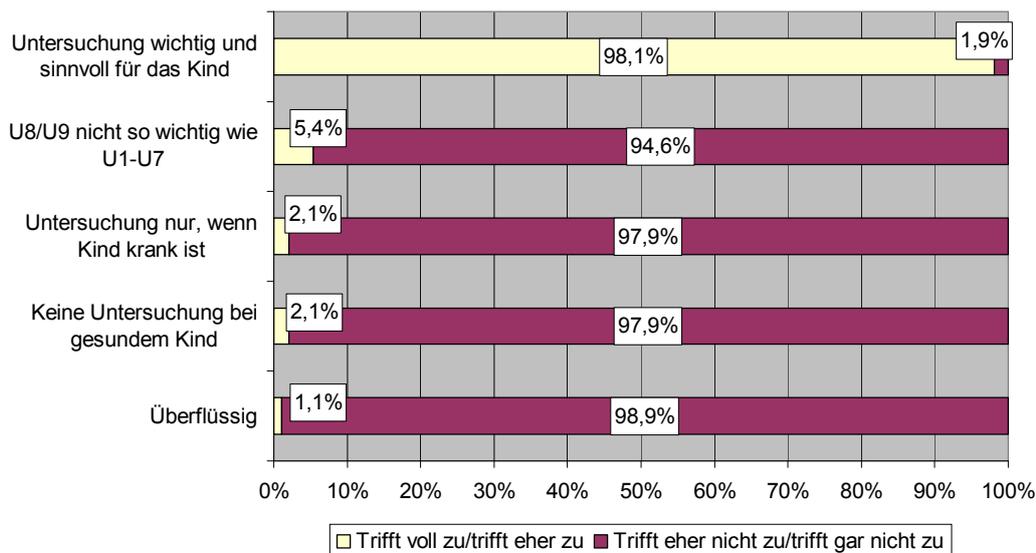


Abb. 17: Allgemeine Beurteilung der U-Untersuchungen durch die Eltern (N=635)

Bei den vorliegenden Verteilungen der Elternantworten erübrigt sich eine genauere Analyse der Elterngruppe, die den U-Untersuchungen skeptisch gegenüber steht. Aufgrund der geringen Zahl der Skeptiker lassen sich für diese Gruppe keine aussagekräftigen Differenzierungen entlang Schicht und Migration durchführen<sup>35</sup>. Die U-Untersuchungen werden also von fast allen Eltern als wichtig und sinnvoll erachtet. Dies trifft für alle Eltern zu, unabhängig vom Sozialstatus oder vom Migrationshintergrund.

Um den Rückgang in der Inanspruchnahme der U-Untersuchung, vor allem bei der U8 und U9 zu erklären, wurden die Eltern gefragt, ob ihnen diese Untersuchungen weniger wichtig erscheinen als die besser besuchten U1 bis U7 Untersuchungen. Obwohl diese Erklärung naheliegend scheint, äußern 94,6% der Eltern, dass alle Vorsorgeuntersuchungen gleich bedeutend sind. Lediglich für 5,4% der Elternschaft sind die U8 und U9 Untersuchungen weniger dringlich. In Bezug auf diese Frage gibt es ebenfalls keine bedeutenden Schicht- und migrationspezifischen Unterschiede. Auch dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Eltern aus den sozial benachteiligten Familien, die nicht die U8 und die U9 in Anspruch nehmen, vermutlich dies nicht deshalb tun, weil sie diese Untersuchungen für weniger wichtig erachten. Das überraschende Ergebnis bei der Analyse dieser Einstellungsitems liegt darin, dass auf der Ebene der bewussten Wertschätzung der U-Untersuchungen keine Unterschiede

<sup>35</sup> Eine Kreuztabellierung nach Schicht und Migration und den einzelnen Items hat jedoch ergeben, dass auch bei den kleinen Fallzahlen in diesem Bereich keine schicht- und/oder migrationspezifischen Differenzen festzustellen sind.

zwischen den Elterngruppen nach Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund auszumachen sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass zumindest auf einer Einstellungsebene die vielfältigen Aufklärungskampagnen und Projekte zur Stärkung der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen mittlerweile greifen.

Festzuhalten bleibt, dass die Vorsorgeuntersuchungen sich bei den Eltern großer Beliebtheit erfreuen. Das zeigt sich nicht nur in den hohen Inanspruchnahmeraten dieser Untersuchungen – obwohl diese bislang immer freiwillig waren und erst seit kurzen in einigen Bundesländern verpflichtend wurden. In dieser Studie wurden die Eltern trotzdem gefragt, was sie von den Untersuchungen halten. Es zeigte sich, dass es kaum ernsthaft kritische Stimmen gegen die Durchführung der Untersuchungen gibt. Bis auf wenige Ausnahmen erachten alle Eltern diese für sinnvoll und wichtig für ihr Kind, unabhängig von Schicht oder Migration. Auch zeigt sich, dass die *präventive Bedeutung* der Untersuchungen für die Eltern von großer Bedeutung ist und sie diese bewusst als präventive Maßnahme auch nutzen. Es sind also keine schicht- oder migrationsspezifischen Differenzen bei der Frage der präventiven Bedeutungszumessung der U-Untersuchungen festzustellen.

#### *Gute und schlechte Erfahrungen der Eltern mit den U-Untersuchungen*

In diesem Abschnitt steht die Frage im Zentrum, welche Erfahrungen die Eltern mit den Vorsorgeuntersuchungen gemacht haben. Dabei stand im Zentrum, welche *negativen* Erfahrungen evtl. vorhanden sind. Abbildung 18 zeigt die prozentuale Verteilung der positiven und negativen Antworten in verschiedenen Erfahrungsbereichen. Dabei zeigt sich, dass die erste ganz allgemeine Frage, ob schon einmal schlechte Erfahrungen gemacht worden seien, von über 95,0% der Eltern negiert wird. Nur 4,6% der Eltern geben an, dass sie schon einmal schlechte Erfahrungen gemacht haben. Dabei sind Differenzierungsmöglichkeiten aufgrund der geringen Fallzahl begrenzt und müssen mit Vorsicht behandelt werden; wenn schlechte Erfahrungen angegeben werden, dann werden sie allerdings signifikant häufiger von Migranteltern aus der Unterschicht und etwas weniger markant von autochthonen Eltern aus der Unterschicht geäußert. Dagegen berichtet kein Elternteil, ob mit oder ohne Migrationshintergrund, aus der Oberschicht über schlechte Erfahrungen bei den U-Untersuchungen (Pearson  $\chi^2$ : 28,978; df 15; p=0,016). Diese Ergebnisse sollten allerdings als explorativ eingeschätzt und mit weiteren Studien untermauert werden. Sollten sie in Zukunft bestätigt werden, dann ist davon auszugehen, dass eine erhöhte

Sensibilisierung gegenüber den U-Untersuchungen mit möglichen schlechten Erfahrungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation von Unterschichtseltern, besonders von Unterschichtseltern mit Migrationshintergrund in Konkurrenz treten und die Wahrnehmung aller U-Untersuchungen torpedieren können.

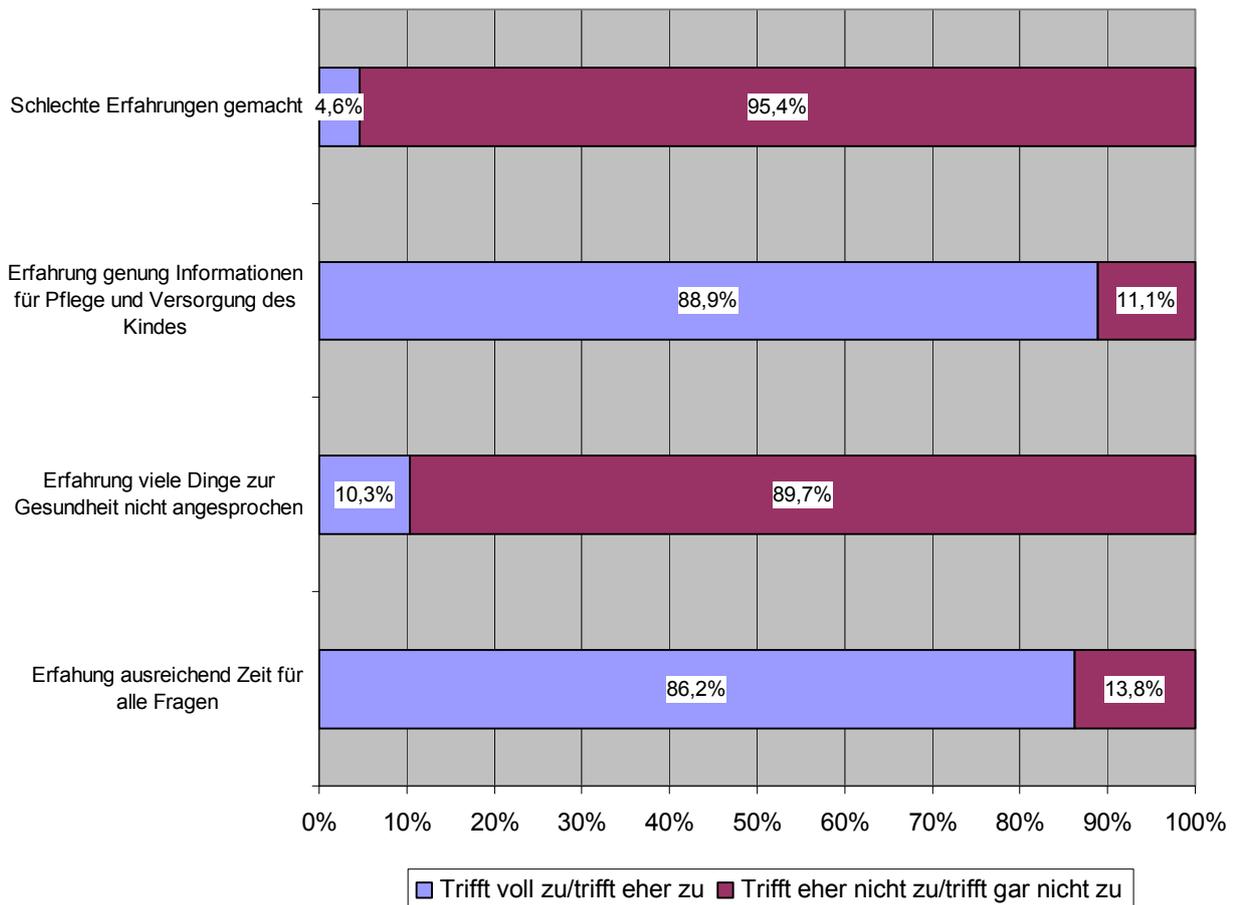


Abb. 18: Erfahrungen mit den Vorsorgeuntersuchungen (alle Eltern, N=635)

#### Die Zufriedenheit mit den Vorsorgeuntersuchungen aus qualitativer Perspektive

Auch in den qualitativen Interviews zeigen sich die Eltern zum größten Teil zufrieden mit den Vorsorgeuntersuchungen, von gravierend schlechten Erfahrungen hat uns keines der befragten Elternteile berichtet. Wenn schon einmal schlechte Erfahrungen mit einem Arzt gemacht wurden, dann wechseln die Eltern in der Regel den Kinderarzt. In den qualitativen Interviews zeigt sich zudem, dass Eltern auch deshalb die Untersuchungen in Anspruch nehmen und für sinnvoll erachten, weil sie nach der Untersuchung, so die Aussage einer Mutter, „beruhigt sind, dass alles in Ordnung ist mit dem Kind“, die Untersuchungen geben also auch den Eltern das Gefühl der Sicherheit und Zuversichtlichkeit in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder.

In den qualitativen Interviews gab es die Möglichkeit, die Eltern genauer nach ihren Erfahrungen zu fragen bzw. in diesem Zusammenhang auch etwas detaillierter danach zu fragen, ob es Elemente oder Dinge bei den Untersuchungen gab, die sie kritikwürdig finden. Einige Eltern berichteten, dass bei ihren Kindern Hör- oder Sehschwierigkeiten nicht erkannt worden seien. Vor allem die häufige Fehldiagnose in Bezug auf Sehstörungen wurde ebenfalls von vielen Erzieherinnen beklagt. So teilten uns einige Erzieherinnen mit, dass sie andere Sehschwierigkeiten bei Kindern feststellen, auch wenn die Kinder bereits bei den entsprechenden U-Untersuchungen teilgenommen haben, diese Störungen aber nicht erkannt worden seien. Andere Eltern wiederum mokierten, dass sie bestimmte Behandlungen wie Ergotherapie oder Logopädie von ihrem Arzt nicht bekommen haben, obwohl diese z. B. von der Erzieherin in der Kita angeregt worden sei.

#### *Migrationspezifischer Informationsbedarf bei den U-Untersuchungen*

Die Frage, ob ausreichend Zeit vorhanden war für Rückfragen, bejahen 86,2% der Eltern. 13,8% geben jedoch an, dass sie nicht genügend Zeit zur Verfügung hatten, um alle Fragen zu klären (s. Abb. 18). Auch hier lässt sich eine signifikante Differenz nach Schicht *und* Migration abbilden. Migranteltern aus der Unterschicht (9,1%) und der Mittelschicht (8,1%) *und* autochthone Unterschichteltern (8,1%) halten die Aussage für „gar nicht zutreffend“, dass sie bei den U-Untersuchungen ausreichend Zeit für alle Fragen erfahren haben (die übrigen drei Gruppen weisen Werte zwischen 0,0% und 2,4% auf). Autochthone Mittel- und Oberschichten und Migranteltern aus der Oberschicht antworten hier deutlich moderater. Sie urteilen häufiger, dass die Aussage „eher nicht zutrifft“ (Pearson  $\chi^2$ : 35,558; df 15; p=0,002). Auch diese Befunde stärken die Interpretation klassischer Verständnisschwierigkeiten bei U-Untersuchungen von ressourcenschwachen Gruppen in der Arzt-Patienten-Kommunikation, die bei Menschen mit Migrationshintergrund bis in die sozioökonomische Mittelschicht hineinreichen können (vgl. hierzu u.v.a. von Reibnitz et al. 2001; Schaeffer & Schmidt-Kaehler 2006; RKI 2008a: Kap. 7; Ludwig 2008; Dreißig 2008; Okken et al. 2008). Dabei wird in der Pflege- und Versorgungsforschung mittlerweile die Analyse von sozioökonomischen und genderspezifischen Barrieren in der Arzt-Patienten-Kommunikation sensibel wahrgenommen – empirische Studien zu migrationspezifischen und soziokulturellen Barrieren sind in Deutschland aber nach wie vor Mangelware (ein Beispiel hierfür ist der ansonsten

lesenswerte Sammelband von Tiesmeyer et al. 2008; als positive Ausnahmen David et al. 2001; Borde & David 2007).

Von großem Interesse ist, wie die U-Untersuchungen bezüglich der Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen angesehen werden. So zeigt sich, dass die meisten Eltern mit den Auskünften, die sie bezüglich der Gesundheitsversorgung ihres Kindes erhalten haben, ebenfalls zufrieden sind. Jedoch geben 11,1% der Eltern an, nicht genügend Informationen zur Vorsorge und Pflege des Kindes erhalten zu haben (s. Abb. 18). Differenziert man nach Migrationshintergrund, dann zeigt sich, dass insbesondere Eltern mit Migrationshintergrund (17,0%) hierbei einen höheren Bedarf aufweisen als Eltern der autochthonen Gruppe (8,0%). Bei den Migrantenelementen aus der unteren Schicht sind es gar 20,0% bzw. jedes fünfte befragte Elternteil, der angibt nicht genügend Informationen erhalten zu haben, im Gegensatz zu 8,1% der autochthonen Unterschicht. Betrachtet man die Oberschichten, dann sind 18,4% der Migrantenelemente der Auffassung, dass sie nicht genügend gesundheitsrelevante Informationen erhalten haben im Gegensatz zu 6,9% der autochthonen Oberschicht (*Pearson  $\chi^2$ : 35,562; df 15; p=0,02*). *Bei der Frage des Bedarfs nach mehr gesundheitsrelevanten Informationen ist hier also ein eindeutiger Migrationseffekt festzustellen; Migranten wünschen sich mehr Beratung in Bezug auf Pflege und Versorgung des Kindes und zwar auch unter Kontrolle von Schichtzugehörigkeit.* Das Ergebnis kann auf zweierlei Art und Weise interpretiert werden. Einerseits ist es möglich, dass Ärzte bei diesen Gruppen weniger beraten als bei anderen. Eine andere Möglichkeit ist, dass gerade Eltern aus diesen sozialen Gruppen sich besonders viel von einem Besuch erhoffen bzw. sich mehr Beratung wünschen als andere Gruppen. Im Hinblick auf eine zielgruppenspezifische Prävention von Migranten könnte in Erwägung gezogen werden, bei den U-Untersuchungen mehr Beratung und Information im Hinblick auf die Gesundheit des Kindes zu liefern.

Dass nicht alle gesundheitsrelevanten Fragen der Eltern beantwortet werden konnten, spiegelt sich auch bei der nächsten Frage wider. Mehr als jeder Zehnte beklagt, dass bei den Vorsorgeuntersuchungen viele gesundheitliche Belange ihres Kindes nicht angesprochen wurden. Dies berichten dabei deutlich häufiger Eltern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (16,4%) und weniger Eltern aus der Oberschicht (8,2%). Auch ist die Gruppe der Migrantenelemente aus der unteren Schicht mit 19,6% die Gruppe, die am häufigsten angibt, dass die Gesundheit des Kindes nicht ausrei-

chend angesprochen wurde. Dieser Zusammenhang ist allerdings statistisch nicht signifikant.

### *Die Arzt-Patienten-Kommunikation aus der Perspektive qualitativer Interviews*

Was den Erhalt von gesundheitsbezogenen Informationen betrifft, ergaben auch die qualitativen Elterninterviews interessante Ergebnisse. So haben sich in den qualitativen Interviews die Eltern viel stärker vor allem über den Zeitmangel während der Untersuchungen beklagt. Viele meinen, dass sie die Informationen erst nach mehrfachen Fragen oder „Nachhaken“ bekommen würden. Teilweise beklagen sie sich, dass die Untersuchungen sehr schnell und unpersönlich ablaufen oder der Arzt sehr distanziert ist. Gerade die Frage, ob der Arzt sich von sich aus genügend Zeit nimmt, oder die Eltern selbst vehement nachfragen müssen, um Informationen zu bekommen, ist aus einer gesundheitlichen Ungleichheitsperspektive zentral.

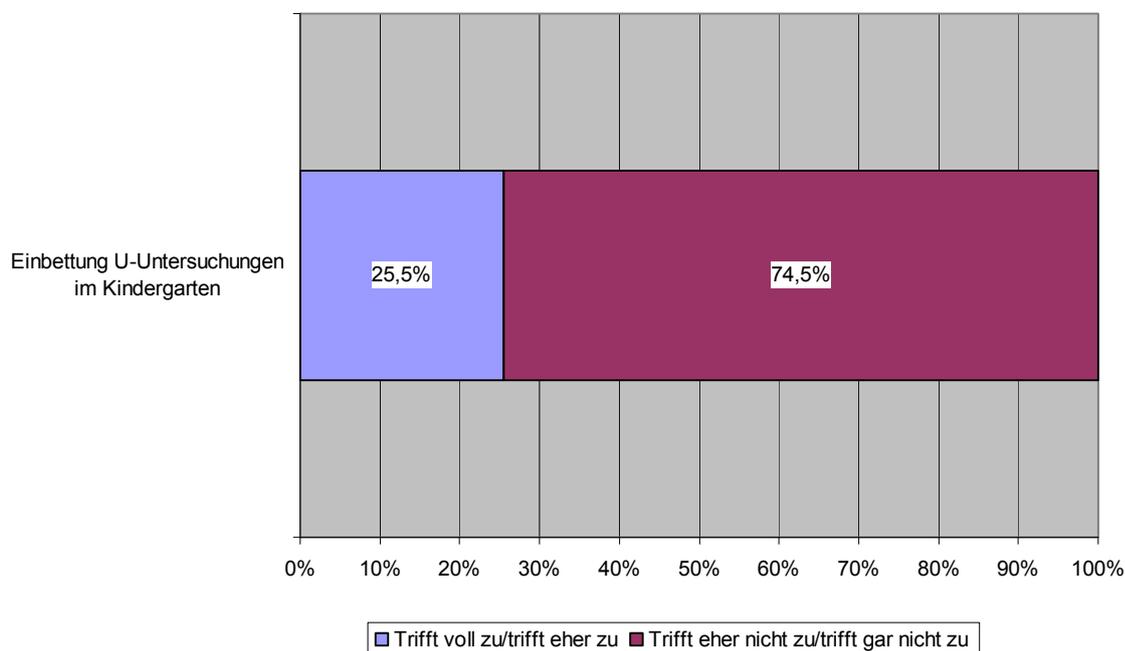
Welche Eltern oder welche Patienten sich trauen nachzufragen und welche nicht, hängt stark ab von der sozialen Stellung der Eltern bzw. Patienten. Hier spielen symbolische Hierarchien eine ganz zentrale Rolle (Schaeffer 2001; Bauer 2006; Bauer 2007; Bauer & Büscher 2008; Tiesmeyer et al. 2008). So kann vermutet werden, dass z. B. Eltern mit Migrationshintergrund aus der unteren sozialen Schicht sich zwar mehr Beratung wünschen, sich aber nicht trauen zu fragen, und bei den anderen Gruppen der Arzt erst reagiert, wenn sie stark nachhaken. Dieser Trend ist auch sonst aus der Forschung in Bezug auf die Arzt-Patienten-Kommunikation bekannt (Reibnitz et al. 2001). Gerade in den letzten Jahren im Zuge der Ökonomisierung und Rationalisierung der Arbeitsprozesse und Arbeitsverdichtung auch in Kliniken und Arztpraxen (Bauer & Bittlingmayer 2010) ist nachvollziehbar, dass Ärzte bei denjenigen, die nicht fragen, auch nicht von sich aus mehr Informationen geben, als zwingend notwendig, selbst wenn der Patient resp. die Eltern mehr Bedarf nach Informationen haben.

Wenn Eltern nach ihren konkreten Erfahrungen mit den U-Untersuchungen gefragt werden, lassen sich in der Gesamtschau auffällige Differenzen zwischen der Migrationsbevölkerung und zwischen den sozialen Schichten ausmachen. Die hier vorgestellten Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass über Sensibilisierungskampagnen auf Seiten der Eltern ebenfalls Sensibilisierungskampagnen auf Seiten der Ärzteschaft vonnöten wären, wenn die Teilnahmequoten von U7 bis U9 weiter steigen sollen. Zumindest wären schlechte Erfahrungen, wie sie hier von sozial benachteilig-

ten Elterngruppen signifikant häufiger zum Ausdruck kommen, ein materialer Verhinderungsgrund, mit dem Kind alle U-Untersuchungen freiwillig zu durchlaufen.

### *Settinganbindung der U-Untersuchungen*

In einem letzten Schritt sollen nun die Ergebnisse der Frage dargestellt werden, bei denen es darum geht die Meinung der Eltern über eine stärkere institutionelle Einbindung der Vorsorgeuntersuchungen zu erfahren. Dies wurde mit der Frage operationalisiert, ob die Eltern der Meinung sind, dass die U-Untersuchungen in den Kindergarten eingebettet werden sollen.



*Abb. 19: Settinganbindung der U-Untersuchungen*

Die Frage, ob sich der Kindergarten um die Vorsorgeuntersuchungen kümmern sollte, wird von etwa einem Viertel der Eltern bejaht<sup>36</sup> (s. Abb. 19). Dabei zeigen sich Differenzen in den Sozialschichten sowie im Hinblick auf den Migrationshintergrund. Während fast ein Fünftel der Eltern (18,2%) mit hohem Sozialstatus dieser Ansicht ist, befürworten dies nahezu doppelt so viele Eltern mit niedrigem Sozialstatus (33,9%). Es zeigt sich ebenfalls, dass ca. ein Drittel der Eltern mit Migrationshintergrund diese Meinung vertreten, während 22,1% der autochthonen Eltern eine Ein-

<sup>36</sup> Die Frage bezieht sich nur auf die U8 und U9, da diese erst im Kindergartenalter durchgeführt werden. Da in der BRD (in den ehemaligen Bundesländern) weit über 95,0% der Kinder erst nach dem dritten Lebensjahr eine Kita besuchen, kommen die anderen U-Untersuchungen U1 bis U7 für diese Frage gar nicht in Frage.

bindung der U-Untersuchungen in den Kindergarten begrüßen. Eine Differenzierung nach den zwei Dimensionen zeigt noch stärkere Schicht- und Migrationseffekte: 37,5% der unteren Migrantenschicht, 30,6% der autochthonen Unterschicht und 32,5% der mittleren Migrantenschicht befürwort, dass der Kindergarten sich um die Vorsorgeuntersuchungen kümmern sollte. Bei den oberen sozialen Schichten ist die Befürwortung geringer. Diese Ergebnisse liefern erste Indizien dafür, dass die Erwartungen, die an die Institution Kita von Seiten der Eltern herangetragen werden, schicht- und migrationspezifisch variieren.

### ***5.2.3 Zusammenfassung: Die zwei Ebenen des Präventionsdilemmas bei den Vorsorgeuntersuchungen***

Die Elternbefragung in den Kitas aus Solingen und Düsseldorf sollte Antworten auf die nach wie vor offene Frage liefern, warum bestimmte Elterngruppen die U-Untersuchungen U7 bis U9 seltener wahrnehmen. Eine zentrale Hypothese war, dass diejenigen Eltern, die diese Untersuchungen für ihre Kinder nicht in Anspruch nehmen, ihnen eine geringere Bedeutung beimessen oder dass sie die präventiven Ziele dieser Untersuchungen nicht erkennen. Im Gegensatz zu der Inanspruchnahme, die schicht- besonders aber migrationsabhängig ist, zeigen sich in Bezug auf die Einstellungen zu den U-Untersuchungen in dieser Hinsicht keine schicht- oder migrationspezifischen Effekte bei den Eltern.

So sind die Einstellungen, dass die U-Untersuchungen eine wichtige präventive Funktion für die Kinder haben und dass sie wichtig und sinnvoll sind, bei allen sozialen Gruppen gleich ausgeprägt. Die oben genannte Hypothese hat sich also nicht bestätigt. Der größte Teil der Eltern stimmt darin überein, dass die Vorsorgeuntersuchungen, und zwar auch die U7, U8 und die U9, für das Kind – auch präventiv – sinnvoll sind.

Unterschiede gibt es allerdings auf der Ebene der konkreten Erfahrungen mit den U-Untersuchungen. Die Analysen kristallisieren eine Gruppe von Migranteltern aus der unteren Sozialschicht heraus, die besonders im Hinblick auf die Beratung bei den Untersuchungen eine größere Unzufriedenheit zeigt und häufiger schlechte Erfahrungen gemacht hat. Es ist gleichzeitig diese Elterngruppe, die die späteren U-Untersuchungen am wenigsten in Anspruch nimmt.

Ob die größere Unzufriedenheit mit der Beratung während den U-Untersuchungen auf Seiten der sozial vulnerablen Gruppen an der Arzt-Patienten-Kommunikation

liegt – also diese Elterngruppe weniger gut beraten wird – oder daran, dass gerade diese Gruppen sich mehr Beratung wünschen als andere Gruppen, kann mit den hier vorliegenden Daten nicht beantwortet werden und verweist auf weiteren Forschungsbedarf. Was aber deutlich wird, ist, dass nach den hier vorliegenden Daten diese in Public Health als besonders vulnerabel bezeichnete Gruppe subjektiv einen höheren Bedarf nach Beratung über Gesundheitsfragen aufweist als andere soziale Gruppen. Dieser Befund steht in direktem Gegensatz zu der verbreiteten Vorstellung, dass Unterschichteltern – besonders diejenigen mit Migrationshintergrund – kein Interesse an Gesundheitsthemen signalisieren.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass es im Bereich der Einstellungen gegenüber den Vorsorgeuntersuchungen keine Differenzen nach Schicht und Migration gibt. Hingegen gibt es die Gruppe der Eltern mit Migrationshintergrund aus der unteren sozialen Schicht, die häufiger schlechte Erfahrungen gemacht haben bzw. mit der Beratung nicht weniger zufrieden waren.

Nach den schicht- und migrationsspezifischen Auswertungen in Bezug auf die U-Untersuchungen hat sich also eine Gruppe von besonders benachteiligten Elterngruppen herauskristallisiert, für die das Präventionsdilemma auf zwei Ebenen in besonderer Weise vorliegt. *Erstens* scheinen die Aufklärungs- und Informationskampagnen der letzten Jahre, die zum Ziel hatten, die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen zu erhöhen, für diese Gruppe nicht so erfolgreich gegriffen zu haben wie für andere soziale Gruppen, denn die Teilnahme an den U-Untersuchungen ist bei der Gruppe der unteren Migrantenschicht mit etwa Zweidrittel im Verhältnis zu den anderen sozialen Gruppen noch immer recht gering. *Zweitens* kann im Verhältnis zur übrigen Gruppen ein größerer Teil dieser sozialen Gruppe ihren Bedarf nach Information und Beratung *auch nach der Überwindung der ersten Ebene des Präventionsdilemmas und trotz* des Besuchs an den Vorsorgeuntersuchungen nicht decken. Hier besteht ein subjektiver Bedarf einer bestimmten sozial benachteiligten Gruppe, die in der Praxis nicht genügend gedeckt wird.

Zur Überwindung der ersten Ebene des Präventionsdilemmas gibt es viele gute Projekte und Initiativen, die auch versuchen die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Ein gutes Beispiel ist die Bereitstellung von Materialien in verschiedenen Sprachen, damit Migranteneltern auch auf ihrer eigenen Muttersprache angesprochen und somit Sprachbarrieren überwunden werden können (z. B. das

Programm „Ich geh’ zur U! Und Du?“<sup>37</sup>). Diese Konzepte sind sehr sinnvoll. Beachtet werden muss aber in diesem Zusammenhang, dass schriftliche Materialien auch von der autochthonen unteren sozialen Schicht, die in der Regel schulbildungsfern ist, auf geringere Akzeptanz stoßen. Demnach liegt die Vermutung nahe, dass muttersprachlich konzipierte schriftliche Materialien zwar die Migranten aus der Mittel- und Oberschicht, jedoch weniger die aus der Unterschicht erreichen.

Auf der anderen Seite gibt es inzwischen eine ganze Reihe guter Initiativen, die sich sehr sensibel auf die Gruppe sozial Benachteiligter konzentrieren und z. B. keine bzw. wenig schriftliche Materialien einsetzen (Armbruster 2006; 2009; Löffler & Wigger 2009; Wright 2009). Bei diesen Initiativen müsste noch geschaut werden, inwieweit diese kultursensibel sind. Im Bereich der Prävention allgemein gibt es bereits auch durchaus Programme, die versuchen z. B. durch muttersprachliche Mediatorinnen aus derselben ethnischen Gruppe schwer erreichbare Migrantengruppen zu erreichen (z. B. Mimi Projekt; STEP Elternkurse). Diese Konzepte können als ein durchaus geeigneter Weg angesehen werden, sozial benachteiligte Migranten zu erreichen (Salman 2001, 2008).

### **5.3 Das Projekt „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ und die Wirksamkeit einer Settinganbindung**

Im vorangegangenen Kapitel wurden die empirischen Ergebnisse für die Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt, indem die Teilnahme sowie die Einstellungen nach unterschiedlichen sozialen und demographischen Merkmalen der Eltern untersucht wurde. Dabei wurde festgestellt, dass in vielerlei Hinsichten *keine* schichtspezifischen oder migrationsspezifischen Unterschiede festzustellen sind. So ist beispielsweise der größte Teil *aller* Eltern von der präventiven Bedeutung der U-Untersuchungen für ihre Kinder überzeugt. Es zeigte sich aber ebenfalls, dass sich vor allem entlang der beiden Strukturierungsmerkmale soziale Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund auch ganz besondere Differenzen entfalten. Bei der Teilnahme an den Untersuchungen U7 bis U9 erwiesen sich z. B. die Gruppe der Migranteltern aus den unteren Schichten als besonders vulnerabel. Auch im Hinblick auf Fragen der Bera-

---

<sup>37</sup> Auch in anderen Bereichen der Prävention werden Materialien in verschiedenen Sprachen zur Verfügung gestellt, so z. B. die Elternhefte und Elternbriefe von Lions Quest, Materialien von STEP im Bereich Elternbildung.

tung während der U-Untersuchungen waren markante migrations- und schichtspezifische Differenzen zu identifizieren. Die Diagnose des schichtspezifischen wie auch migrationspezifischen Präventionsdilemmas hat sich auch für den Bereich der sekundärpräventiven Vorsorgeuntersuchungen bestätigt.

Um die geringere Teilnahme an der U7 bis U9 gerade bei den bislang schwer erreichbaren Gruppen zu erhöhen, sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Projekten und Programmen initiiert worden, die auf kommunaler, regionaler und Bundesebene angesiedelt sind. Insbesondere mit der Anbindung an das Setting Kindergarten ist häufig die Hoffnung verbunden, auch bislang schwer erreichbare Gruppen für die Vorsorgeuntersuchungen zu sensibilisieren. Die wohl bekannteste und am meisten verbreitete Initiative ist „Ich geh` zur U! Und du?“, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) angeboten wird. Das Projekt ist bereits 2006 positiv evaluiert worden (IFUMA 2004). Solche Programme können als primärpräventive Aufklärungsprogramme verstanden werden, die immer wieder versuchen, die präventive Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen in das Blickfeld der Eltern zu rücken.

Eines dieser vielen Programme ist das Modellprojekt „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“. Das Projekt wird von der AOK Rheinland/Hamburg mit Sitz in Düsseldorf bereits seit 1998 angeboten und richtet sich in erster Linie an Kindergärten und Kindertagesstätten im Gebiet Rheinland. *Am Beispiel dieses Programms soll in den nachfolgenden Ausführungen weiterhin der Frage nach den Konkretisierungen des Präventionsdilemmas und der Frage, inwieweit eine Settinganbindung von Präventionsprogrammen zur Überwindung des Präventionsdilemmas verhelfen kann, nachgegangen werden.*

#### *Das Projekt „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“*

Das Programm, kurz U-Boot genannt, versteht sich als ein niedrighwelliges, settingbezogenes Programm, das Erzieher, Kinder und Eltern für die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 sensibilisieren möchte. Neben der Zurverfügungstellung verschiedener Materialien besteht die Möglichkeit, dass Kindergartengruppen mit Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren einen Erlebnisraum in der Zentrale in Düsseldorf besuchen. Das Besondere an diesem Programm ist, dass es kein Elternedukationsprogramm im engeren Sinne ist. Vielmehr richtet es sich direkt an Erzieherinnen, die als Multiplikatoren des Programms angesehen werden können.

Die Verbreitung der Aufklärungsinhalte unter den Eltern wird also hier nicht in Form von Kursen vermittelt, sondern über die mehr oder weniger direkte Kommunikation von Erzieherinnen und Eltern. Ferner ist das Programm als niedrighschwelliges Programm universell angelegt und hat den Anspruch, alle sozialen Gruppen erreichen zu können, ohne zielgruppenspezifisch vorgehen zu müssen<sup>38</sup>.

### *Forschungsfragen*

Im Folgenden steht die Frage im Zentrum, inwieweit ein settinggebundenes, universelles Elternaufklärungsprogramm in der Lage ist, alle sozialen Gruppen – Menschen aus allen sozialen Schichten und Menschen mit und ohne Migrationshintergrund – zu erreichen. In einem ersten Schritt wird am Beispiel der Stadt Düsseldorf auf der Grundlage der sozialräumlichen Gliederung der Stadt untersucht, inwieweit Kitas unabhängig von ihrer soziogeografischen Lage in der Stadt und der sozialstrukturellen Zusammensetzung der Eltern das Programm implementieren, ob also bereits bei der Auswahl der Kitas eine soziale Selektion statt findet und ein institutionelles Präventionsdilemma vorliegt. Ergänzend wird die sozialstrukturelle Zusammensetzung der Interventionsgruppe im Vergleich der Kontrollgruppe vorgenommen. In einem zweiten Schritt steht die Wahrnehmung des Programms durch die unterschiedlichen Elterngruppen im Zentrum. Damit soll die Frage beantwortet werden, inwieweit ein universelles – also nicht zielgruppenspezifisches Programm – in den konkreten Settings auch alle Eltern aus allen sozialen Gruppen erreicht. Abschließend wird in diesem Abschnitt die Rolle der Erzieherinnen bei der Implementierung von Präventionsprogrammen im Setting Kita genauer unter die Lupe genommen. Als erstes werde ich jedoch einige Hinweise zu methodischen Besonderheiten in diesem Kapitel geben.

### *Methodische Hinweise*

Die in diesem Abschnitt ausgewerteten Daten sind dem Datensatz der 1. Welle entnommen, weil die Erhebungen zum U-Boot Projekt in dieser Welle stattgefunden haben. Von den 37 Kindergärten und Kindertagesstätten, die an der Befragung der ersten Welle teilgenommen haben, sind 17 Interventionskindergärten – d. h., dass sie

---

<sup>38</sup> Näheres zum „U-Boot“ s. Homepage: <http://www.aok.de/kids/rh/u-boot/index.php?sid=89f6c071ed27aecce33510645fcf9e55>. Das Programm wurde im Kontext des BEEP-Projektes wissenschaftlich begleitet. Zu den genaueren Ergebnissen s. Sahrai et al. 2009 oder Hartung et al. 2010, Teilprojekt C.

zum Zeitpunkt der Befragung bereits ein- oder mehrmals mit ihren Kindergarten-  
gruppen das U-Boot besucht und die U-Boot-Materialien verwendet haben – und 20  
Kontrollkindergärten, also Kindergärten, die bis dahin keinen Kontakt zu dem ge-  
nannten Projekt hatten. Bei dem hier vorliegenden Sample von insgesamt 635 Fällen  
stammen 47,6% der beantworteten Fragebögen aus einem Interventionskindergarten  
und 52,4% aus einem Kontrollkindergarten.

Zudem werden für die Auswertungen in diesem Kapitel Daten zur „Sozialräumlichen  
Gliederung“ der Stadt Düsseldorf, herangezogen um Settingeffekte bei der Imple-  
mentierung des Programms zu messen (s. unten).

### ***5.3.1 Reichweite einer Settinganbindung: Überwindung oder Verfestigung eines institutionellen Präventionsdilemmas?***

In diesem Abschnitt soll die Frage beantwortet werden, ob das Programm U-Boot,  
das zur Erreichung der Eltern den Weg über die Settinganbindung an Kindertages-  
stätten gewählt hat, auch tatsächlich alle Eltern erreicht, ob es also zur Überwindung  
bzw. Verringerung des Präventionsdilemmas beitragen kann. Sollte das U-Boot stär-  
ker von Kindertageseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die sich in den  
eher wenig benachteiligten Gegenden befinden, in denen ebenfalls der Anteil der  
sozial benachteiligten Gruppen geringer ist, als von Kitas in Stadtteilen mit einem  
hohen Anteil an sozial benachteiligten Eltern, so läge hier ein *institutionelles Präven-  
tionsdilemma* vor (Bauer 2005). Das Programm dringt dann erst gar nicht zu den  
Settings durch, in denen sich sozial benachteiligte Eltern aufhalten.

Die These eines institutionellen Präventionsdilemmas wird in den folgenden Ausführ-  
ungen anhand von zwei Indikatoren überprüft. *Erstens* wird auf der Grundlage der  
sozialräumlichen Gliederung der Stadt Düsseldorf analysiert, ob Kitas aus ungleich  
privilegierten Sozialräumen gleichermaßen an dem U-Boot Projekt teilnehmen. Dies  
konnte nur für die Stadt Düsseldorf erfolgen, denn für die Stadt Solingen lag eine  
solche sozialräumliche Gliederung nicht vor. *Zweitens* wird die sozialstrukturelle  
Zusammensetzung der Eltern nach Schicht und Migration zwischen Interventionski-  
tas und Kontrollkitas verglichen, um zu schauen, ob diese Zusammensetzung selektiv  
ist.

- *Methodische Hinweise:* In einer jüngeren Veröffentlichung der Stadt Düsseldorf  
(Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf 2005) wird eine soziale Karte der Stadt

erstellt, in dem die einzelnen Sozialräume nach ihrem Bedarf nach sozialer Unterstützung gegliedert werden. Der Grad der sozialen Unterstützung wird dabei als Indikator für den Grad der Benachteiligung genommen. Als Indikatoren für den Bedarf nach sozialer Unterstützung gehen u. a. der Bildungsstatus der Bewohner, der Ausländeranteil, der Anteil der Erwerbslosen etc. in die Berechnungen mit ein. Hierin sind dann auch die einzelnen Kitas und Kindergärten eingezeichnet (Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf 2005). Danach ist genau ersichtlich, welche Kitas sich in welchen Stadtteilen befinden.

Um die Frage nach der sozialräumlichen Verteilung der Kitas in Düsseldorf, die das U-Boot Projekt durchgeführt haben, beantworten zu können, wurden als Grundgesamtheit alle 300 Kitas in Düsseldorf gewählt. An dem Projekt U-Boot hatten zur Zeit der Erhebung insgesamt 93 Kitas teilgenommen (Stand 2007). Alle Kitas wurden nach den drei Bedarfskategorien (hoher, mittlerer und geringer Bedarf) eingeteilt. Anschließend wurde dann mit bivariaten Analysen errechnet, ob signifikante Differenzen entlang der Bedarfskategorien in der Teilnahme der Kitas vorhanden sind.

#### *Ergebnisse: Teilnahme der Kitas nach dem Bedarf nach sozialer Unterstützung*

- Abbildung 20 zeigt die Verteilung der U-Boot Kindergärten und der anderen Kitas nach dem Bedarf der sozialen Unterstützung. Es wird deutlich, dass hier keine signifikanten Unterschiede nach Bedarfskategorien bei der Implementierung des U-Boot Programms vorhanden sind. Kindergärten mit einem hohen Bedarf nach sozialer Unterstützung nehmen mit ca. einem Drittel (35,7% Teilnahme) aller entsprechend eingestuften Düsseldorfer Kitas häufiger am U-Boot teil als Kitas mit mittlerem Bedarf (26,6% Teilnahme) so häufig an dem Programm teil, wie Kitas mit mittlerem und niedrigem sozialen Bedarf. Lediglich die Teilnahmerate der Kitas mit geringem Unterstützungsbedarf ist mit 37% noch etwas höher – die Differenzen sind aber statistisch nicht signifikant ( $p=0,226$ ). Für die Stadt Düsseldorf gilt somit, dass die Kitas unabhängig von ihrer sozialen Lage in der Stadt gleichermaßen an dem Projekt teilnehmen. Die Abbildung 20 illustriert die Teilnahmequoten in der Übersicht.

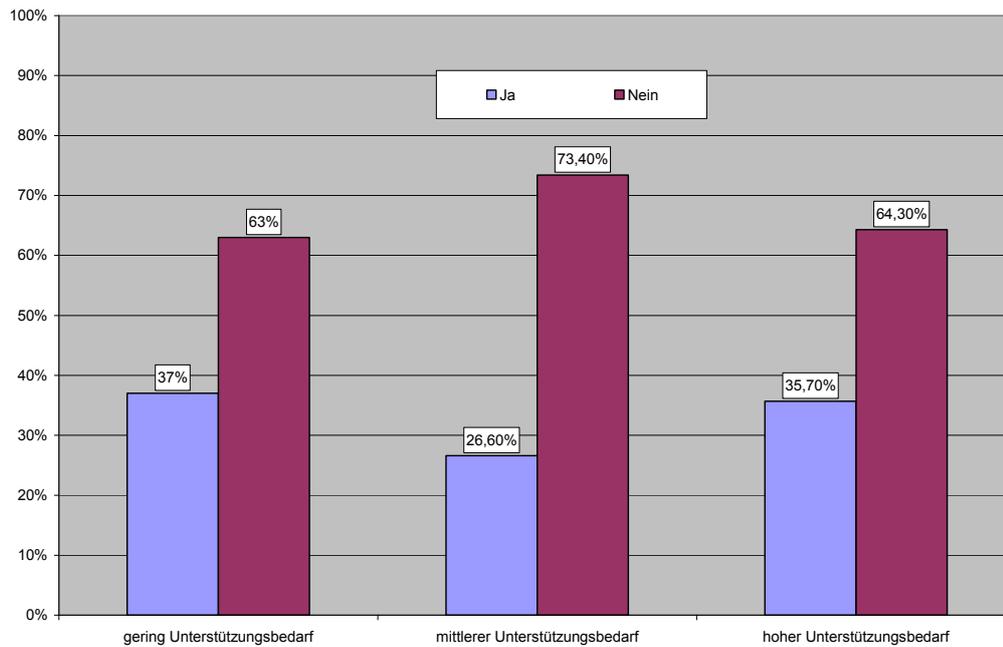


Abb. 20: Teilnehmeraten der Düsseldorfer Kitas am U-Boot-Programm nach sozialem Unterstützungsbedarf; N=272.

### *Ergebnisse: Sozialstrukturelle Zusammensetzung der Eltern in Interventions- und Kontrollkitas*

Um diesen Settingindikator noch einmal zu untermauern, wird im nächsten Schritt untersucht, ob sich auf der Basis des Befragungssamples Differenzen zwischen Interventionskitas und Kontrollkitas entlang sozialstruktureller Merkmale der Eltern ergeben. Denn die geografische Lage der Kitas bildet keineswegs immer direkt den Unterstützungsbedarf der Eltern ab, vor allem dann nicht, wenn es sich um eine freie Trägerschaft einer Elterninitiative handelt. Erst wenn die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollkitas nicht mit Unterschieden in den sozialstrukturellen Merkmale der Elternschaft korrelieren, kann sicher davon ausgegangen werden, dass für das U-Boot das institutionelle Präventionsdilemma (für die Sekundarstufe-I s. Bauer 2005) im Setting Kita nicht greift. Abbildung 21 veranschaulicht die Prozentwerte der sechs unterschiedlichen sozialen Gruppen von Eltern an den Kontroll- und Interventionskitas.

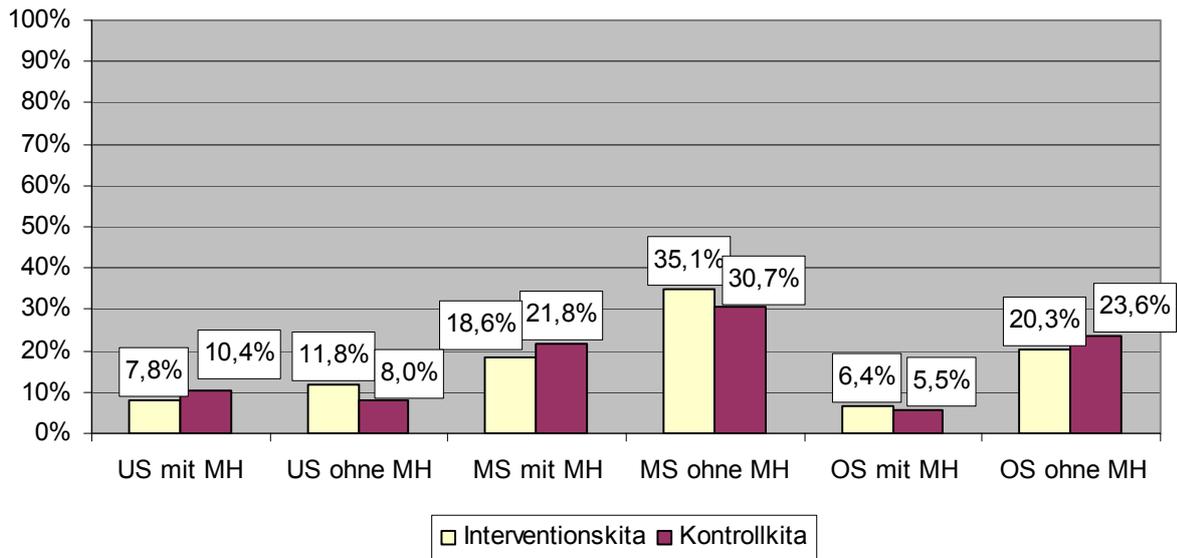


Abb. 21: Interventions- und Kontrollkitas nach Migration und Schichtzugehörigkeit der Eltern, 1. Welle, N=622, Interventionskita=296, Kontrollkita=326

Abbildung 21 verdeutlicht, dass auch hier keine signifikanten Differenzen bei der Implementierung des Programms nach der sozialen Herkunft der Eltern vorhanden sind. Die Zahlen weichen nur sehr geringfügig voneinander ab. Dieses Ergebnis bestätigt noch einmal, dass das Projekt U-Boot auf der Ebene der Einrichtungen in der Lage ist in einem ersten Schritt das Präventionsdilemma zu überwinden. Es ist erst einmal als Programm in allen Kindertageseinrichtungen gleichmäßig vertreten, unabhängig davon in welchem sozialen Gebiet die Kita sich befindet und welcher sozialen Gruppe die Eltern angehören. *Damit ist eine erste Hürde in Bezug auf das Präventionsdilemma bei dem Programm U-Boot überwunden. Das Programm wird von allen Kitas gleichermaßen – und zwar unabhängig von der sozialräumlichen Lage und unabhängig von der sozialen Zusammensetzung der Eltern – in Anspruch genommen.*

### 5.3.2 Die Wahrnehmung des Programms nach soziodemographischen Merkmalen der Eltern

Im Hinblick auf die Diagnose des Präventionsdilemmas kann an dieser Stelle am Beispiel des U-Boot Programms festgehalten werden, dass die Settinganbindung durchaus zur Überwindung eines institutionellen Präventionsdilemmas beitragen kann. Offen bleibt nach den bisherigen Analysen, ob es bei den Eltern aus der Interventionsgruppe bei der Wahrnehmung des Programms Differenzen entlang Schicht- und Migrationszugehörigkeit gibt. Sollten in der Wahrnehmung schicht- oder migra-

tionsspezifische Differenzen vorhanden sein, ist dies als ein Hinweis zu deuten, dass das Projekt von unterschiedlichen Elterngruppen unterschiedlich wahrgenommen wird, auch wenn es auf der Ebene der Einrichtungen keine selektive Implementierung des Programms gegeben hat.

- *Methodische Hinweise:* In den hier folgenden Analysen stehen die Kindergärten und Kindertagesstätten im Vordergrund, die das Programm U-Boot implementieren. Damit werden alle Eltern, die zu der Kontrollgruppe gehören, aus den folgenden Berechnungen herausgenommen. Die Interventionsgruppe macht, wie bereits oben dargestellt, 47,6% der Gesamtgruppe aus, es sind N=296 Fälle. Dabei wurden die Eltern aus der Interventionsgruppe direkt gefragt, ob das Projekt „U-Boot“ im Kindergarten des Kindes durchgeführt wurde. Insgesamt haben 39,3% (N=92) der Eltern aus den Interventionskitas angegeben, dass sie das Programm wahrgenommen haben<sup>39</sup>.

### *Ergebnisse*

Abbildung 22 zeigt die Angaben der Eltern zu der Wahrnehmung des Programms im Setting nach den beiden Dimensionen Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund. Auch hier sticht wie in den Berechnungen im Kap. 5.2 die Gruppe der Migranteltern aus der unteren Sozialschicht besonders hervor. Diese geben zu nur 11,1% an, dass das Projekt in der Kita ihres Kindes durchgeführt wurde. Hingegen ist der Anteil der autochthonen Unterschicht zwar im Gegensatz zu den Angaben der Mittelschicht geringer, liegt aber mit 36,0% fast im Durchschnitt<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Zu den Interventionskindergärten wurden alle Kitas gerechnet, die seit 2003 mindestens einmal an dem U-Boot Projekt teilgenommen haben. In den qualitativen Interviews stellte sich heraus, dass die Einrichtungen jeweils mit einzelnen Gruppen an dem U-Boot teilnehmen. Das Programm kann also tatsächlich in den Einrichtungen durchgeführt worden sein, ohne dass alle Eltern davon erfahren haben müssen. Das begründet auch die auf dem ersten Blick relativ geringe Bekanntheit des Programms in den Interventionskitas.

<sup>40</sup> Die Gruppe der Migranteltern aus der Oberschicht nimmt zwar auch mit nur 27,3% das Projekt wahr, aufgrund der geringen Fallzahlen für diese Gruppe lassen sich aber keine validen Interpretationen machen.

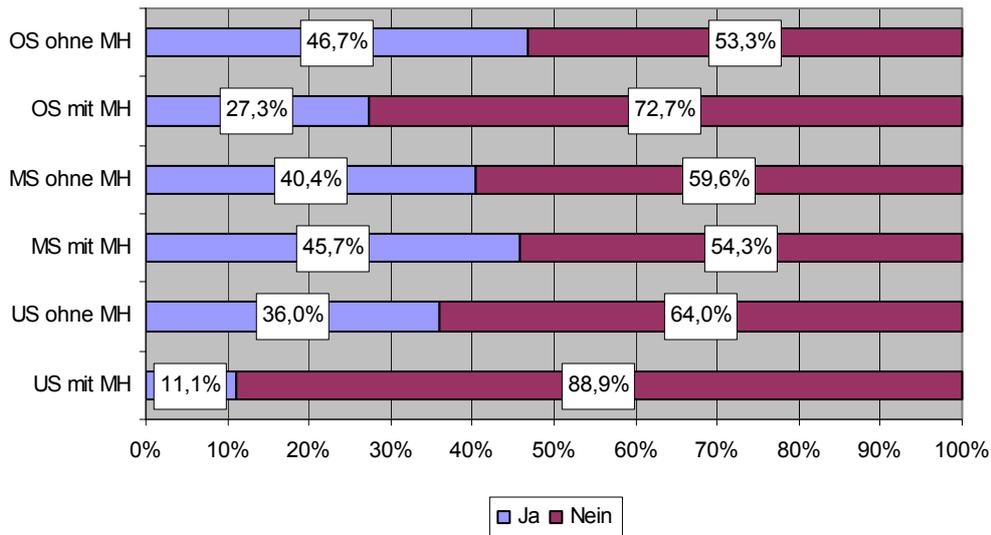


Abb. 22: Elterliche Kenntnis der Durchführung des U-Boots in Abhängigkeit von Migration und Schichtzugehörigkeit, N=234

Obwohl das Programm also in allen Kitas gleichermaßen durchgeführt wurde, lassen sich bei der Wahrnehmung des Programms im Setting soziale Unterschiede feststellen. Ein gutes universelles Programm also, das im Setting angeboten wird, um gerade sozial benachteiligte Eltern zu erreichen, wird innerhalb des Settings selbst von einer neuen Dimension des Präventionsdilemmas überschattet. Dabei zeigt sich, dass die Settinganbindung für die anderen Elterngruppen – und zwar sowohl für die Eltern aus der Migrantenmittelschicht als auch für alle sozialen Gruppen der autochthonen Gruppe – also auch die der Unterschicht fast gleichermaßen wahrgenommen wird. Migranteneltern der unteren Sozialschicht scheinen jedoch auch dann, wenn die Programme in den Settings, in denen ihre Kinder den Kindergarten besuchen, angeboten werden, diese weniger wahrzunehmen als andere Gruppen. Auch an dieser Stelle kristallisiert sich für diese soziale Gruppe die Frage, ob die bislang universellen Programme ausreichend sind, oder ob Maßnahmen für diese Gruppen nicht noch zielgruppenspezifischer konzipiert werden müssten. Dabei zeigt sich an dieser Stelle auch ganz besonders die Bedeutung einer zweidimensionalen Analyse. Würde man sich nur die Ergebnisse der Wahrnehmung nach Schicht anschauen, dann nehmen knapp 43,0% der Oberschichten, 42,0% der Mittelschichten und etwa 25,0% der Unterschichten das Programm wahr. Nach diesem Verfahren würde also die Ursache der geringeren Wahrnehmung des Programms an der Schichtzugehörigkeit liegen. Würde man nur nach Migration berechnen, dann nehmen 41,5% der Eltern mit Migrationshintergrund und 58,5% der autochthonen Eltern das Programm wahr. Es

gäbe demnach ebenfalls einen eher leichten Effekt nach Migration, der Effekt von Schichtzugehörigkeit wäre größer. Erst eine zweidimensionale Auswertung macht es also möglich, genauer die Gruppe zu eruieren, die am aller wenigsten von präventiven Programmen erreicht werden (s. Abb. 22).

Im Hinblick auf die hier interessierenden Setting-Effekte soll nunmehr der Fokus auf das pädagogische Personal selbst gerichtet werden, das in der Regel in Arbeiten zum Präventionsdilemma wenig Beachtung findet (etwa bei Bauer 2005). Im Folgenden soll überprüft werden, inwieweit auf die Setting-Ebene zielende gesundheitsfördernde oder präventive Interventionen ohne Rekurs auf die dort agierenden Professionellen und Semiprofessionellen auskommen können.

### **5.3.3 Die Rolle des pädagogischen Personals im Setting**

Das pädagogische Personal spielt bei der Implementierung von Präventionsprogrammen im Setting Kita eine zentrale Rolle, und dabei in ganz besonderem Maße die Kindergartenleitung. Diese ist bei der Umsetzung von jedem Programm und jeder Maßnahme in der Regel die entscheidende Instanz. Denn in der Kita wird zumeist von den Mitarbeitern ein Projekt ausgewählt, sie entscheiden also darüber, ob ein Projekt überhaupt eingesetzt wird oder nicht. Sie sind auch diejenigen, die entscheiden in welcher Form die Eltern mit einbezogen werden, wie treu bzw. wie flexibel ein Programm umgesetzt wird, wie viel Zeit dem Programm gewidmet wird, wie viele personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden usw.. Gerade die Art und Weise sowie das Ausmaß, wie Eltern einbezogen werden, hängt stark von der Art der Zusammenarbeit zwischen Kita und den Eltern ab. Sie bilden also gewissermaßen die Scharnierstelle zwischen Eltern und präventiven Programmen.

Diese besondere Bedeutung des pädagogischen Personals macht sich ebenfalls an der Implementierung des U-Boot bemerkbar.

So haben Eltern auf die Frage, wie sie von dem Programm erfahren haben, zu 60,0% die Erzieherinnen als primäre Informationsquelle für das Projekt angegeben. Auch auf die Frage, von wem die Eltern über den Besuch des Kindes im U-Boot informiert wurden, geben mehr als Zweidrittel (68,0%) der Eltern die Erzieherin an. Trotz vielfältiger Textmaterialien bleibt also die Erzieherin die wichtigste Vermittlerin von Informationen in der Kita. Auch die Art und Weise, auf welche Art und wie stark Eltern in solchen Programmen mit einbezogen werden, hängt häufig von den Ressourcen und dem Engagement des pädagogischen Personals ab. Bei den qualitativen

Experteninterviews hat sich gezeigt, dass Kitas in ganz unterschiedlicher Intensität Eltern in die Präventionsprogramme integrieren. So erfahren z. B. einige Eltern nur über einen Brief über die Durchführung des Projektes, andere sprechen jedes Elternteil einzeln in den „Tür- und Angelgesprächen“ zum Projekt an, andere wiederum erwähnen das Projekt gar nicht oder nur beiläufig. Die Bedeutung, die die Erzieher und die Kindergartenleitung einzelnen Präventionsprogrammen beimessen und die Ressourcen, die ihnen zur Verfügung stehen, entscheidet wesentlich, wie intensiv diese von den Eltern wahrgenommen werden. *Das unterstreicht noch einmal die große Bedeutung der Erzieherinnen für die erfolgreiche Implementierung von Präventionsprogrammen im Setting Kindertagesstätte.*

## **Kap. 6: Elternarbeit im Setting Kita: Elternpartizipation im Spannungsfeld zwischen kulturellen Differenzen und sozialer Benachteiligung**

In dem vorangegangenen Kapitel 5 Arbeit wurden einige Ergebnisse zu der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sowie zur Teilnahme an dem Programm U-Boot nach unterschiedlichen sozialen Gruppen vorgestellt. Gerade bei der Bekanntheit des Programms U-Boot zeigen die Ergebnisse, dass auch für das Gelingen gut konzipierter Programme die gegebenen Rahmenbedingungen der jeweiligen Kindertagesstätten eine entscheidende Rolle spielen. So zeigen die Ergebnisse in Kapitel 5, dass der größte Teil der Eltern nicht etwa durch die durchaus sehr guten und breiten Informationsmaterialien des U-Boots vom Programm erfahren haben, sondern durch die direkte Ansprache der Erzieherinnen. Das (persönliche) Engagement und die Überzeugung der Kitaleitung bzw. der Erzieherinnen tun ihr Übriges, um die erfolgreiche Implementierung von Präventionsprogrammen in Kindertagesstätten zu ermöglichen.

Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und dem pädagogischen Personal in Kitas ist jedoch nicht nur für die erfolgreiche Durchführung von unmittelbar mit Prävention verbundenen, gesundheitsbezogenen Programmen und Projekten von zentraler Bedeutung. Eine gute Kooperation und ein guter Austausch zwischen den beiden für Kinder bis sechs Jahren in der Regel wichtigsten Sozialisationsinstanzen Kita und Familie gilt auch mit Blick auf eine gute und gesunde Entwicklung von Kindern als ebenso bedeutend. Auch in dieser Hinsicht also ist die Zusammenarbeit von Eltern und Erzieherinnen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive besonders relevant. Die Teilnahme der Eltern an Veranstaltungen der Kindertagesstätten bzw. der Austausch zwischen Erzieherinnen und Eltern ist jedoch keine Selbstverständlichkeit im Alltag dieser Institutionen. Vor allem für Eltern aus schulbildungsfernen Schichten und Familien mit Migrationshintergrund ist aus der Praxis bekannt, dass sie sehr selten an Elternabenden teilnehmen und sich auch sonst weniger z. B. an den Elternpflegschaften und sonstigen Aktionen der Kita beteiligen. Zieht man die oben erwähnten Punkte in Betracht, dass Präventionsprogramme in erster Linie über die direkte Kommunikation von Erzieherinnen laufen und viele Programme erst auf Veranstaltungen wie Elternabenden vorgestellt werden, dann bedeutet dies gerade für die

genannten Gruppen von schulbildungsfernen Familien oder bestimmten Migrantenfamilien bereits eine erste Hürde, um Präventionsprogramme wahrzunehmen. Dies bildet eine eigene Form des Präventionsdilemmas, das sich auf die Elternarbeit in den Kitas bezieht und auf die alltägliche Zusammenarbeit und Partizipation in der Institution Kita. Eine nicht ausreichende Partizipation von Eltern in Kitas kann also in Hinblick auf Prävention zwei Effekte haben. Auf der einen Seite ist die mangelnde Teilnahme am Kitaalltag selbst eine Variante des Präventionsdilemmas, denn gerade sozial benachteiligte Gruppen, bei denen man davon ausgehen würde, dass sie durch eine enge Kooperation mit den Erzieherinnen im Hinblick auf ihre Erziehungskompetenzen profitieren würden, nehmen am seltensten am Kitaalltag teil. Auf der anderen Seite aber führt die mangelnde Partizipation dazu, dass sie auch durch im Setting Kita initiierte Gesundheitsprojekte nicht in gleichem Maße profitieren. Die Präsenz der Eltern in den jeweiligen Kitas ist also als eine erste Bedingung für die erfolgreiche Einführung und Implementierung von Programmen in Settings anzusehen. Aus den genannten Gründen wird im hier vorliegenden sechsten Kapitel der Dissertation die empirische Untersuchung auf den Bereich der Elternarbeit im Setting Kita erweitert.

Die Frage nach den Ursachen der Nicht-Teilnahme und Nicht-Erreichbarkeit von Eltern mit Migrationshintergrund und Familien aus unteren sozialen Schichten wird in dem hier vorliegenden Kapitel aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, mit dem Ziel, die unterschiedlichen Ursachenfaktoren der geringen Präsenz von den genannten Elterngruppen im Kitaalltag zu verstehen. In einem ersten Schritt wird der Frage nachgegangen, an welchen Kitaveranstaltungen die Eltern überhaupt teilnehmen (6.1) bzw. was die selbstgenannten Gründe für die Nichtteilnahme sind (6.2) und wie sich die Beteiligung nach dem sozialen Gradienten und Migrationshintergrund unterscheidet.

In einem zweiten Schritt werden Ergebnisse dargestellt, die die Einstellungen und Erwartungen sowie der mit der Kita verbundenen sozialisatorischen Zuständigkeitsbereiche unterschiedlicher Elterngruppen an die Institution Kita aufzeigen (6.3). Die Einstellungen darüber, welche erzieherischen Aufgaben Eltern mit der Institution Kita verbinden, kann dabei als ein Indikator für den Bedarf nach Unterstützung oder zumindest als Erwartung der Eltern an die staatliche Einrichtung verstanden werden.

## **6.1 Die Beteiligung der Eltern an Veranstaltungen und Partizipationsmöglichkeiten in der Kita**

Für das Gelingen von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen ist die gute Kommunikation zwischen den Erzieherinnen und Eltern in der Kindertagesstätte eine notwendige Voraussetzung. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erzieherinnen in Kindergärten und Kindertagesstätten ist in der zunächst Bundesrepublik gesetzlich festgeschrieben. Im Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes NRW heißt es: „In jeder Kindertageseinrichtung werden zur Förderung der Zusammenarbeit von Eltern, Personal und Träger die Elternversammlung, der Elternbeirat und der Rat der Kindertageseinrichtungen gebildet“. Im selben Paragraphen wird festgehalten: „die Eltern haben einen Anspruch auf eine regelmäßige Information über den Stand des Bildungs- und Entwicklungsprozesses ihres Kindes“ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2007: 462, § 9). Eltern und Erzieherinnen sollen eine Erziehungspartnerschaft bilden, die zum Wohle und für die Entwicklung des Kindes förderlich ist. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erziehern ist also in der BRD weit mehr als nur freiwillig oder ein Surplus zur alltäglichen Arbeit mit den Kindern in Kindertageseinrichtungen. Im Rahmen des oben genannten Paragraphen ist ebenfalls gesetzlich festgelegt, dass die Elternversammlung einen Elternbeirat wählt und Gremien wie etwa dem Rat der Kindertageseinrichtung die Interessen der Eltern gegenüber den Erziehern und den Trägern vertreten. Der Elternbeirat gehört zu den festen, gesetzlich verankerten Strukturen jeder Einrichtung, die bei Entscheidungen bezüglich der jeweiligen Einrichtung immer mit einbezogen wird.

Die Schwierigkeit bei vielen Tageseinrichtungen ist jedoch wie aus der Praxis bekannt, dass vor allem Eltern aus schulbildungsfernen Familien und aus Migrantenfamilien an Veranstaltungen der Kita kaum teilnehmen (Schlösser 2004; Textor 2006; Kliche et al. 2008; Leyendecker 2008). Gerade die Veranstaltungen, die eher formellen Charakter haben, wie Elternversammlungen, Elternbeirat und Elternabende werden von diesen Elterngruppen am stärksten gemieden. Das sind jedoch die Veranstaltungen, in denen wichtige Entscheidungen in Bezug auf den Kindergartenalltag getroffen werden, und zwar gerade in Hinblick auf gesundheitsrelevante Aspekte wie Ernährung und Bewegung oder auch bildungsrelevante Aspekte. Dies stellt das pädagogische Personal der betreffenden Einrichtungen teilweise vor enorme Schwierigkeiten.

Dieses in der Praxis wahrgenommene Phänomen wurde in dieser Studie einer empirischen Überprüfung unterzogen. In einem ersten Schritt geht es in diesem Abschnitt somit um eine Bestandsaufnahme der Elternpartizipation in Kitas. Dabei soll die Frage nach den zwei Dimensionen Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund differenziert analysiert werden. Die Befragung soll Aufschluss darüber geben, welche Partizipationsmöglichkeiten in den Kitas genau angeboten, welche von den Eltern am häufigsten in Anspruch genommen werden und ob sich hier migrations- bzw. schichtspezifische Differenzen feststellen lassen.

### *Methodik / Instrumente*

Um herauszufinden, welche Veranstaltungen und Partizipationsmöglichkeiten in den Kitas angeboten bzw. welche von den Eltern aus den unterschiedlichen sozialen Gruppen auch wahrgenommen werden, wurde eine Itembattery verwendet, die insgesamt 15 Aktivitäten und Veranstaltungen der Kindertagesstätten (Elternabende, interkulturelle Feste, Weihnachtsfeier etc.) auflistet. Die Auswahl der Veranstaltungen und Aktivitäten wurde bewusst so getroffen, dass gerade die eher informellen Veranstaltungen wie Feste etwas differenzierter als üblich erfragt wurden. Ziel dieser Herangehensweise war es das aus der Praxis bekannte Phänomen, dass gerade schulbildungsferne Eltern und Eltern mit Migrationshintergrund stärker an informellen Veranstaltungen wie Kindergartenfesten etc. teilnehmen und weniger an formelleren Veranstaltungen wie Elternabenden, differenzierter betrachten zu können. Die Eltern wurden gebeten anzugeben, welche Partizipationsmöglichkeiten sie wie häufig nutzen bzw. welche gar nicht in der Kita angeboten werden. Folgende Antwortkategorien konnten angekreuzt werden: „immer“, „regelmäßig“, „hin und wieder“, „nur in Ausnahmefällen“, „kaum/ nie“ und „gibt es nicht“.

Als Indikator dafür, ob Veranstaltungen in der Kita angeboten werden oder nicht, wird bei den Einzelnen Aktivitäten die Antwortkategorie „gibt es nicht“ den anderen Antwortmöglichkeiten gegenüber gestellt. In weiteren statistischen Berechnungen wird dann anhand von Mittelwertvergleichen zwischen den unterschiedlichen sozialen Elterngruppen eruiert, ob es Differenzen in der Intensität der Inanspruchnahme unterschiedlicher Veranstaltungen gibt. In diesen Berechnungen werden nur die Eltern mit einbezogen, die *nicht* die Kategorie „Gibt es nicht“ angekreuzt haben, also die Eltern, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass in der Einrichtung ihres Kindes die entsprechenden Möglichkeiten der Partizipation vorhanden sind.

### Angebote und Möglichkeiten der Elternpartizipation in Kindertagesstätten

Abbildung 23 zeigt erst einmal, dass den Eltern eine große Auswahl an Partizipationsmöglichkeiten in den befragten Kitas geboten wird.

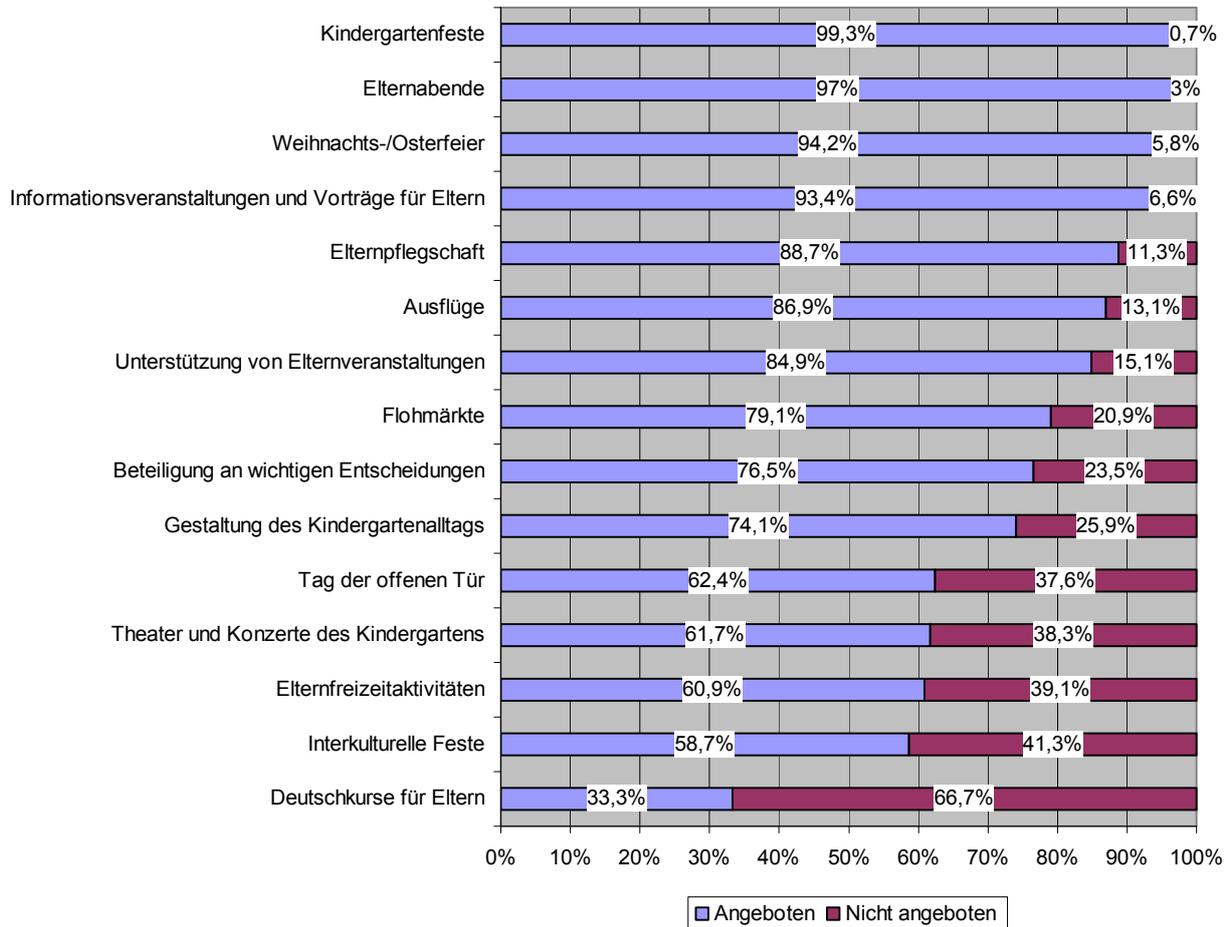


Abb. 23: Angebote der Elternpartizipation in Kindertagesstätten, 2. Welle (N=397-435)

Wie in Abbildung 23 ersichtlich wird, sind die am häufigsten angebotenen Veranstaltungen in den Kitas Kindergartenfeste mit fast 100,0% und Elternabende mit 97,0%. Andere Veranstaltungen wie Weihnachts- und Osterfeste, Ausflüge oder Flohmärkte werden nach Aussagen der Eltern in den allermeisten Kindergärten angeboten. Auch Formen der Partizipation außerhalb organisierter Veranstaltungen wie z. B. Beteiligung am Kindergartenalltag oder die Beteiligung an wichtigen Entscheidungen findet nach Angaben der befragten Eltern zu etwa Dreiviertel der Fälle in den Kitas statt. Bemerkenswert aus der Perspektive einer migrationssensiblen Prävention ist, dass knapp 60,0% (58,7%) der Eltern angeben, dass in der Kita ihres Kindes interkulturel-

le Feste statt finden. Und bei genau einem Drittel ist davon auszugehen, dass in den Kitas Deutschkurse angeboten werden. *Das deutet darauf hin, dass Kindertagesstätten in der Praxis bereits sehr wohl auf eine gestiegene kulturelle und ethnische Heterogenität ihrer Klientel reagieren.* Ähnliche Ergebnisse gehen auch aus den Experteninterviews mit Kitaleitungen hervor, sodass Kitas mit einem hohen Anteil von Migranten ihren Alltag und die Organisation auf verschiedene Art und Weise bereits an die jeweiligen Elterngruppen angepasst haben.

Festgehalten werden kann, dass es in den Kindertageseinrichtungen in den untersuchten Regionen eine ganze Reihe von Veranstaltungen bzw. Möglichkeiten der Partizipation gibt, über die die Eltern zumindest informiert sind. Die bloße Aussage, ob in den betreffenden Kitas bestimmte Angebote der Partizipation vorzufinden sind oder nicht, lässt keine Schlüsse darüber zu, ob diese Partizipationsmöglichkeiten auch beansprucht werden. Dieser Frage wird im folgenden Abschnitt nachgegangen

#### *Partizipation am Kitaalltag*

In den in diesem Abschnitt dargestellten Untersuchungen soll etwas genauer auf die Teilnahme und Partizipation der Eltern in den einzelnen Angeboten der Kita eingegangen werden. Hintergrund für diese differenziertere Untersuchung ist die aus der Praxis häufig geäußerte Klage, dass die Beteiligung vieler Elterngruppen – vor allem auch hier bildungsferne Gruppen und Eltern mit Migrationshintergrund – in der Kita nicht ausreichend ist. Die differenzierte Untersuchung soll zeigen, an welchen Veranstaltungstypen welche Elterngruppen stärker teilnehmen. Im Folgenden wird wieder entlang der beiden Dimensionen Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund überprüft, ob bei der Inanspruchnahme der Angebote und der Partizipationsmöglichkeiten des Kindergartens signifikante Differenzen festzustellen sind, damit auch an dieser Stelle eine möglichst genaue Identifizierung früher institutioneller gesundheitlicher Ungleichheit zielgruppengenaue als bislang erfolgen kann.

Bevor jedoch eine differenzierte Betrachtung der Teilnahmeraten folgt, wird erst einmal kurz dargestellt wie die Häufigkeit der Beteiligung der Eltern insgesamt an ausgewählten Partizipationsmöglichkeiten ist.

Ein übersichtliches Maß, mit dem die Häufigkeiten der Teilnahme der Eltern angezeigt werden kann, ist der Mittelwert. Ein Mittelwert von 1 entspricht in dieser Skala der Kategorie „immer“, 2=regelmäßig, 3=hin und wieder, 4=nur in Ausnahmefällen,

5=kaum/nie). Tabelle 11 gibt die Mittelwerte für die Teilnahme an ausgewählten Veranstaltungen wieder.

Art der Veranstaltung	Mittelwert
Weihnachts-/Osterfeier	1,53
Kindergartenfeste	1,55
Elternabende	1,92
Theater und Konzerte des Kindergartens	2,41
Interkulturelle Feste	2,48
Elternfreizeitaktivitäten	3,06
Flohmärkte	3,00
Elternpflegschaft	3,07

*Tab. 11: Häufigkeit der Beteiligung an ausgewählte Veranstaltungen der Kita*

Tabelle 11 zeigt die Mittelwerte für die Teilnahme der Eltern an den einzelnen Veranstaltungen der Kita im Überblick. So zeigen auch die Mittelwerte, dass Eltern an Weihnachts- und Osterfeiern (Mittelwert=1,53) und an Kindergartenfeste (Mittelwert=1,55) am häufigsten teilnehmen. Auch die Teilnahme an Elternabenden ist mit einem Mittelwert von 1,92 im Durchschnitt recht hoch. Das bedeutet, dass die meisten Eltern angeben, dass sie immer oder regelmäßig an diesen Veranstaltungen teilnehmen.

#### *Partizipation am Kitaalltag nach Schicht und Migration*

In einem nächsten Schritt soll nun untersucht werden, ob es bei der Teilnahme an den genannten Veranstaltungen Unterschiede nach unterschiedlichen Elterngruppen gibt. Hypothetischer Ausgangspunkt ist dabei, dass sich auch für die Teilnahme an den einzelnen Veranstaltungen markante schicht- und migrationspezifische Differenzen ergeben werden. *Wie* jedoch diese Differenzen genau aussehen, sollen die unten stehenden Auswertungen zeigen. Damit sollen weitere Anhaltspunkte für die Konkretisierungsformen eines schicht- und migrationspezifisches Präventionsdilemmas innerhalb des Settings Kita gefunden werden.

Als Auswertungsmethode zur Errechnung schicht- und migrationsbedingter Differenzen der einzelnen Angebote wird ein Mittelwertvergleich vorgenommen. Da es

sich bei der unabhängigen Variable um mehr als zwei Stichproben handelt, wird als Methode des Mittelwertvergleichs die einfaktorielle Anova verwendet (Bühl 2006). Diese varianzanalytische Methode erlaubt es herauszufinden, ob die Mittelwertdifferenzen zwischen den einzelnen Angeboten bei den untersuchten Elterngruppen signifikant sind, oder ob es sich um statistisch zufällige Unterschiede handelt.

Erste Berechnungen zeigen, dass es in den allermeisten Bereichen *keine* signifikanten Unterschiede nach Schicht und Migration gibt. So sind nach den hier vorliegenden Daten keine signifikanten Unterschiede der Teilnahme in den Bereichen Informationsveranstaltungen, Flohmärkte oder interkultureller Feste festzustellen. *An dieser Stelle sollte die ganz allgemeine These, dass Eltern aus unteren sozialen Schichten weniger an Kitaveranstaltungen teilnehmen relativiert werden.* Denn in diesen Bereichen ist ihre Teilnahme nicht geringer als in anderen Gruppen.

Die Bereiche, wo ein signifikanter Unterschied festzustellen ist, werden im Folgenden genauer beschrieben und analysiert.

Tabelle 12 zeigt die Bereiche der Partizipation, für die sich die Nutzung nach den Dimensionen Schicht und Migration signifikant unterscheiden. Es lässt sich beobachten, dass neben der Teilnahme an Weihnachtsfeiern, an Theatern und Konzerten besonders in den beiden für die Kita wichtigen Bereichen wie Elternabende und Elternpflegschaft signifikante Differenzen zwischen den unterschiedlichen sozialen Gruppen von Eltern ergeben.

Art der Veranstaltung	F-Wert; Freiheitsgrade	Signifikanz
Beteiligung Kita Elternabende	<b>25,608; df 5</b>	<b>,000</b>
Beteiligung Kita Weihnachtsfeier	<b>9,389; df 5</b>	<b>,003</b>
Beteiligung Kita Elternpflegschaft	<b>40,397; df 5</b>	<b>,002</b>
Beteiligung Kita Kindergartenfeste	<b>7,582; df 5</b>	<b>,023</b>
Beteiligung Kita Theater/ Konzerte in Kita	<b>16,648; df 5</b>	<b>,047</b>

*Tab. 12: Signifikanz Werte für unterschiedliche Teilnahme an Kitaangebote (Mittelwertvergleich, Oneway Anova)*

Um herauszufinden, ob sich diese signifikanten Differenzen selbst noch einmal nach weiteren Strukturmerkmalen unterscheiden, werden im Folgenden die beiden Bereiche der eher freizeitorientierten und der formellen Partizipationsmöglichkeiten ge-

trennt voneinander nach Migrationshintergrund und Schichtzugehörigkeit graphisch dargestellt.

*Beteiligung an freizeitorientierten Veranstaltungen nach Schicht und Migration*

Abbildung 24 illustriert die Mittelwerte für die freizeitorientierten Veranstaltungen der Kita, bei denen signifikante schicht- und migrationspezifische Differenzen festzustellen waren.

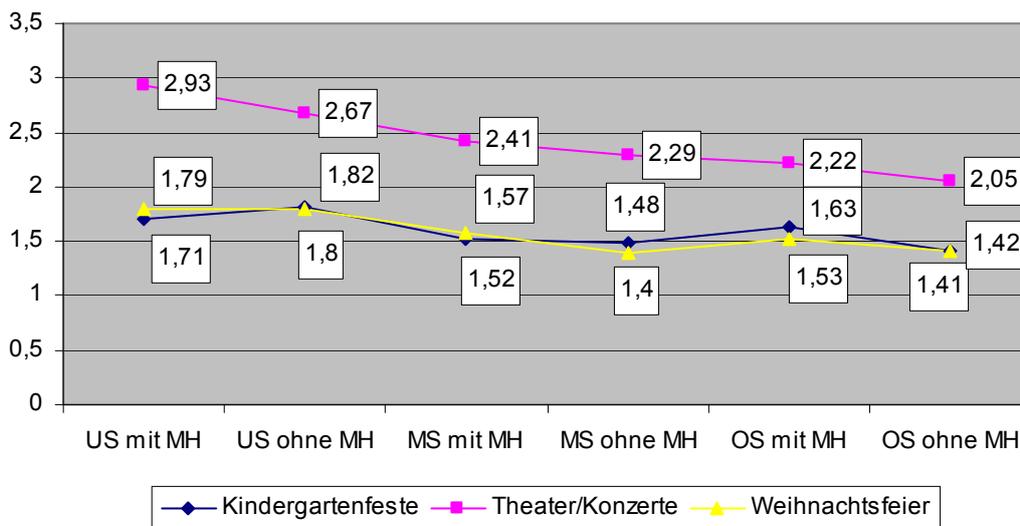


Abb. 24: Mittelwerte<sup>41</sup> Freizeitaktivitäten in der Kita nach Schicht und Migration, 2. Welle

Ein Blick auf die Abbildung macht auch deutlich, dass die signifikanten Differenzen in diesen Bereichen nicht sehr ausgeprägt sind (s. Tab. 12). Es lassen sich jedoch trotzdem systematische Differenzen entlang der Strukturierungsdimensionen Schicht und Migration feststellen.

Bei den Besuchen von Theatern und Konzerten ist ein linearer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Teilnahme und der Schicht- und Migrationszugehörigkeit der Eltern festzustellen. Eltern aus unteren sozialen Schichten mit Migrationshintergrund besuchen am seltensten Kita-Theater und -Konzerte, Eltern der autochthonen Unterschicht besuchen diese ein wenig häufiger usf. *Dabei ist hier der Effekt von Schichtzugehörigkeit größer ist als der des Migrationshintergrundes, auch wenn der letztere als Katalysator innerhalb einer Schicht wirkt und den Effekt stärkt.* Bei der Teilnahme an Kindergartenfesten und Weihnachtsfeiern ist der Zusammenhang nicht

<sup>41</sup> Je niedriger der angegebene Wert im Diagramm, desto häufiger werden die jeweiligen Partizipationsmöglichkeiten wahrgenommen.

so linear. Demnach ist bei der Teilnahme an Weihnachtsfeiern ebenfalls der Effekt von Schicht größer als der Migrationseffekt. *Auch hier wirkt der Effekt von Migration innerhalb der einzelnen Schichten verstärkend.* Die Tendenz bei der Teilnahme an Kindergartenfesten ist ähnlich der von Weihnachtsfeiern.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass an den eher freizeitorientierten Veranstaltungen in der Kita Eltern aus sozioökonomisch höheren Schichten leicht signifikant häufiger teilnehmen als die benachteiligten Elterngruppen. Es zeigt aber ebenfalls deutlich, dass diese Veranstaltungen bei allen Eltern sehr beliebt sind und die Teilnahme nach eigenen Angaben insgesamt sehr hoch ist. So bedeutet ein Mittelwert von 1,7 etwa, dass Eltern im Durchschnitt angeben, dass sie immer bzw. regelmäßig an den Veranstaltungen partizipieren. *Dies bestätigt die aus der Praxis bekannte Regel, dass freizeitorientierte Veranstaltungen besonders gut geeignet sind, um sozial benachteiligte Eltern besser zu erreichen.*

#### Formelle Partizipation nach Schicht und Migration

Abbildung 25 zeigt die Mittelwerte für die Beteiligung der Eltern aus den unterschiedlichen sozialen Schicht und Migrationshintergrund an Elternabenden und Elternpflegschaften.

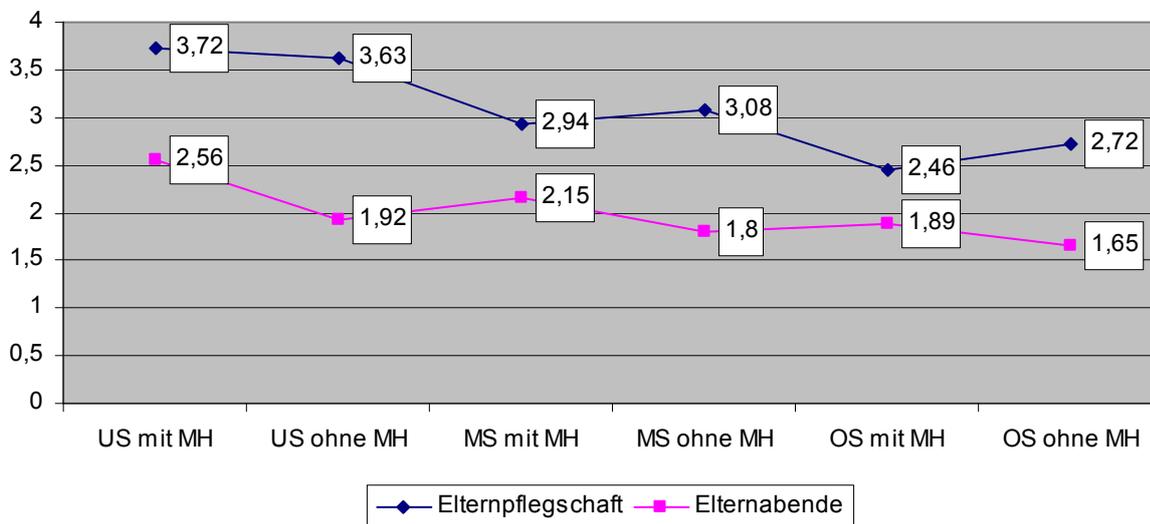


Abb. 25: Mittelwerte für die Teilnahme an Elternpflegschaften und Elternabenden in der Kita nach Schicht und Migration

- *Elternabende:* Auf den ersten Blick kann in Abbildung 25 beobachtet werden, dass Elternabende wie erwartet von Eltern viel häufiger frequentiert werden, als Elternpflegschaften. Dabei entspricht der Verlauf der Kurven hier eher einem Zick-Zack

als einem linearen Zusammenhang<sup>42</sup>. Eine Linearität von Schicht als erste Dimension von sozialer Benachteiligung und Migration lässt sich hier nicht feststellen. Bei den Mittelwerten, die Teilnahme an Elternabenden wiedergeben, lässt sich ein viel stärkerer Migrationseffekt beobachten, wobei hier im umgekehrten Fall die soziale Schichtzugehörigkeit als Katalysator wirkt. Ein Post-Hoc-Test nach Duncan ergibt, dass die signifikanten Differenzen in den Mittelwertvergleichen sich aus dem Antwortverhalten der Eltern mit Migrationshintergrund aus der unteren und mittleren sozialen Schicht ergeben und weniger aufgrund der sozioökonomischen Lage. Gerade Migranteltern aus der unteren Schicht sind statistisch gesehen die größten Ausreißer bei der Teilnahme an Elternabenden (2,56). Aber selbst die Mittel- und gar die Oberschichteltern mit Migrationshintergrund sind bei der Teilnahme an Elternabenden im Vergleich zur autochthonen Gruppe eher zurückhaltend (2,15 und 1,89).

- *Elternpflegschaften*: Bei der Teilnahme an Elternpflegschaften sind hingegen ganz andere Zusammenhänge feststellbar. Am deutlichsten ist hier eine geringe Inanspruchnahme unterer sozialer Schichten zu beobachten, und zwar sowohl der Migranten als auch der einheimischen Bevölkerung. Ein deutlich positiver Ausreißer sind hier Migranteltern aus der Mittelschicht (2,94) und vor allem aus der Oberschicht (2,46). Diese beiden Gruppen geben viel häufiger an, dass sie an Elternpflegschaften teilnehmen als ihre Gegenpole aus den autochthonen Gruppen. Das Ergebnis, dass sozial benachteiligte Elterngruppen sich weniger an eigeninitiativen Elterntreffen beteiligen, ist aus der Praxis bekannt. Ein überraschender Befund ist, dass es eine Gruppe von sozioökonomisch gut gestellten Eltern mit Migrationshintergrund gibt, die sich sogar noch stärker als die einheimischen Gruppen engagieren. Dieses Engagement kann als eine hohe Bildungsaspiration verbunden mit einer gleichzeitigen hohen Integrationsbereitschaft dieser Gruppe interpretiert werden. Diese Befunde widersprechen damit deutlich den aktuellen Diskursen über integrationsunwillige Migranteltern, die bestrebt sind, in Deutschland Parallelgesellschaften aufzubauen und sich in ihnen einzurichten (ich werde im Schlusskapitel ausführlicher hierauf zurück kommen).

---

<sup>42</sup> Auch hier entspricht ein niedriger Wert einer höheren Teilnahme.

### *Elternpartizipation im Setting Kita aus Sicht der qualitativen Forschung*

Als Ursachen für die geringe Teilnahme an eher formell gestalteten Veranstaltungen gibt es in der Literatur bereits Erklärungsversuche (zusammenfassend Textor 2006; Kuhlemann 2008). Dabei werden bei Migrantenern häufig die geringen Deutschkenntnisse als Ursache genannt. Andere erklären die geringe Teilnahme eher mit patriarchalen Strukturen in Migrantenfamilien (Knisel-Scheuring 2002). Ferner gibt es Studien, die die geringe Teilnahme von benachteiligten Eltern eher auf den formalen Charakter der Veranstaltungen zurückführen. So ist vor allem aus der Forschung im Bereich sozialer Arbeit bekannt, dass formal gestaltete Veranstaltungen und Anlässe gerade bildungsferne Eltern eher abschrecken (Munch 2003; Schlösser 2004). Was Elternabende betrifft, teilte eine Kindergartenleiterin in einem Experteninterview mit, dass sie in ihrer Kita mit einem Migrantenteil von fast 100,0% kaum noch Elternabende anbietet und stattdessen versucht andere eher informelle Möglichkeiten der Kommunikation mit den Eltern zu suchen. Eine besonders interessante und für diesen Zusammenhang sehr aufschlussreiche Aussage aus einem qualitativen Interview mit einer deutschen Mutter aus der unteren sozialen Schicht ist, dass sie auf die Frage, ob sie an Elternpflegschaften teilnehmen würde, sagte, dass sie es deshalb nicht täte, weil diese Treffen in einer Kneipe stattfinden würden. Für sie käme der Besuch einer Kneipe auf keinen Fall in Frage, das war der Grund, warum sie an einer Elternpflegschaft nicht teilnahm. Auf der anderen Seite beklagte sich eine muslimische Mutter mit Kopftuch, dass sie sich sehr gerne in einer Elterninitiative engagieren wollte, jedoch am Anfang aufgrund ihres Kopftuches auf diskriminierende Reaktionen gestoßen war. Die letztgenannten möglichen Ursachen der Nicht-Teilnahme der Eltern an formalen Partizipationsmöglichkeiten der Kita deuten auf symbolische Barrieren hin, die über die gängigen Erklärungsmuster der unterschiedlichen Teilnahme weit hinausgehen.

### *Schicht- und migrationsspezifische Partizipation in der Kita?*

Zusammenfassend lässt sich zunächst nach den hier vorliegenden Ergebnissen festhalten, dass in den Kitas eine ganze Reihe von Veranstaltungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Eltern angeboten werden. Diese werden zum größten Teil auch von den Eltern wahrgenommen. Das macht deutlich, dass Kindergärten und Kindertagesstätten aktuell sehr stark um die Beteiligung der Eltern bemüht sind. Die-

se Bemühung drückt sich eben darin aus, dass hier ein reger Aktionismus herrscht und die Kitas vielfältige Partizipationsangebote den Eltern zur Verfügung stellen.

Es zeigt sich ebenfalls, dass der Großteil der Eltern die meisten dieser Angebote ebenfalls in Anspruch nimmt. Das große Angebotsspektrum von Seiten der Kitas einerseits und die recht hohe Inanspruchnahme dieser Angebote andererseits zeigen also, dass auch außerhalb der alltäglichen Begegnungen zwischen Eltern und Erzieherinnen, den so genannten Tür- und Angelgesprächen, auch andere, organisierte Begegnungsmöglichkeiten genutzt werden.

Die in diesem Unterkapitel dargestellten Ergebnisse zeigen teilweise eine heterogene Nutzung von Partizipationsmöglichkeiten durch unterschiedliche Elterngruppen. Nichtsdestotrotz ist die Heterogenität nicht zufällig oder willkürlich. Alle signifikanten Differenzen zeigen eine gewisse Systematik nach den beiden Dimensionen Schicht und Migration. Dabei ist im Bereich der eher freizeitorientierten Veranstaltungen (s. Abb. 23) ein deutlicherer Schichteffekt auffällig, wobei der Migrationshintergrund innerhalb der Schichten einen verstärkenden Einfluss hat. Für die eher formalen Partizipationsmöglichkeiten gestaltet sich das Bild nicht so linear. So ist bei der Teilnahme an Elternabenden der Migrationseffekt viel höher als der Schichteffekt. Bei der Teilnahme an Elternpflegschaften sind zwei interessante Trends zu beobachten: Einerseits der eindeutige Schichteffekt unabhängig von Migration am linken Ende der Kurve, wenn es um die geringe Teilnahme geht. Andererseits die überraschend hohe Teilnahme von Migranteltern aus der oberen und mittleren sozialen Schicht (s. Abb. 25).

Im nächsten Abschnitt werden die Gründe, warum Eltern an Veranstaltungen der Kitas nicht teilnehmen, genauer untersucht.

## **6.2 Subjektive Gründe der Nicht-Teilnahme an Elternveranstaltungen in der Kita**

Wie oben bereits kurz beschrieben, werden in der Literatur unterschiedliche Ursachen dafür genannt, warum Eltern an Veranstaltungen der Kita nicht teilnehmen können. Allerdings gibt es bislang kaum Studien, die systematisch erfasst haben, welche der Begründungen am häufigsten von welchen Elterngruppen als Hinderungsgrund genannt werden. In dieser Studie wurde aus diesem Grund die aus der

Literatur und aus der Praxis bekannten und genannten Ursachen der Nicht-Teilnahme am Kindergartenleben systematischer untersucht.

### *Die Itembatterie Barrieren der Elternpartizipation*

Anhand einer Itembatterie von Insgesamt 9 Items wurden die Eltern in der Wiederholungsbefragung gebeten, sich zu den Gründen ihrer Nichtteilnahme zu äußern. Im Fragebogen waren sehr unterschiedliche Ursachen vorgegeben und die Eltern hatten die Gelegenheit in einer Viererskala zwischen den Antwortmöglichkeiten „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“ auszuwählen, was sie an der Teilnahme am Kitaleben hindert (Mehrfachantworten waren zulässig).

Abbildung 26 zeigt die Häufigkeiten für die Antworten aller Eltern. Dabei wurden aufgrund der besseren Übersichtlichkeit die zwei positiven und die zwei negativen Antwortkategorien jeweils zusammengefasst.

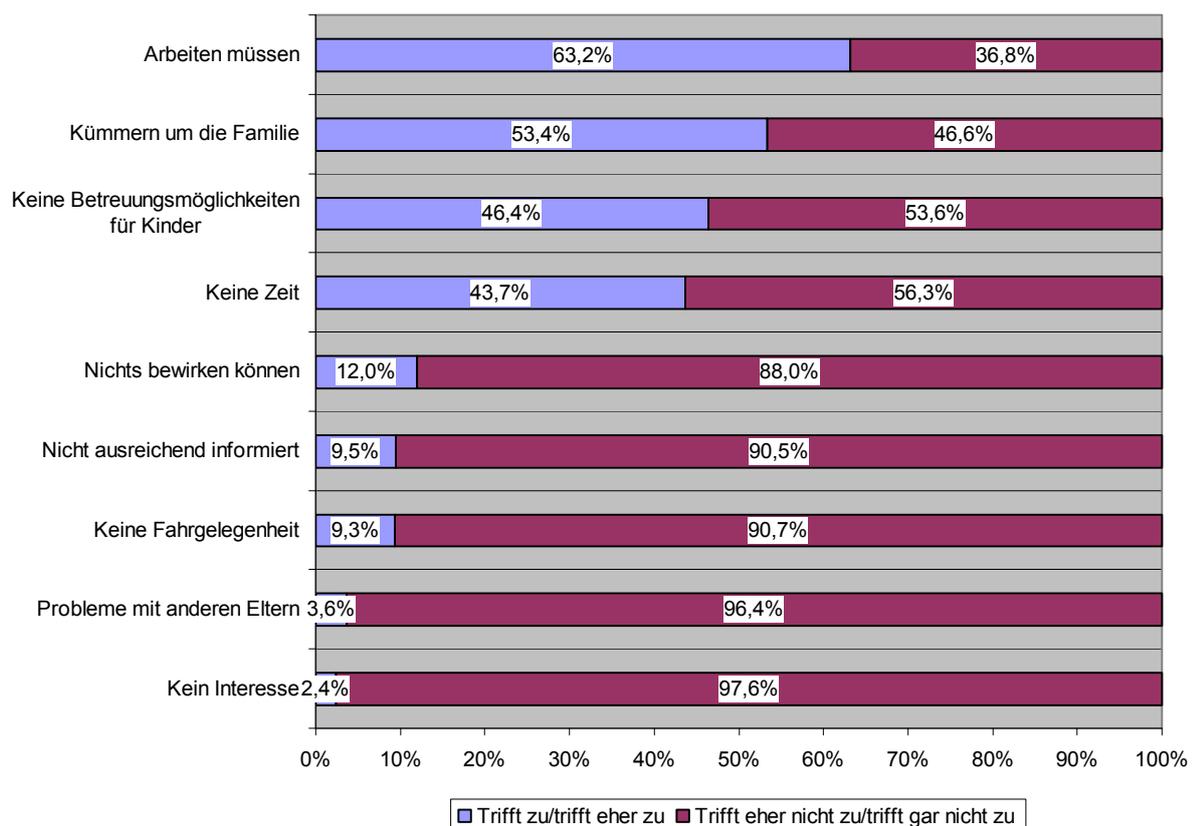


Abb. 26: Gründe für die Nicht-Teilnahme am Kita-Alltag, 2. Welle, (N=407-418)

Etwa zwei Drittel aller Eltern gibt als Grund, warum sie am Kindergartenalltag nicht teilnehmen können an, dass sie arbeiten müssen. *Berufliche Verpflichtungen sind*

*also demnach der wichtigste Hinderungsgrund für Eltern, am Kitaleben teilzunehmen.* Mehr als 50,0% sagen, dass sie sich um ihre Familie kümmern müssen, 46,4% haben keine anderen Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder. Die eher allgemeine Aussage, keine Zeit zu haben, wird von 43,7% der Eltern angegeben; das bedeutet aber im Umkehrschluss auch, dass für mehr als die Hälfte der Eltern (56,3%) Zeitmangel kein Grund dafür ist, warum sie am Kita-Alltag häufig nicht teilnehmen können. Für knapp 10,0% der Eltern ist eine fehlende Fahrgelegenheit ein Grund dafür, nicht am Kindergartenalltag teilzunehmen.

12,0% der Eltern geben als Ursache für die Nicht-Teilnahme an, dass sie mit ihrer Teilnahme nichts bewirken könnten oder dass sie nicht ausreichend informiert worden seien (9,5%). Probleme mit anderen Eltern und kein Interesse werden von sehr wenigen Eltern genannt.

Die bislang vorgestellten Daten geben einen Überblick darüber, welche Ursachen ganz allgemein von Eltern am häufigsten als Hinderungsgrund für die Partizipation am Kitaalltag genannt werden. Um eine etwas genauere Kenntnis darüber zu bekommen, welche Eltern welche Ursachen nennen bzw. ob bestimmte Eltern bestimmte Ursachenbündel benennen, werden im Folgenden weitere statistische Auswertungen vorgenommen.

### *Drei Ursachenbündel zur Verhinderung von Elternpartizipation im Setting Kita*

Um zu überprüfen, ob es bestimmte Ursachenbündel gibt, die bestimmte Elterngruppen nennen, wurden die oben dargestellten 9 Items einer Faktorenanalyse unterzogen (Bühl 2006). Dabei hat sich ein Item (Kein Interesse) als faktorenanalytisch nicht trennscharf erwiesen und wurde aus den weiteren Berechnungen herausselektiert. Mit den restlichen 8 Items ließen sich auf der Grundlage einer Hauptkomponentenanalyse insgesamt drei Faktoren mit einer erklärten Gesamtvarianz von 59,8% bilden, was bei 8 Items und drei Faktoren durchaus als akzeptabel angesehen werden kann. Dabei erklärt der erste Faktor bereits 30,3%, Faktor zwei 15,5% und Faktor drei knapp 13,0% der Varianz. Die so gebildeten Faktoren wurden anschließend einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Für den ersten Faktor ergab sich ein Cronbachs Alpha-Wert von .614, für den zweiten Faktor der Cronbachs Alpha-Wert von .586 und für den dritten Faktor .493.

Item	Faktor		
	1. Externalität	2. Familiäre Hindernisse	3. Arbeitsweltliche Hindernisse
Nicht ausreichend informiert	,787		
Nicht Verstehen mit anderen Eltern	,703		
Kann nichts bewirken	,614		
keine Fahrgelegenheit	,590		
Keine andere Betreuungsmöglichkeit für Kinder		,797	
Kümmern um Familie		,795	
Arbeiten			,873
Keine Zeit		,468	,692

Tab. 13: Gründe für die Nicht-Teilnahme am Kitaalltag (Rotierte Komponentenmatrix(a)<sup>43</sup>)

Die drei Faktoren lassen sich inhaltlich folgendermaßen zusammenfassen (s. auch Tab. 13):

- Faktor 1: Externalität
- Faktor 2: Familiäre Hindernisse
- Faktor 3: Arbeitsweltliche Hindernisse

Faktor zwei und drei sind direkt auf den ersten Blick inhaltlich sehr konsistent. Die beiden Items „sich um die Kinder zu kümmern“ und „keine anderen Betreuungsmöglichkeiten zu haben“ hängen eng zusammen. Der Faktor lässt sich mühelos als Verhinderungsgrund „familiärer Hindernisse“ interpretieren. Faktor drei verweist auf Zeitmangel aufgrund beruflicher Verpflichtungen, auch hier sind keine weiteren Interpretationen notwendig, dieser Faktor wird als „arbeitsweltliche Hindernisse bezeichnet“. Interessant und interpretationsbedürftig ist hingegen der erste Faktor, auf dem die meisten Items laden und der gleichzeitig die höchste Reliabilität aufweist ( $\alpha=.612$ ).

- *Faktor Externalität*: Dieser Faktor bildete sich aus den vier Items „nicht ausreichend informiert sein“, „sich mit den anderen Eltern nicht verstehen“, „nichts bewirken zu können“ und „keine Fahrgelegenheit haben“. Diesen Faktor habe ich inhaltlich mit dem Begriff „Externalität“ geklammert. Denn die genannten Ursachen

<sup>43</sup> Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; Die Rotation ist in 15 Iterationen konvergiert.

deuten alle auf – zumindest subjektiv konstruierte – Motive hin, die nicht unmittelbar in der Handlungsmacht der Person liegen. Externalität in der sozialpsychologischen Forschung befindet sich in einem engen Zusammenhang mit so genannten Kontrollüberzeugungen. Eine Kontrollüberzeugung „zeigt an, in welchem Maße Personen sich als Ursache für die Konsequenzen ihrer Handlungen, d. h. sich selbst als wirksam erleben“ (Grundmann et al. 2006: 198). Menschen, die stärker *internale* Kontrollüberzeugungen haben, also die Überzeugung, dass Dinge, die geschehen auf eigene Handlungen zurückzuführen und damit auch durch sie selbst veränderbar sind, erleben sich selbst als handlungswirksamer. Menschen mit externalen Kontrollüberzeugungen hingegen führen die Konsequenzen ihrer Handlungen auf externe Ursachen zurück, die außerhalb der eigenen Wirksamkeit und Handlungsmacht liegen.<sup>44</sup>

#### *Schicht- und migrationsspezifische Hinderungsgründe der Teilnahme*

Um zu untersuchen, ob es sich bei den elterlichen Hinderungsgründen bei der Partizipation in der Kita schicht- und migrationsspezifische Effekte feststellen lassen, wurden alle drei Faktoren in eine eigene Variable umgewandelt. Anschließend wurde jede dieser Variablen (Externalität, familiäre Hindernisse, arbeitsweltliche Hindernisse) einem Mittelwertvergleich unterzogen. Als Testmethode wurde wieder die einfaktorische Anova verwendet. Die neu gebildeten Variablen wurden dabei als abhängige Variable und die Schicht- bzw. die Migrationszugehörigkeit als Faktor (unabhängige Variable) eingetragen. Der Test wird mit dem Ziel eingesetzt, um herauszufinden, ob und inwieweit die soziale und kulturelle Herkunft der Eltern (nach Schicht und Migration) einen Einfluss hat auf die Ursachen der Nicht-Teilnahme im Kindergartenleben.

Es ist spannend zu beobachten, dass sich für den ersten und zweiten Faktor – also für familiäre ( $p=,160$ ) und arbeitsweltliche Hindernisse ( $p=,847$ ) – keine signifikanten Differenzen im Hinblick auf Migration und soziale Schichtzugehörigkeit ergeben.

*Familiäre und berufliche Verpflichtungen, die Eltern davon abbringen, am Kita-Alltag teilzunehmen, sind weder schicht- noch migrationsspezifisch different.*

Anders sieht es allerdings bei dem Faktor „Externalität“ aus, bei dem es auf den ersten Blick schwer fällt eine inhaltliche Klammer für die vier Items zu finden. Im Gegensatz zu den anderen beiden Faktoren lässt sich bei diesem eine Abhängigkeit von

---

<sup>44</sup> Typisch für eine externe Einstellung sind Äußerungen wie: „Da kann man sowieso nichts machen“, „So ist das eben“, „Das Schicksal macht ja doch mit einem, was es will“ usw.

Schicht und Migration feststellen. Der Test mit der einfaktoriellen Anova ergibt eine Signifikanz von  $p \leq 0.001$ . Der Post-Hoc-Test nach Duncan auf die Überprüfung homogener Gruppen zeigt, dass die Mittelwert-Signifikanz auf den beiden Gruppen der unteren sozialen Schicht mit und ohne Migrationshintergrund beruht. Abbildung 27 zeigt anhand der Darstellung der Mittelwerte über die sechs Elterngruppen eine leichte Linearität, von Migranteneltern aus der unteren sozialen Schicht bis zur oberen autochthonen Sozialschicht. Nach dem Post-hoc-Duncan-Test ergibt sich die Gesamtsignifikanz der beiden Variablen Externalität und Schicht/Migrationshintergrund durch die Differenz der Mittelwerte der beiden unteren sozialen Schichten einerseits gegenüber den Werten der übrigen vier Gruppen andererseits. Die Differenzen zwischen der mittleren und oberen sozialen Schichten sind hingegen nicht signifikant, ebenfalls nicht zwischen den unterschiedlichen Subgruppen mit Migrationshintergrund.

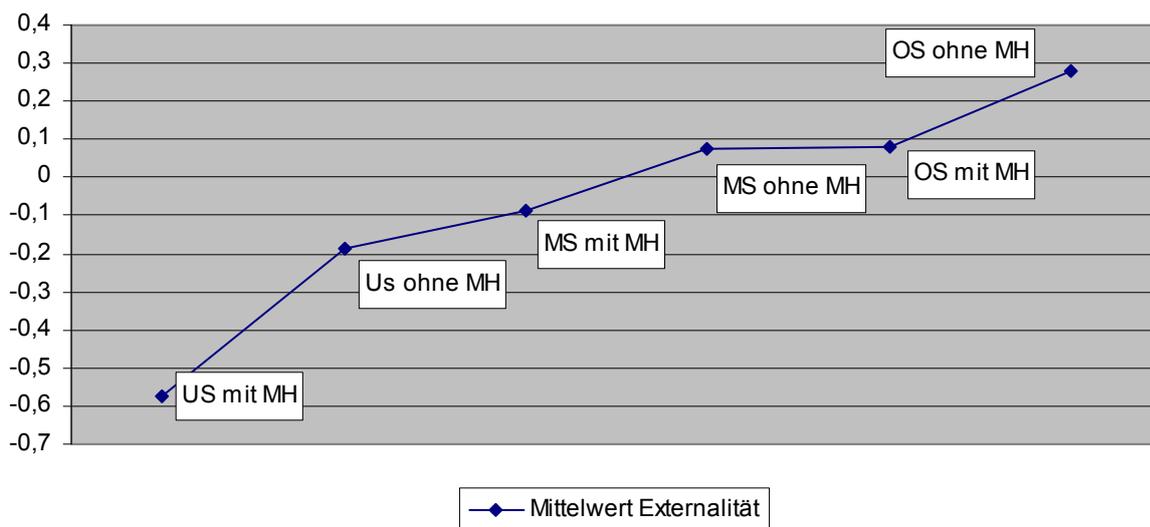


Abb. 27: Mittelwerte des Faktors Externalität nach Schicht und Migration

#### Objektive Externalität als wichtiger Hinderungsgrund bei sozial Benachteiligten

Nicht ausreichend informiert sein, nichts bewirken zu können, keine Fahrgelegenheit zu haben und sich mit den anderen Eltern nicht zu verstehen sind die Items, die nach einer Faktorenanalyse eine recht robuste Subskala bilden. Dieser Faktor weist gleichzeitig einen starken Schichteffekt auf. Ein signifikanter zusätzlicher Migrationseffekt innerhalb der Schichten ist in diesem Bereich nicht festzustellen, die signifikanten Differenzen gehen alleine auf Schicht zurück, was an dieser Stelle stark auf die materiellen Lebensbedingungen hinweist. Gemeinsam ist allen vier Items, dass sie auf eine mangelnde Handlungsfähigkeit und eine Art Passivität hindeuten.

Im Gegensatz zu der Begründung etwa arbeiten zu müssen oder sich um die Familie kümmern zu müssen, die darauf verweisen, dass mit der Teilnahme am Kitaalltag andere Aufgaben im Alltag in Konkurrenz stehen, weisen diese vier Aussagen entweder auf eine resignative oder passive bzw. eher externale Haltung und Einstellung hin. Die Begründung nichts bewirken zu können durch die Beteiligung im Alltag der Kindertageseinrichtung, weist auf eine externale Kontrollüberzeugung und auf eine mangelnde Selbstwirksamkeitsüberzeugung der betreffenden Eltern hin (Grundmann 1998; Grundmann et al. 2006; Schwarzer & Jerusalem 1999; Strickland 1989). Diese Antwort wird von 7,0% der Eltern aus der oberen, 10,0% der mittleren, dagegen von immerhin 20,0% der unteren sozialen Schichten angegeben. Die Begründung keine Fahrgelegenheit zu haben, wird von 1,0% der Eltern aus der oberen sozialen Schicht, 7,7% der mittleren und mit 22,8% von fast einem Viertel der Eltern aus den unteren sozialen Schichten angegeben.

Als Alternative bzw. Ergänzung zu sozialpsychologischen Einstellungsmustern sind Defizite in den materiellen Handlungsressourcen zu begreifen. Im Gegensatz zu der Begründung nichts bewirken zu können, kann diese Ursache weniger auf der Einstellungsebene, sondern vielmehr auf der Ebene struktureller Hindernisse angesiedelt werden. Wenn ein Hinderungsgrund für fast jedes vierte Elternteil aus den unteren sozialen Schichten an der Teilnahme am Kindergartenalltag die fehlende Mobilität ist, dann sind mehr Informationen oder mehr Angebote im Setting – selbst wenn diese kultursensibel und zielgruppenspezifisch angelegt sind – für diese Gruppe von Eltern trotzdem nicht erreichbar. Hier könnte man sagen, dass nicht die Programme oder Angebote die Eltern nicht erreichen, sondern die Eltern aufgrund ihrer mangelnden Mobilität die Programme und Angebote nicht erreichen. Dies verweist vielmehr erst einmal auf rein materiell bedingte alltagspraktische Hinderungsgründe, die als Vorbedingung dafür angesehen werden können, ob Eltern überhaupt die (objektive) Möglichkeit haben, am Kitaalltag regelmäßig teilzunehmen, bevor andere Hinderungsgründe wie etwa mangelndes Interesse etc. genannt werden.

Diese Problematik wird in anderen Ländern bereits als „Energie- und Mobilitätsarmut“ auch wissenschaftlich diskutiert, in den bundesrepublikanischen Diskursen wird das Thema der mangelnden Mobilität im Rahmen der Ungleichheitsdiskurse bislang eher vernachlässigt (Bittlingmayer 2000). Nicht zuletzt im Kontext gesellschaftlicher Teilhabe und Exklusionsprozesse wird das Thema brisant:

„Eine reduzierte Verkehrsteilnahme an sich, scheint auf den ersten Blick weniger problematisch [...] Die sich in der Folge ergebenden verminderten

Chancen zur Wahrnehmung der an den Zielorten stattfindenden Aktivitäten können für die Betroffenen dagegen gravierende Konsequenzen mit sich bringen.

[...] die reale Bedeutung von Mobilität [besteht] darin, dass sie die Grundvoraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Leben bildet. Im Umkehrschluss verringert sich für Menschen, die ihre Mobilitätsbedürfnisse nicht verwirklichen können, die Möglichkeit, notwendige oder gewünschte Aktivitäten auszuführen, die an einem räumlich entfernten Ort stattfinden.“ (Runge 2005: 8)

Sollen Prävention und Gesundheitsförderung über die Stärkung der Elternzusammenarbeit in den Kitas oder Einbindung entsprechender Programme im Setting *bedarfsorientiert* gestaltet werden, dann müssen solche ganz praktischen Hinderungsgründe ebenfalls in Betracht gezogen werden. Auch wenn insgesamt nur ein kleiner Teil der Eltern (9,3%) die mangelnde Mobilität als Hinderungsgrund angibt, ist es nach sozialer Schicht differenziert fast ein Viertel. Gerade vor dem Hintergrund der Diagnose des Präventionsdilemmas und der schweren Erreichbarkeit sozial benachteiligter Eltern ist dieses Ergebnis sehr bedeutsam. Vor allem ist gerade dies eine Ursache, die auch nicht mehr in der Macht der Kindergärten oder der Träger liegt. Wenn den Eltern aus benachteiligten Gruppen in öffentlichen Diskursen ein großes Desinteresse gegenüber den Bildungsinstitutionen ihrer Kinder attestiert wird, das sich genau dadurch zu bestätigen scheint, dass sie eben nicht auf Elternabenden oder in der Elternpflegschaft auftauchen, die Ursache aber darin liegt, dass ihnen nicht einmal eine Fahrgelegenheit zur Verfügung steht, dann ist das Motiv des Blaming the Victim deutlich erfüllt (vgl. Kühn 1993; die Beiträge in Schmidt & Kolip 2007; die Beiträge in Hensen & Hensen 2008; Bittlingmayer 2009).

In diesem Abschnitt ging es darum, anhand der erhobenen Daten darzustellen, was die Gründe sind, die Eltern daran hindern, am Kindergarten-Alltag teilzunehmen. Dabei zeigt sich, dass es bei der großen Mehrheit der Eltern keine schicht- und migrationsspezifischen Differenzen bei der Begründung für das Nicht-Teilnehmen gibt. Die *Mehrheit* der Eltern aus allen sozialen Gruppen kann meistens aufgrund beruflicher und familialer Verpflichtungen und Terminüberschneidungen nicht immer am Kitaalltag teilnehmen. Hier wären zuallererst organisatorische Hürden in Arbeit und Familie zu überwinden, um die Elternpartizipation zu stärken.

Der Faktor der Externalität hat sowohl auf sozialpsychologische Einstellungsmuster wie auch auf materielle Handlungsdefizite verwiesen, die vermutlich häufig in Kombination anzutreffen sind. Diese Hürden aus dem Weg zu räumen, um die Elternpar-

tizipation bei benachteiligten Elterngruppen zu stärken, verweist auf Ressourcenumverteilungen, die zumindest teilweise weit über das hinausgehen, was das Setting Kita zu beeinflussen vermag. Ich werde diesen Aspekt im Schlusskapitel noch einmal ausführlicher aufgreifen.

### **6.3 Die Erwartungen und Bedarfe der Eltern an das Setting Kita**

In den vorangegangenen beiden Abschnitten wurde ermittelt, welche Veranstaltungen und Partizipationsmöglichkeiten in der Kita Eltern unterschiedlicher sozialer und kultureller Herkünften am häufigsten nutzen. Ebenfalls wurden einige Ergebnisse der Elternbefragung im Hinblick auf die Hinderungsgründe der Teilnahme im Kitaalltag dargestellt.

Für eine gute und gelingende Zusammenarbeit von Eltern und dem pädagogischen Personal im Setting Kita ist es aber ebenso zentral, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Eltern möglichst Berücksichtigung finden, wenn eine stärkere Partizipation erwünscht ist.

Allerdings ist über die Bedürfnisse und Erwartungen von Eltern, die im Setting Kita neben den Erzieherinnen und Kindern die zentralen Akteure darstellen, wenig bekannt. Wie im Laufe der Arbeit bereits mehrfach betont, gilt die Anbindung von Präventionsprogrammen an Settings als ein Instrument, mit dem bislang schwer erreichbare Gruppen wie sozial benachteiligte Eltern und Migranteltern besser erreicht werden sollen (s. Kap. 2). Die Annahme dabei ist, dass vor allem durch die so genannten eher mittelschichtorientierten Kommstrukturen, wie etwa Kursangebote bei der VHS, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sich kaum angesprochen fühlen (Bauer & Bittlingmayer 2006). Jedoch sind auch weitere Hürden erkennbar, auch wenn die entsprechenden Projekte und Programme in Settings eingebunden werden. So können in einem zweiten Schritt etwa auch die *Programminhalte* mittelschichtorientiert und auf die Lebenswelt, den Bedarf und die Wünsche von Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen nicht abgestimmt sein (Bauer & Bittlingmayer 2006; Kluwe & Trompetter 2010).

Die starke Mittelschichtorientierung und somit komplementär dazu die starke Vernachlässigung von anderen, vor allem unteren sozialen Gruppen, gelten aber ebenfalls für die alltäglichen Routinen von Institutionen wie Kita und Schule allgemein

(Schumacher 2002; Rolff 1997; Bernstein 1973; Mehan 2000). Aus diesem Grund war es für die Fragestellung der hier vorliegenden Dissertation wichtig, mehr über die Vorstellungen von Eltern – und auch hier ganz besonders von sozial benachteiligten Eltern – über die Kita zu erfahren. Denn für die erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsprogrammen sind die Umstände und Gegebenheiten in den Settings zentral und entscheidend, und zwar auch für Programme, die inhaltlich gut konzipiert und zielgruppenspezifisch genug sind und in Settings angeboten werden. Zu diesen Umständen gehört auch, inwieweit die Wünsche und Bedürfnisse einzelner Elterngruppen Berücksichtigung finden. Häufig ist aber auch unklar, welche Wünsche und Vorstellungen Eltern mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Herkünften an die bzw. von den Bildungseinrichtungen wie etwa Kitas haben, welche Aufgaben sie mit diesen verbinden. Doch erst wenn die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppen bekannt sind, kann unter Umständen auch mit entsprechenden Änderungen und Anpassungen in den Settings reagiert werden.

#### *Operationalisierung der elterlichen Bedarfe*

Die Eltern wurden in der Befragung nicht direkt nach ihren Bedürfnissen und Erwartungen im Hinblick auf das Setting Kita befragt, um soziale Erwünschtheitseffekte zu vermeiden. Stattdessen wurden sie nach ihrer Einschätzung bezüglich des bereichsspezifischen sozialisatorischen Einflusses der beiden Settings Kita und Familie gefragt. Verwendet wurde eine Itembatterie (insgesamt 17 Items), die an der Universität Bielefeld entwickelt wurde.<sup>45</sup> Die Eltern hatten die Möglichkeit anzukreuzen, ob die Familie oder der Kindergarten ihrer Ansicht nach in den verschiedenen Bereichen wie z. B. Bildung, Sozialverhalten oder Selbstbewusstsein den größeren Einfluss auf die Kinder hat.<sup>46</sup> *Die Einschätzung des Einflusses kann als indirekter Indikator auch für die Einschätzung der subjektiven sozialisatorischen Zuständigkeitsbereich der Eltern verstanden werden, die wiederum auch als Erwartungen und Bedürfnisse der Eltern interpretiert werden. Denn mit der bereichsspezifischen Einschätzung des Einflusses des Kindergartens auf die Kinder, gehen Einstellungen über die Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche der beiden Settings Kita und Familie für die Erziehung und Sozialisation der Kinder einher.* In diesen Einstellungen drücken sich nicht

---

<sup>45</sup> Das Instrument wurde ebenfalls in anderen Studien für eine Elternbefragung an Schulen (Sekundarstufe 1) eingesetzt und für die hier zugrunde liegende Studie an die Institution Kita angepasst.

<sup>46</sup> Die Frageeinleitung lautete: „Kindergarten und Familie sind die Orte, an denen Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren am Stärksten beeinflusst und geprägt werden. Bitte kreuzen Sie an, welcher Ort Ihrer Ansicht nach in den folgenden Bereichen den größeren Einfluss hat“.

zuletzt auch Erwartungen, Aspirationen und somit auch Bedürfnisse aus, die von verschiedenen Elterngruppen an das Setting Kita gerichtet sind<sup>47</sup>.

Aus den 17 Items, mit denen die Einschätzung der Eltern in Bezug auf den Einfluss der beiden Settings Familie und Kindergarten in verschiedenen Bereichen erhoben wurde, ergaben sich auf der Grundlage der aussagekräftigsten Items drei Bereichskomplexe – Bildung, Gesundheit und soziale Kompetenzen – die genauer vorgestellt werden sollen. In einem ersten Schritt wird dargelegt, welchem Setting Eltern in den einzelnen Bereichen einen höheren sozialisatorischen Einfluss auf ihre Kinder zusprechen. In einem zweiten Schritt wird analysiert, ob es entlang der sozialen Schichtzugehörigkeit und des Migrationshintergrundes Differenzen in den Einstellungen gibt.

#### *Der sozialisatorische Einfluss von Kita und Familie*

In den Abbildungen 28 bis 30 wird graphisch dargestellt, ob Eltern dem Setting Kita oder der Familie den größeren Einfluss in den Bereichen Bildung, Gesundheit und soziale Kompetenzen auf ihre Kinder zusprechen. Die Abbildungen zeigen, dass der größte Teil der Eltern in den Bereichen Bildung (Abb. 28) und Gesundheit (Abb. 29) in der Familie, und im Bereich sozialer Kompetenzen (Abb. 30) in der Kita den größeren sozialisatorischen Einfluss sieht. Im Bereich Bildung (66,4%), Allgemeinwissen (82,2%) und sprachliche Fähigkeiten (69,3%) wird die Familie als einflussreicher eingeschätzt. Interessant ist, dass beim Gesundheitsverhalten und bei gesunder Ernährung etwa 80,0% der Eltern den größeren Einfluss auf die Sozialisation ihrer Kinder sich selbst zusprechen. Bei sozialen Kompetenzen hingegen wird dem Kindergarten ein größerer Einfluss zugesprochen (zwischen 67,3% für „Sozialverhalten“ und gar 90,6% bei der „Fähigkeit Freunde zu finden“ (s. Abb. 30).

---

<sup>47</sup> Es sollte noch betont werden, dass es sich bei dem Instrument um ein relationales Maß handelt. Es geht also nicht um den ausschließlichen Einfluss einer Institution, sondern um den *größeren* Einfluss.

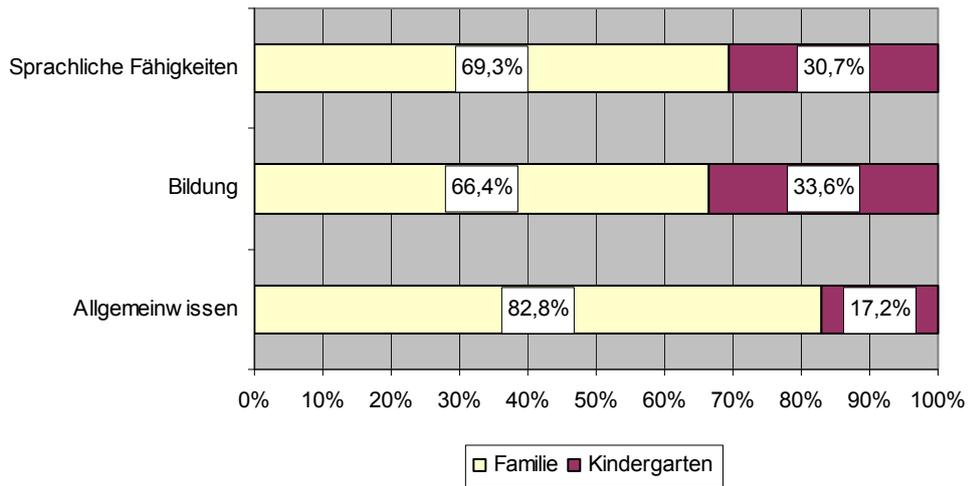


Abb. 28: Einschätzung des Einflusses von Familie und Kita aus Sicht der Eltern: Bereich Bildung, 1. Welle, N=535-551

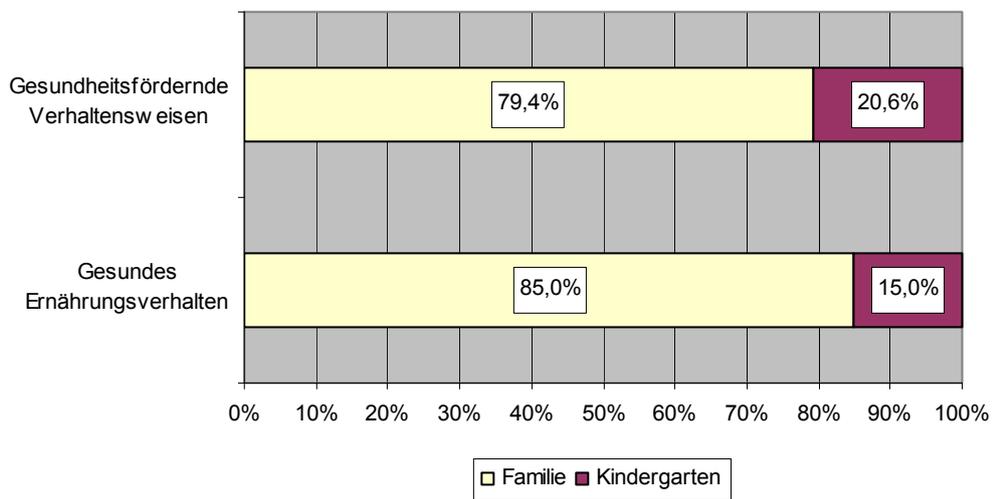


Abb. 29: Einschätzung des Einflusses von Familie und Kita aus Sicht der Eltern: Bereich Gesundheit, 1. Welle, N=555-557

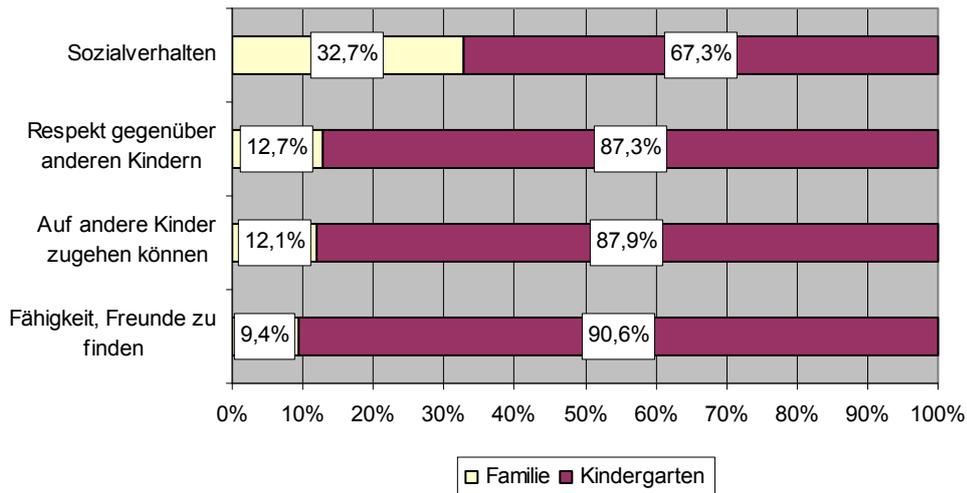


Abb. 30: Einschätzung des Einflusses von Familie und Kita aus Sicht der Eltern:  
Bereich soziale Kompetenzen, 1. Welle, N=570-584

Wenn hier die Bedarfe der Eltern im Kitaalltag Berücksichtigung finden sollen, dann könnte eine Empfehlung auf der Grundlage dieser Befunde etwa lauten, dass nach den Erwartungen der Eltern bei den Kindern im Kindergarten vor allem die sozialen Kompetenzen gestärkt werden sollten. Die Bereiche Bildung und Gesundheit, die die meisten Eltern stärker in ihrem eigenen Verantwortungsbereich verorten, wären daher für den größten Teil der Eltern als Kita-Interventionen zweitrangig.

#### *Differente Erwartungen von Eltern nach Schicht und Migration*

Die bislang dargestellten Daten geben die Einstellungen von *allen* befragten Elterngruppen wieder, und zwar unabhängig von ihrer sozialen und kulturellen Herkunft. Doch vor dem Hintergrund einer sozialstrukturell und kulturell heterogenen Elternschaft bleibt auch hier die Frage, ob sich entlang dieser Strukturvariablen auch unterschiedliche elterliche Einstellungen gegenüber der Kita herauskristallisieren. Denn für eine zielgruppen- und lebensweltorientierte Settingarbeit sind entsprechend der zweidimensionalen Heuristik dieser Arbeit die nach sozialen und kulturellen Hintergründen differenten Erwartungen von verschiedenen Elterngruppen von besonderer Bedeutung. Aus diesem Grund werden im Folgenden die Einstellungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund differenziert dargestellt und überprüft, ob und inwieweit Eltern unterschiedlicher sozialer und kultureller Herkunft ebenfalls unterschiedliche sozialisatorische Zuständigkeitsbereiche dem Setting Kita bzw. Familie zusprechen.

### Der bedeutende sozialisatorische Einfluss der Kita: Bereich Bildung

In Abbildung 31 werden zunächst die Einstellungen der Eltern in Bezug auf den sozialisatorischen Einfluss der Institution Kita für den Bereichskomplex Bildung differenziert nach sozialer Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund dargestellt. Dabei werden in den folgenden Abbildungen nur die Werte für die Kitas angegeben. Es wird direkt sichtbar, dass die oben in Abbildung 28 dargestellte Verteilung sich hier deutlich nach Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund differenziert. Während *insgesamt* 30,7% der Eltern angeben, dass im Bereich sprachlicher Fähigkeiten der Einfluss der Kita größer sei, sind es nach sozialer Schichtzugehörigkeit aufgeschlüsselt, gerade mal 10,2% der Eltern der autochthonen Oberschicht, jedoch knapp die Hälfte (48,8%) der Eltern aus der autochthonen Unterschicht. Bei den Eltern *mit* Migrationshintergrund betragen diese Werte bei denen aus der *oberen* sozialen Schicht 31,6% und bei denen aus der unteren sozialen Schicht gar 63,8%. Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant ( $\chi^2$ : 30,369; df 5; p=0.000).

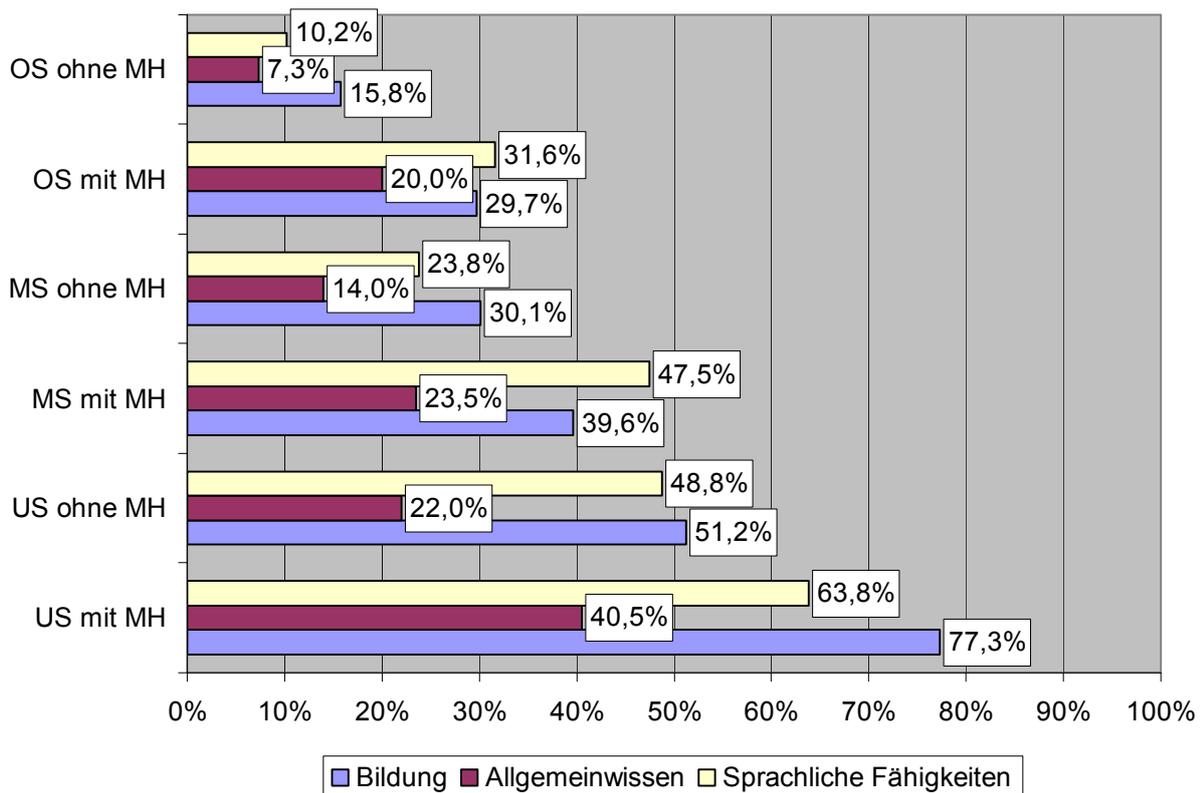


Abb. 31: Einschätzung des Einflusses der Kita nach sozialer Herkunft und Migrationshintergrund der Eltern: Bereich Bildung, 1. Welle

Bezogen auf den größeren Einfluss der Kita auf die Bildung der Kinder allgemein, ist die Verteilung ähnlich ausgeprägt: 15,8% der Eltern *ohne* Migrationshintergrund und

mit *hoher* sozialer Schicht, 29,7% mit *hoher* sozialer Schicht *und* Migrationshintergrund, 51,2% der Eltern *ohne* Migrationshintergrund aus der *unteren* sozialen Schicht und 77,3% der Eltern aus der *unteren* sozialen Schicht *mit* Migrationshintergrund sehen in der Kita den größeren Einfluss im Bereich Bildung. Die Mittelschichten liegen bei beiden Gruppen – also sowohl bei Eltern mit als auch ohne Migrationshintergrund – etwa in der Mitte zwischen den unteren und oberen sozialen Schichten (s. Abb. 31). Auch dieser Zusammenhang ist hoch signifikant ( $\chi^2$ : 109,416; df 10;  $p=0.000$ ).

*Es zeigt sich, dass der Zusammenhang nach beiden sozialen Merkmalen – also Schicht und Migration – von Bedeutung ist. Das bedeutet, dass erstens je niedriger die soziale Schicht ist, desto eher sehen Eltern in der Institution Kita den größeren Einfluss auf die Bildung ihrer Kinder und zweitens hat der Migrationshintergrund wie in Abschnitt 6.1 einen eigenen zusätzlichen, katalysierenden Effekt. So beeinflusst in allen Bereichen zwar die soziale Schicht die Einstellungen, unter Kontrolle der Schichtzugehörigkeit hat aber der Migrationshintergrund immer einen verstärkenden Effekt. In Zusammenhang mit der Linearität hat hierbei Schicht den größeren Einfluss als Migration, das heißt, dass das Antwortverhalten von Eltern mit und ohne Migrationshintergrund aus der selben sozialen Schicht ähnlicher ist als das Antwortverhalten von Menschen ohne Migrationshintergrund aus unterschiedlichen sozialen Schichten.*

Ein Ergebnis ist an dieser Stelle im Kontext der Settingarbeit in der Kita und der bedarfsorientierten Kita-Arbeit besonders von Interesse, und zwar, dass knapp die Hälfte der autochthonen Eltern aus den unteren sozialen Schichten im Bereich sprachlicher Fähigkeiten den Einfluss der Kita als höher einschätzt. In den letzten Jahren wurde im Kontext der Diskussionen um die Bildungsbenachteiligung von Migranten die Sprache als zentrale Ursache für die schlechten Leistungen in der Schule benannt. Infolgedessen avancierte an den Schulen, aber ganz besonders auch in Kindergärten die sprachliche Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund zu einer der zentralsten Aufgaben der Bildungspolitik. Nach dem neuen KiBiz-Gesetz (NRW) wurden Kitas für diesen besonderen Bedarf sogar zusätzliche Mittel eingeräumt, je nach Anzahl der förderbedürftigen Kinder mit Migrationshintergrund. Die Antworten der Eltern aus unteren sozialen Schichten ohne Migrationshintergrund deuten darauf hin, dass auch bei diesen Eltern Erwartungen in Richtung Sprachförderung existieren könnten. Hier können Erkenntnisse aus der schichtspezifischen Sozialisationsfor-

schung und der Soziolinguistik (Oevermann 1973; Bernstein 1973; Labov 1969; Mehan 2000; Bernstein 2000) weiterhelfen, die gezeigt haben, dass es auch *innerhalb* einer Sprache schichtspezifische Sprachvariationen gibt, die in Institutionen wie Kita oder Schule unterschiedlich Anerkennung finden. Viele Eltern aus unteren sozialen Schichten der autochthonen Bevölkerung erhoffen sich hier scheinbar von der Kita die Förderung der anerkannten Hochsprache, projizieren also eine Kompensationsfunktion in die Kita. Werden Ressourcen nur nach dem Kriterium Migrationshintergrund zusätzlich zur Verfügung gestellt, werden hier die Bedürfnisse der sozial benachteiligten Eltern der autochthonen Bevölkerung gar nicht berücksichtigt. Diese bleiben dann entweder gänzlich von der Sprachförderung ausgeschlossen oder Kitas müssen hier zusätzliche Arbeit in einem Bereich leisten, für die sie keine Ressourcen erhalten.

Für den Bereich Bildung lassen sich die Daten in die Richtung interpretieren, dass gerade für Menschen aus unteren sozialen Schichten mit und ohne Migrationshintergrund der Kindergarten mit Hoffnungen auf Kompensation für ihre Kinder verbunden ist. Diese Ergebnisse können ebenfalls als ein Hinweis für große Aspirationen dieser Eltern auf den Bildungsaufstieg ihrer Kinder gedeutet werden (vgl. hierzu auch Bittlingmayer & Bauer 2007). Diese Erwartung ist auch nachvollziehbar, weil den Eltern hier vermutlich bewusst ist, dass ihnen die „richtigen“ Bildungsressourcen fehlen, um ihre Kinder bei der Akkumulation kulturellen Kapitals nachhaltig zu unterstützen (Bourdieu & Passeron 1971).

#### *Kita vs. Familie im Bereich Gesundheit*

Im Gegensatz zum Bereich Bildung schätzen alle Elterngruppen ihren eigenen familialen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Kinder als größer ein. Vor allem Bereich gesunder Ernährung geht der Anteil derjenigen, die den Einfluss der Kita als wichtiger einschätzen nicht über ein Drittel. Die zweidimensionale Auswertung nach Schicht und Migration zeigt jedoch noch immer signifikante Differenzen in den Einstellungen zwischen den Elterngruppen. Zwar ist der Zusammenhang nicht so linear, wie im Bereich Bildung, es ergeben sich aber dieselben Tendenzen. Eltern aus unteren sozialen Schichten sprechen der Kita einen größeren Einfluss im Hinblick auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und gesunde Ernährung zu als Eltern aus

oberen sozialen Schichten (s. Abb. 32).<sup>48</sup> So geben 52,2% aus den unteren sozialen Schichten und dagegen nur 12,3% der oberen und 14,7% der mittleren sozialen Schicht in der autochthonen Bevölkerung an, dass gesundheitsfördernde Verhaltensweisen stärker durch die Kita beeinflusst werden. Das Antwortverhalten der sozialen Elterngruppen mit Migrationshintergrund ist dem der autochthonen Gruppe derselben Schicht sehr ähnlich. Migration hat hier im Gegensatz zum Bereich Bildung keine katalysierende Funktion. Auch liegen hier die Mittelschichten bei ihren Angaben weniger in der Mitte, sondern haben ähnliche Angaben wie die oberen sozialen Schichten. Interessant ist, dass sich hier die Eltern aus unteren sozialen Schichten – unabhängig vom Migrationshintergrund – signifikant von den anderen sozialen Gruppen unterscheiden und im Vergleich zu den anderen beiden Schichten dem Kindergarten einen größeren Einfluss zuschreiben.

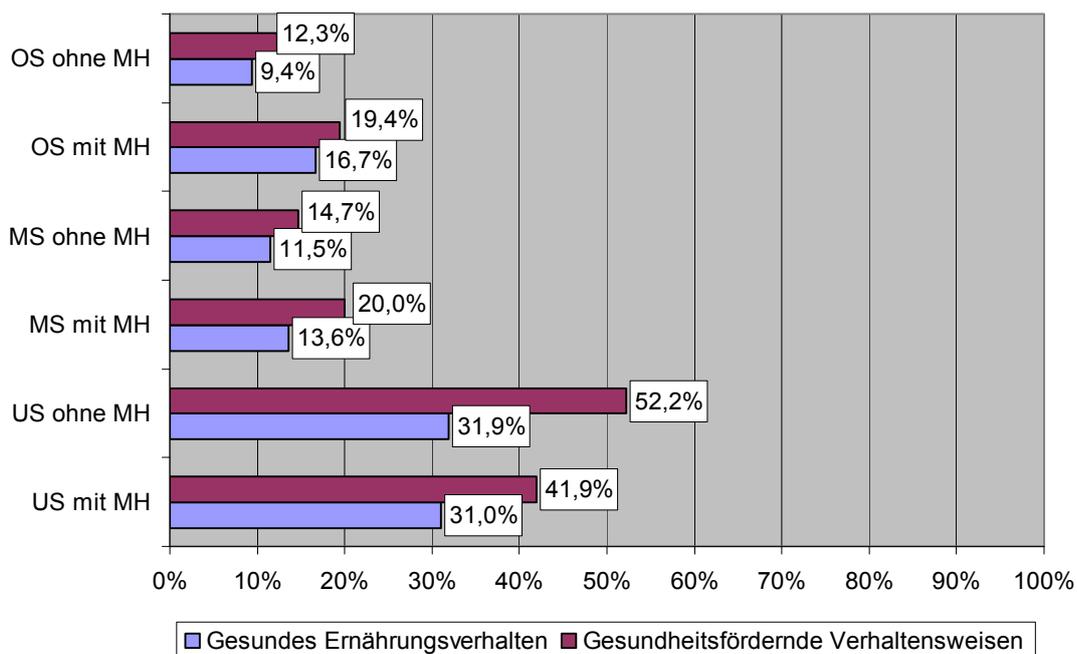


Abb. 32: Einschätzung des Einflusses der Kita nach sozialer Herkunft und Migrationshintergrund der Eltern: Bereich Gesundheit, 1. Welle

Trotz dieser signifikanten Unterschiede muss aber beachtet werden, dass noch immer die meisten Eltern (mit Ausnahme der autochthonen Eltern aus den unteren sozialen Schichten mit 52,2% für den Bereich „gesundheitsfördernde Verhaltensweisen“, s.

<sup>48</sup> Auch diese Zusammenhänge sind signifikant: Für die Variable „Gesundes Ernährungsverhalten“:  $\chi^2$ : 24,308; df 5; p=0.000; für die Variable „Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen“:  $\chi^2$ : 49,627; df 5; p=0.000.

Abb. 32) aus allen sozialen Schichten bei Gesundheit, und vor allem bei gesunder Ernährung, ihren eigenen sozialisatorischen Einfluss stärker einschätzen.

Ein großer Teil der Bemühungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas besteht in Form von Projekten zur gesunden Ernährung (s. z. B. die Projektdatenbank [www.gesundheitliche-ungleichheiten.de](http://www.gesundheitliche-ungleichheiten.de)). Auch wenn hier wenig Erwartungen an die Kita seitens der Eltern da sind, können jedoch Projekte zur gesunden Ernährung sehr gut die familialen Bemühungen ergänzen und sind somit auch im Sinn der Verzahnung von verschiedenen Settings auf jeden Fall sinnvoll. Die Ergebnisse machen aber nichtsdestotrotz deutlich, dass das Gros der Eltern – und zwar auch der benachteiligten Eltern – im Bereich gesunder Ernährungsweisen der Institution Kita nicht den primären Zuständigkeitsbereich zuschreibt.

#### *Kita vs. Familie im Bereich Soziale Kompetenzen*

Wie in Abbildung 30 dargestellt, sehen die meisten Eltern – im Gegensatz zu den Bereichskomplexen Bildung und Gesundheit – im Bereich soziale Kompetenzen den größeren sozialisatorischen Einfluss für ihre Kinder in der Kita. Hier sind etwa Zweidrittel bis 90,0% der Eltern der Auffassung, dass die Kita einen stärkeren Einfluss hat als das Elternhaus (s. Abb. 30). Abbildung 33 stellt das Antwortverhalten der Eltern wieder nach Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund dar.

Auf den ersten Blick zeigt sich, dass in dem Bereichskomplex sozialer Kompetenzen im Gegensatz zu den oben dargestellten Bereichen Bildung und Gesundheit keine so großen Differenzen im Antwortverhalten nach Herkunft zu beobachten sind. Eltern aus allen sozialen Schichten mit und ohne Migrationshintergrund sehen in der Kita in diesen Bereichen den weit größeren Einfluss.

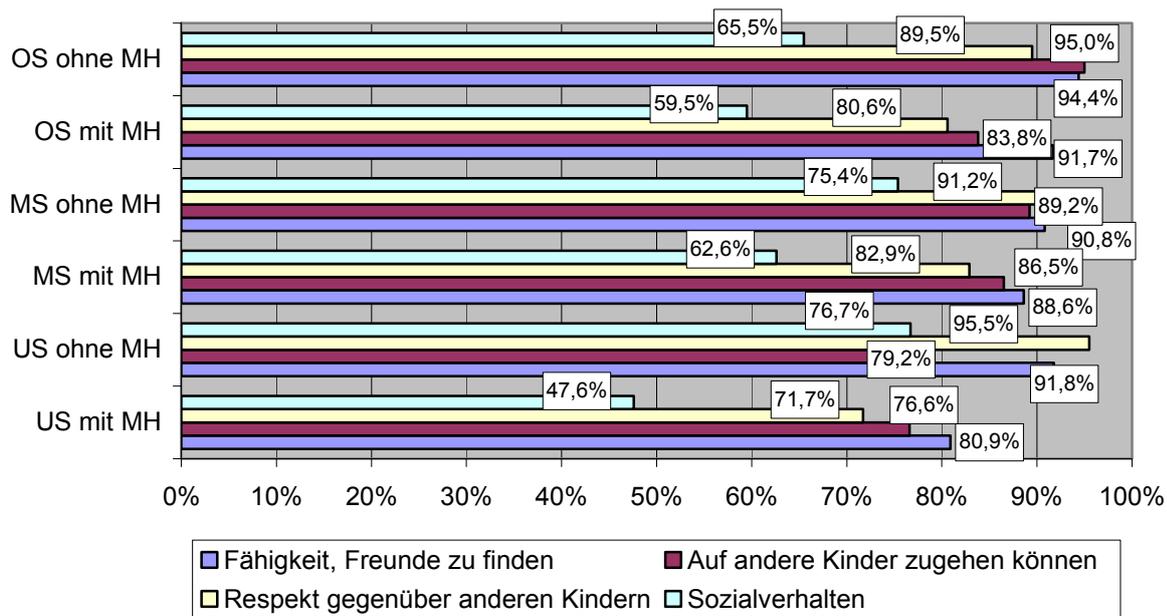


Abb. 33: Einschätzung des Einflusses der Kita nach sozialer Herkunft und Migrationshintergrund der Eltern: Bereich soziale Kompetenzen, 1. Welle

Und auch Migration wirkt im Bereich sozialer Kompetenzen nicht als ergänzender gleichgerichteter Faktor für soziale Schicht. Hier lässt sich vielmehr gerade für Migranten eine Gegenteiligkeit beobachten. In diesem Bereich sehen Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund einen stärkeren Einfluss der Familie. Während bei Eltern *ohne* Migrationshintergrund diejenigen aus *unteren* sozialen Schichten im Verhältnis zu Eltern aus den *oberen* sozialen Schichten tendenziell der Kita einen größeren Einfluss zusprechen, dreht sich dieser Zusammenhang bei Eltern *mit* Migrationshintergrund um; hier verorten gerade Eltern mit Migrationshintergrund aus unteren sozialen Schichten den sozialisatorischen Einfluss im Verhältnis zu anderen Gruppen eher in der Familie. Diese Zusammenhänge sind jedoch nicht überall signifikant und aus diesem Grund vorsichtig zu interpretieren. Zwei Zusammenhänge sind aber auch hier signifikant: Bei den Kategorien „Sozialverhalten“ und „Respekt gegenüber anderen Kindern“ gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den zwei Elterngruppen aus unteren sozialen Schichten.<sup>49</sup> Während Dreiviertel (76,7%) der Eltern aus den unteren sozialen Schichten der autochthonen Eltern der Kita einen größeren Einfluss zuspricht, ist dieser Anteil bei den Menschen aus den unteren sozialen Schichten mit Migrations-

<sup>49</sup> Die Maßzahlen der signifikante Zusammenhänge zwischen der zweidimensionalen Schicht-/Migrationshintergrundvariable einerseits und den Kita- bzw. Familienaufgaben andererseits, lauten bei dem Item Respekt gegenüber anderen Kindern:  $\chi^2$ : 19,435; df5; p=0,002 und bei dem Item Sozialverhalten  $\chi^2$ : 16,924; df5; p=0,005.

hintergrund weniger als die Hälfte (47,6%). In den mittleren und oberen Schichten ist die Differenz zwischen Migranten und nicht Migranten nicht signifikant.

#### *Diskussion der elterlichen Erwartungen und Bedarfe an die Kita*

Der letzte Abschnitt hat verdeutlicht, dass Eltern aus unterschiedlichen sozialen Gruppen mit der Institution Kita ganz unterschiedliche Erwartungen und Zuständigkeitsbereiche verbinden. Während Eltern mit Migrationshintergrund die Kita stärker als Bildungseinrichtung wahrnehmen, ist nach Einschätzung der Eltern aus den Mittelschichten und vor allem aus den oberen Schichten stärker die Familie für die Bildung ihrer Kinder prägend. Im Bereich sozialer Kompetenz hingegen laufen die Differenzen stärker entlang von Migration als von sozialer Schicht. So sind Eltern mit Migrationshintergrund aus unteren sozialen Schichten die einzige Gruppe, die zu einem größeren Anteil (über 50,0%) der Familie den größeren Einfluss im Bereich Sozialverhalten zuspricht.

Ein anderer Bereich, in dem die Vorstellung von Eltern und der Institution Kita weniger weit auseinander gehen, ist der Bereich Bildung und sprachliche Förderung. Wie in diesem Unterkapitel bereits beschrieben, deutet das Ergebnis, dass sozial benachteiligte Eltern der Institution Kita eine hohe sozialisatorische Funktion beimessen, auf eine hohe Bildungsaspirationen dieser Eltern hin und, dass diese Funktion von ihnen selbst aufgrund ihrer Schulbildungsferne nicht ausreichend übernommen werden kann. Eine hohe Bildungsaspiration der Eltern wird sicherlich auch von den Kitas gewünscht, in diesem Bereich sind also keine Diskrepanzen zwischen Eltern und Kitas festzustellen.

In diese Richtung ist in den letzten Jahren bildungspolitisch sicherlich auch vieles getan worden. So hat die KMK 2004 beschlossen, dass Kindergärten und Kindertagesstätten stärker Bildungsaufgaben übernehmen sollen. Dies ist inzwischen auch in vielen Ländern bereits in Gesetzesinitiativen – wie etwa das neue KiBiz-Gesetz für Nordrhein-Westfalen – umgesetzt worden. Diese neuen Änderungen im Aufgabenspektrum der Kitas können also durchaus als eine Annäherung an die Bedürfnisse der sozial benachteiligten Eltern angesehen werden.

Für den Bereich Gesundheit ist festzuhalten, dass bei gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, aber noch stärker in Bezug auf gesunde Ernährung, Eltern aus allen sozialen Schichten mit und ohne Migrationshintergrund in der Familie den größeren sozialisatorischen Einfluss verorten, auch wenn dies bei den oberen sozialen Schichten

noch stärker ausgeprägt ist als bei den unteren sozialen Schichten. Während gerade sozial benachteiligte Eltern im Bereich Bildung stark auf die Institution Kita setzen, hat sie für die Elterngruppe im Bereich gesunde Verhaltensweisen und gesunde Ernährung keine kompensatorische Funktion. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass sozial benachteiligte Eltern im Gegensatz zum Bildungsbereich die eigenen Kompetenzen als hinreichend einschätzen. Wenn das Präventionsdilemma für Interventionen, die sich etwa auf gesunde Ernährung konzentrieren, bestehen sollte, dann müsste hier zumindest einmal genauer geschaut werden, ob die entsprechenden Eltern tatsächlich einen subjektiven Bedarf eines im Setting Kita angebotenen Kurses zur gesunden Ernährung verspüren.

Im Bereich sozialer Kompetenzen hat sich gezeigt, dass sich die Erwartungen der Eltern je nach sozialer Herkunft im Vergleich zum Bildungsbereich unterscheiden. Gerade Eltern mit Migrationshintergrund aus unteren sozialen Schichten sehen den größeren Einfluss auf das Sozialverhalten ihrer Kinder stärker bei sich in der Familie. Gerade Kindern aus diesen Schichten jedoch wird nicht selten seitens der Bildungseinrichtungen ein Mangel an Sozialkompetenzen attestiert.

Gerade an diesem Punkt wird eine ganz besondere Diskrepanz zwischen den Migranteltern aus der unteren sozialen Schicht und der Institution Kita virulent: Während diese Eltern sich für die Förderung der sozialen Kompetenzen ihrer Kinder selbst stärker verantwortlich fühlen und der Auffassung sind, dass sie diese Aufgabe auch im Stande sind zu bewältigen (in diesem Bereich scheint es wenige Erwartungen in Richtung Kita zu geben), werden die sozialen Kompetenzen der betreffenden Kinder in der Kita als eher nicht ausreichend diagnostiziert; dies haben in den qualitativen Interviews viele Erzieherinnen geäußert. Diese Diskrepanz geht auf unterschiedliche Erziehungsstile und Erziehungsvorstellungen zurück, die kulturell und sozial variieren. Die Frage, inwieweit die Erziehungsstile sozial benachteiligter Migranteltern in den Institutionen Anerkennung finden sollte, und inwieweit sich diese Eltern in der Erziehung ihrer Kinder den von den Institution anerkannten normativen Erziehungsvorstellungen anpassen müssen, ist eine eher theoretische Diskussion, die im Kontext von Multikulturalität oder auch der interkulturellen Pädagogik verhandelt wird. Für einen Theorie-Praxis-Transfer wären diese Themen für eine Weiterbildung des pädagogischen Personals in den Kitas sehr gut geeignet.

Vor dem Hintergrund gesamtgesellschaftlicher sozialer Ungleichheiten ist jedoch fraglich, ob diese Reformen tatsächlich in der Form Änderungen herbeiführen, die

soziale und gesundheitliche Ungleichheit reduziert. Denn es ist zu vermuten, dass auch die Stärkung der Bildungsaufgaben der Kindertagesstätten mehr von den bildungsnahen und bildungsbeflissenen Eltern in Anspruch genommen wird, weil diese über die besseren Handlungsstrategien verfügen, um ihre Kinder auch in dieser veränderten Bildungslandschaft richtig zu platzieren. Dies könnte gar den gegenteiligen Effekt haben, dass die Bildungsungleichheiten sich gar vergrößern als verkleinern, wenn die frühen Bildungsangebote von den bereits bildungsprivilegierten Schichten besser genutzt werden, als von den bildungsfernen Gruppen.

#### **6.4 Elternarbeit im Setting Kita: Einige zusammenfassende Betrachtungen**

In diesem sechsten Kapitel sollten einige empirische Ergebnisse im Bereich der Elternarbeit in Kitas dargestellt werden. Wie eingangs bereits erwähnt, ergibt sich die Relevanz der Elternarbeit im Setting Kita in Zusammenhang mit der Implementierung von Präventionsprogrammen dadurch, dass – wie es im Laufe der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ zunehmend deutlich wurde – auch der Erfolg sehr gut konzipierter settinggebundener Gesundheitsprojekte und Initiativen davon abhängt, wie die gegebenen Rahmenbedingungen in den jeweiligen Settings sind. Einer der wichtigsten Aspekte ist dabei die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erzieherinnen. Sind Eltern in den Kitas nicht präsent genug oder gelingt die Zusammenarbeit nicht optimal, erschwert dies ebenfalls die erfolgreiche Durchführung von Präventionsprogrammen. Zudem ist eine enge und kooperative Zusammenarbeit zwischen Eltern und dem pädagogischen Personal in Kitas an sich schon zentral für die gesunde Entwicklung der Kinder, und ist aus diesem Grund schon aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zu beachten.

Von sozial benachteiligten Eltern und auch von Eltern mit Migrationshintergrund ist in der Praxis bekannt, dass diese nicht nur durch Präventionsprogramme, sondern auch durch die alltägliche Zusammenarbeit in der Kita schwer zu erreichen sind. Um die Zusammenarbeit dieser besonders vulnerablen Gruppen im Setting zu stärken, war es zunächst wichtig zu erfahren, welche Bedarfe und Wünsche Eltern mit unterschiedlicher sozialer und kultureller Herkunft aufweisen, welche Vorstellung von der Institution Kita sie haben, welche Form der Beteiligung und welche Art der Veran-

staltungen sie am häufigsten wahrnehmen und schließlich auch, was die Gründe sind, warum sie am Kitaalltag nicht oder wenig teilnehmen.

In Hinblick auf die Beteiligung in Kita-Veranstaltungen offenbaren die Ergebnisse, dass in sehr vielen Bereichen, wie z. B. beim Tag der offenen Tür oder bei Flohmärkten keine signifikanten schicht- und migrationspezifischen Differenzen vorhanden sind, alle Eltern nehmen an diesen Veranstaltungen gleich häufig teil, und zwar unabhängig von ihrem soziokulturellen und sozioökonomischen Status. Die signifikanten Differenzen in der Beteiligung zeigen sich jedoch gerade in den Veranstaltungen, die von allen Eltern am häufigsten auch in Anspruch genommen. Die unterschiedliche Beteiligung liegt neben dem Besuch von Kindergartenfesten und Weihnachtsfeiern auch im Theater- und Konzertbesuch in der Kita, bei denen Eltern aus den unteren sozialen Schichten mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu anderen Eltern weniger präsent sind. Die unterschiedliche Beteiligung liegt aber vor allem in den eher formellen und für die Elternpartizipation wichtigen Veranstaltungen der Elternabende und Elternpflegschaften. Während die Teilnahme an Elternabenden vor allem bei Eltern mit Migrationshintergrund aus den mittleren und vor allem unteren Schichten geringer ist, ist bei der Elternpflegschaft vor allem die Schichtzugehörigkeit entscheidend. Es sind die unteren sozialen Schichten der Autochthonen und der Migranten, die signifikant weniger teilnehmen.

Im Gegensatz zu Flohmärkten oder Ausflügen sind die zuletzt genannten Veranstaltungen mit die wichtigsten, die in der Kita angeboten werden. So werden an Elternabenden häufig Fachvorträge zu Themen von Gesundheit oder Erziehung angeboten. Ebenfalls werden in diesen Veranstaltungsformen eher zentrale Themen, die die Kita betreffen angesprochen und teilweise auch wichtige Entscheidungen getroffen. Es wäre also wichtig, wenn sozial benachteiligte Eltern gerade bei diesen Veranstaltungen präsenter wären. Es ist jedoch anzunehmen, dass gerade der formelle Charakter dieser Treffen sozial benachteiligte Eltern am stärksten davon abhält, diese zu nutzen.

Ähnliches gilt auch für die Elternpflegschaft. Es ist eine sehr paradoxe und gerade aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zu überwindende Situation, dass sozial benachteiligte Eltern ausgerechnet in den Bereichen, in denen sie theoretisch die größte Chance hätten, ihre Bedürfnisse zu äußern, sich am stärksten selbst ausschließen (zum Motiv der Selbsteliminierung vgl. Bourdieu 1981, 1982). Es gibt inzwischen Kitas, die nur noch selten Elternabende anbieten und versuchen mit den Eltern

eher über informellere Wege Kontakt zu halten, z. B. durch die so genannten „Tür- und Angelgespräche“. Diese Art der Kommunikation ist jedoch vor allem zeitaufwändiger, weil jedes Elternteil einzeln angesprochen werden muss. Wenn es sich um Eltern handelt, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, kann die Kommunikation dementsprechend noch aufwändiger werden, wenn z. B. die Notwendigkeit besteht aus der Reihe der anderen Eltern eine Dolmetscherin zu finden. Inwieweit diese eher zeitintensiveren Zugangswege vor dem Hintergrund der Entwicklungen der letzten Jahre in den Kitas, in denen die Kitas immer mehr Aufgaben übernehmen mussten, ohne dass sie entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen haben, in der Praxis auch durchführbar sind, bleibt fraglich.

Hinsichtlich der Ursachen, die Eltern daran hindern, sich am Kitaalltag zu beteiligen, ergeben sich ebenfalls herkunftsspezifische Differenzen. Überraschend ist aber, dass bei einigen Ursachen keine herkunftsspezifischen Unterschiede festzustellen sind. So sind es bei dem größten Teil der Eltern familiäre oder arbeitsweltliche Verpflichtungen, die sie daran hindern, am Kitaalltag teilzunehmen. Diese Ursachen sind bei Eltern aus allen sozialen Schichten mit und ohne Migrationshintergrund gleich, es gibt hier keine Differenzen. Wichtig zu erwähnen ist auch, dass nur ganz wenige Eltern als Grund für ihre Nicht-Teilnahme fehlendes Interesse angegeben haben. Obwohl diese Ursache häufig in der Öffentlichkeit gerade für die geringe Teilnahme von benachteiligten Eltern geäußert wird, konnte dies nach unseren Daten nicht bestätigt werden.

Allerdings gibt es einige Ursachen, die wir zu dem Ursachenbündel „Externalität“ zusammengefasst haben. Bei diesem Faktor war ein hoch signifikanter Zusammenhang mit Schicht festzustellen, bei Eltern aus unteren sozialen Schichten aus der autochthonen Gruppe und der Migrantengruppe spielen einerseits Ursachen eine Rolle, die auf eine externale Kontrollüberzeugung hinweisen. Besonders brisant in diesem Zusammenhang ist allerdings andererseits der Faktor der mangelnden Mobilität. So geben fast ein Viertel der Eltern aus der unteren sozialen Schicht als Grund für die Nicht-Teilnahme die fehlende Fahrgelegenheit an. Es sind gerade solche Faktoren, die aufgrund mangelnder finanzieller und materieller Ressourcen entstehen, die selten in der Öffentlichkeit Erwähnung finden bzw. von vielen als Grund nicht anerkannt werden. Die mangelnde Mobilität von Menschen mit geringen materiellen Ressourcen ist aber nur ein Beispiel von vielen Bereichen, in denen die sozialen Teilhabechancen immer stärker beschnitten werden. Wenn Ursachen angegangen

werden sollen, die Eltern daran hindern, am Kitaalltag teilzunehmen, dann sollte z. B. die Frage, ob nun die Fahrt in die Kita bezahlbar ist oder nicht, eine stärkere Rolle spielen.

Die Bedarfe der Eltern wurden in dieser Studie indirekt darüber gemessen, welche sozialisatorischen Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche sie mit der Institution Kita verbinden. Auch in diesem Bereich ergaben die Daten interessante Ergebnisse, die nach sozialer Schichtzugehörigkeit und Migration stark variieren. Während im Bereich Gesundheit relativ wenige Eltern den sozialisatorischen Einfluss der Kita stärker einschätzen, gelten vor allem für den Bereich sozialer Kompetenzen, dass die allermeisten Eltern hier den Zuständigkeitsbereich der Kita sehen. Für den Bereich sozialer Kompetenzen gibt es lediglich eine Gruppe, die von den andern Elterngruppen abweicht, und die im Laufe dieser Studie häufiger auffiel, nämlich die Gruppe der Migranteltern aus der unteren sozialen Schicht. Dies ist die einzige Gruppe, die den sozialisatorischen Einfluss der Familie im Bereich sozialer Kompetenzen für größer hält als den der Kita. Im Bereich Bildung und sprachliche Fähigkeiten hingegen ist es genau umgekehrt. Hier sind es vor allem die Migranteltern der unteren sozialen Schicht, die mit über 77,0% am häufigsten den sozialisatorischen Einfluss der Kita als wichtiger einschätzen, im Verhältnis zu den Migranteltern aus der Oberschicht mit knapp 30,0% oder der autochthonen Oberschicht mit knapp 16,0%. Im Bereich sprachlicher Fähigkeit ist ein bedeutsames Ergebnis bei der unteren sozialen autochthonen Schicht festzustellen. So halten knapp 50,0% dieser Gruppe den Einfluss der Kita im Bereich sprachlicher Fähigkeiten für größer, bei den autochthonen Eltern aus der Mittelschicht sind es etwa 24,0%. Dies kann in die Richtung interpretiert werden, dass auch Eltern aus der autochthonen Gruppe sich im Bereich sprachlicher Förderung eine kompensatorische Funktion durch die Kita wünschen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kitas und das pädagogische Personal mit ganz unterschiedlichen Erwartungen von Eltern konfrontiert sind, denen sie möglichst gerecht werden sollen. Diese differenten Erwartungen – bedingt durch die durch Migration *und durch zunehmende soziale Polarisierung* immer heterogener werdende Elternschaft – macht die Bewältigungsaufgaben der Kitas nicht gerade einfacher. Zudem sollten die Ergebnisse zeigen, dass Erzieherinnen nicht nur kulturelle Differenzen der Eltern besonders berücksichtigen müssen – etwa durch die Stärkung ihrer interkulturellen Kompetenzen – sondern, sie müssen mindestens genau so sensibel gegenüber schichtspezifischen, eher sozioökonomisch bedingten Differenzen und Erwartungen

der Eltern sein – also ebenfalls ihre sozioanalytischen Kompetenzen stärken (Bittlingmayer et al. 2008). Diese Aufgabe wird umso schwieriger, wenn sich kulturelle und sozioökonomische Faktoren vermengen.

Deutlich wird aber, dass vor dem Hintergrund der heterogenen Erwartungen der Eltern größere zeitliche und materielle Ressourcen notwendig sind, um gerade Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen besser zu erreichen. Gerade die Berücksichtigung der Erwartungen von sozial benachteiligten Eltern ist besonders zeit- und arbeitsintensiv, weil sie erst einmal gegen die alltäglichen Routinen der Organisation laufen. Soll sich die Kita auf solche „Besonderheiten“ einlassen, dann müssen gerade in Kitas mit einem großen Teil an Kinder aus sozial benachteiligten Familien mehr Ressourcen einfließen als bislang. Die politischen Reformen der letzten Jahre – das macht z. B. das Kibiz-Gesetz deutlich – laufen aber eher in eine andere Richtung. Hier werden bei mehr Leistungsanforderungen an die Kitas Personal gekürzt und Arbeitsverhältnisse prekariert.

## **Kap. 7: Die mehrdimensionale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter.**

### **Resümierende Bemerkungen, theoretische Anschlüsse und praktische Konsequenzen für Public Health**

Das abschließende Kapitel der Dissertation soll insgesamt drei Dinge leisten. In einem ersten Schritt werden die wichtigsten Ergebnisse aus der empirischen Studie vorgestellt und in einem etwas weiteren Rahmen interpretiert (7.1). Aus den empirischen Befunden lassen sich auf der Basis der zweidimensionalen Analysestrategie bereits wichtige Diskussionslinien für eine gesundheitsförderliche Public Health-Praxis im Setting Kita andeuten. In einem zweiten Schritt steht die Ausgangsdiagnose des Präventionsdilemmas als Modell zur Erklärung für die Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten im Zentrum. Dabei werden auch hier zunächst die wichtigsten Resultate zusammengefasst, um dann zu neueren Theorieangeboten und ihrer Relevanz für eine Public Health Theoriebildung vorzudringen (7.2). Es wird dafür plädiert, auf der Grundlage der hier durchgeführten zweidimensionalen Analysestrategie Theorien zur segmentierten Assimilation und Intersektionalitätsansätze für eine Public Health-Theoriebildung zu rezipieren und für die Public Health-Praxis konzeptionell fruchtbar zu machen. In einem dritten Schritt werden schließlich Überlegungen vorgestellt, mit deren Hilfe die Reproduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten durchbrochen und das Präventionsdilemma eingeschränkt werden können (7.3). Dabei wird die Setting-Perspektive abschließend eine zentrale Rolle spielen.

### **7.1 Elternarbeit und Vorsorge vor dem Hintergrund kultureller Differenzen und sozialer Ungleichheiten. Zusammenfassende Diskussion der empirischen Ergebnisse**

Obwohl Kitas durch die Streiks der Erzieherinnen in der erste Hälfte des Jahres 2009 verstärkt öffentliche und mediale Aufmerksamkeit erfahren haben, stehen sie tatsächlich schon seit einigen Jahren vermehrt im Rampenlicht von Politik und Öffentlichkeit. Wurden sie bei der Ottawa-Deklaration nicht einmal explizit als gesundheitsfördernde Settings benannt, werden Kitas seit Beginn des neuen Jahrtausends als Settings zur Gesundheitsförderung entdeckt und gelten heute häufig gar als das „Schlüs-

selsetting“ zur Gesundheitsförderung (Altgeld 2003; MDK 2008). Neben der Entdeckung der Kitas als Setting der Gesundheitsförderung sind sie ungefähr gleichzeitig ebenfalls als Orte der frühen Bildung und Frühförderung (wieder-) in den Blick geraten. Und zudem gewannen Kitas in den letzten Jahren vor allem vor dem Hintergrund von Debatten um Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen auch als sozialisatorische und erzieherische Instanz neben der Familie vermehrt Aufmerksamkeit.

In der hier vorliegenden Studie sollte das Setting Kita genauer unter die Lupe genommen werden. Im Zentrum der Analysen standen die Vorsorgeuntersuchungen, die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“, das über das Setting Kita für die Vorsorgeuntersuchungen sensibilisieren möchte und die Elternarbeit im Setting Kita. Dabei wurde in allen Bereichen die Frage fokussiert, inwieweit Eltern aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen Präventionsmaßnahmen in der Versorgung (die Vorsorgeuntersuchungen), Präventionsprojekte (am Beispiel des Modellprojekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“) und die Elternarbeit im Setting Kita in Anspruch nehmen und wie weit und in welchen Bereichen das Präventionsdilemma auf diesen unterschiedlichen Ebenen und Bereichen besteht bzw. verringert werden kann.

In der ersten Phase der Studie stand dabei die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder im Vordergrund. Es wurde das Programm „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ der AOK Rheinland-Hamburg wissenschaftlich begleitet, das im Setting Kita angebunden ist. Das „U-Boot“ ist ein Aufklärungsprogramm, das in erster Linie Erzieherinnen und Kinder, und erst darüber die Eltern, über Gesundheitsthemen allgemein sowie über die Vorsorgeuntersuchungen informieren und sensibilisieren möchte.

Die erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsprojekten im Setting erfordert jedoch bestimmte Kontextbedingungen in den jeweiligen Settings selbst. Eine der zentralen Kontextbedingungen ist dabei die Elternpartizipation bzw. Elternarbeit im Kindergartenalltag. Neben der Bedeutung, die die Elternzusammenarbeit im Setting Kita für die Implementierung von Präventionsprogrammen hat, kommt ihr aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive noch eine eigene wichtige Bedeutung zu, denn eine gute und kooperative Zusammenarbeit zwischen Eltern und dem pädagogischen Personal ist auch für eine gesunde Entwicklung des Kindes von enormer Bedeutung. Aus der Praxis und dem Alltag der Kindertagesstätten ist jedoch bekannt,

dass gerade sozial benachteiligte Eltern weniger in der Kindertagesstätte partizipieren. Hier liegt also eine andere, zusätzliche Form des Präventionsdilemmas vor.

Die Analyse der Zusammenarbeit zwischen Eltern und dem pädagogischen Personal im Setting Kita war demnach der Schwerpunkt einer zweiten Forschungsphase. Als besonders bedeutsam erschien uns dabei die Perspektive der Eltern, über deren Präferenzen und Wünsche in Hinblick auf das Setting Kita bislang wenig bekannt ist.

Da in der hier vorliegenden Dissertation ganz besonders von sozialen Ungleichheiten und in diesem Zusammenhang gleichzeitig auch von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffene Eltern im Vordergrund der Untersuchungen standen, wurden Eltern nach den beiden zentralen soziale Ungleichheit strukturierenden Dimensionen Schicht und Migration differenziert betrachtet (Winkler & Degele 2009; Herwartz-Emden 2008; Bader 2002). Auf der Grundlage der im Projekt BEEP erhobenen Daten von Eltern in Kitas konnte ein Index gebildet werden, mit dem die Stichprobe sowohl nach Migrationshintergrund als auch nach sozialer Schichtzugehörigkeit differenziert werden konnte (s. Kap. 4). Mit dieser Vorgehensweise war es möglich, sowohl die Effekte von Schicht als auch von Migration zu messen, ohne diese gegeneinander auszuspielen. Ziel dieser differenzierten Analyse war es, die Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, der Wahrnehmung von Präventionsprogrammen und in der Elternpartizipation in Kitas so zielgruppenspezifisch wie möglich zu bestimmen. Denn je zielgruppenspezifischer die „Lücken“ in der Versorgung resp. den Angeboten der Kita identifiziert werden, desto besser können entsprechende Maßnahmen initiiert werden, die in der Lage sind, diese Lücken zu schließen oder anders gesagt, die in der Lage sind den Bedürfnissen der Gruppen, die bislang wenig erreicht werden, besser gerecht zu werden<sup>50</sup>.

#### *Vorsorgeverhalten und die Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen*

Im den Kapitel 5 und 6 sollten die Vorsorgeuntersuchungen sowie die Evaluation des Projekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ genauer analysiert werden. Dabei sollte im Abschnitt zu den Vorsorgeuntersuchungen herausgearbeitet werden, inwieweit und in welchen Bereichen das Präventionsdilemma im Hinblick auf die Erreich-

---

<sup>50</sup> Für eine genauere zielgruppenspezifische und bedarfsgerechtere Analyse müsste noch genauer nach ethnischer Zugehörigkeit differenziert werden. Aus forschungspragmatischen Gründen (die Eltern mit Migrationshintergrund kamen in der Befragung aus über 80 unterschiedlichen Nationen) konnte eine ethnizitätsspezifische Auswertung auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht durchgeführt werden. Es bleibt jedoch eine Forschungslücke, die in zukünftigen Forschungen genauer beachtet werden sollte.

barkeit von sozial benachteiligten Gruppen noch immer besteht. Ferner sollten die Einstellungen, Erfahrungen und Bewertungen von verschiedenen sozialen Gruppen mit diesen Untersuchungen präsentiert werden. Anschließend wurde am Beispiel des Modellprojekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ untersucht, inwieweit das Programm zur Überwindung des Präventionsdilemmas bei der Sensibilisierung für die Vorsorgeuntersuchungen einerseits und der Erreichbarkeit im Bereich allgemeiner Gesundheitsförderung, einen Beitrag leistet.

Ein Vergleich der Inanspruchnahmeraten der U-Untersuchungen (unter besonderer Berücksichtigung der U7 bis U9) anhand unterschiedlicher Datenquellen (Kap. 4) hat ergeben, dass die Teilnahme in den letzten Jahren stetig steigt. Diese positiven Entwicklungen in Bezug auf die Inanspruchnahme können durchaus als Ergebnis der Bemühungen angesehen werden, dass die Initiativen, Projekte und Aktionen der letzten Jahre im Bereich Sensibilisierung, Aufklärung und Information bei der Bevölkerung Wirkung gezeigt haben. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme nicht nur insgesamt zugenommen hat, sondern sich ebenfalls der Abstand zwischen der unteren und der oberen sozialen Gruppen verringert hat, auch wenn noch immer die Teilnahmequote der unteren sozialen Schichten und von Menschen mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich ist.

Die Ergebnisse der eigenen empirischen Erhebungen zeigen ähnliche Tendenzen. Wenn nach Schicht und Migration kontrolliert wird, dann zeigt sich, dass während die Inanspruchnahme für die U1 bis U6 bei allen sozialen Gruppen gleich hoch ausfällt, die Werte für die U7 bis U9 nach den sozialen Gradienten Schicht und Migration differieren. Bei genauerem Hinsehen und unter Berücksichtigung beider Strukturierungsdimensionen Schicht und Migration zeigte sich, dass es sich bei den Eltern, die die U-Untersuchungen nicht in Anspruch nehmen, in ganz besonders hohem Maße um die Gruppe der Migranteneltern aus der unteren sozialen Schicht handelt. Im Hinblick auf die Einstellungen der Eltern gegenüber den Vorsorgeuntersuchungen wurde ferner deutlich, dass alle Eltern unabhängig von ihrer sozialen oder kulturellen Herkunft den Vorsorgeuntersuchungen große Bedeutung beimessen. Auch die U8 und die U9 werden nicht für weniger wichtig erachtet als die anderen U-Untersuchungen. Besonders hervorhebenswert ist, dass über 95,0% der Eltern die Untersuchungen auch ganz bewusst als präventive Maßnahme einsetzen, ihnen also auch die präventive Bedeutung sehr deutlich ist. Im Gegensatz zu den Einstellungen gegenüber den Vorsorgeuntersuchungen, bei denen kaum schicht- und migrati-

onsspezifische Differenzen feststellbar waren, gab es in Bezug auf die Erfahrungen mit den U-Untersuchungen sehr wohl diese Differenzen. Auch hierin zeigte sich die Gruppe der Migranteneltern aus der unteren sozialen Schicht als besonders auffällig. Eltern aus dieser sozialen Gruppe waren häufiger als andere Eltern unzufrieden mit der Beratung in Bezug auf die Versorgung und Gesundheitsfragen ihres Kindes, die sie während der U-Untersuchungen erhalten haben. Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, denn hier kristallisiert sich für eine Gruppe ein spezieller Bedarf – nämlich nach mehr Beratung während der U-Untersuchungen, weil die Gruppe der Migranteneltern der unteren Sozialschicht bei der U1 bis U6 ähnlich hohe Quoten hat – die gleichzeitig die U-Untersuchungen weniger als andere Gruppen in Anspruch nimmt.

Für das Modellprojekt „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ zeigen die Evaluationsergebnisse, dass das Projekt auf einer institutionellen Ebene das Präventionsdilemma überwinden kann. So nehmen Kitas unabhängig ihrer sozialräumlichen Lage oder der sozialen Zusammensetzung der Eltern und Kinder gleich häufig an dem Projekt teil. Bei der Kenntnisnahme des Projekts unter den Eltern offenbarten sich jedoch auch wieder die Migranteneltern aus der unteren sozialen Schicht als eine vulnerable Gruppe, denn sie nehmen das Projekt in den Kitas am wenigsten zur Kenntnis. Als die zentrale Vermittlungsinstanz zwischen Programm- und Programminhalten und den Eltern haben sich in erster Linie die Erzieherinnen herausgestellt. Trotz umfassender Materialien erfahren Eltern am häufigsten von den Erzieherinnen über die Durchführung des Projekts sowie auch von den Projektinhalten.

Das U-Boot Projekt ist besonders unter den Erzieherinnen sehr beliebt. Da das Projekt für die Kitas kostenneutral ist, können in dieser Hinsicht besonders Kitas mit einem sozial benachteiligten Klientel davon profitieren, einen Ausflug für Kinder zu unternehmen, ohne dass damit zusätzliche Kosten entstehen. Ebenfalls wird als besonders positiv angemerkt, dass den Kindern Gesundheitsthemen sehr spielerisch vermittelt werden und systematischen Eingang in den Kitaalltag finden. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist dieser Effekt des Projekts besonders hervorzuheben.

Die im fünften Kapitel ausgeführten Ergebnisse verdeutlichen, dass es im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in den letzten Jahren große Fortschritte gegeben hat. Doch auch wenn sich in einigen Bereichen das Präventionsdilemma verringert hat, lassen sich andere Bereiche und Zielgruppen festmachen, für die es noch immer Ungleichheiten gibt. Während Eltern aus der autochthonen

Unterschicht inzwischen durch die Präventionsmaßnahme der U-Untersuchungen und durch Präventionsprojekte wie das U-Boot gut erreicht werden, existieren für die Gruppe der Eltern mit Migrationshintergrund aus der unteren sozialen Schicht noch immer hartnäckige Lücken. Die Gruppe der Migranteltern der unteren Sozial-schicht hat sich nach unseren Daten als eine Gruppe herauskristallisiert, für die das Präventionsdilemma in ganz besonderem Maße diagnostiziert werden kann. So äußern diese auf der einen Seite mehr Bedarf nach Beratung in Gesundheitsfragen und Pflegehinweise für ihre Kinder, auf der anderen Seite werden sie aber sowohl von den U-Untersuchungen als auch von Präventionsprogrammen (hier am Beispiel von U-Boot) schlechter erreicht als andere Elterngruppen. Für diese soziale Gruppe lässt sich also hier ein ganz spezieller Handlungsbedarf ausmachen. Präventionsprogramme sollten also in Zukunft viel zielgruppenspezifischer – d. h. kultur- *und* ungleichheitssensibel – vorgehen. Das könnte z. B. heißen, dass Ärzte und das medizinische Personal stärker für die Bedürfnisse dieser Gruppe sensibilisiert werden, und vor allem mehr über schicht-, migrations-, bzw. kulturspezifische Bedürfnisse der Eltern erfahren.

Die alleinige interkulturelle und ungleichheitssensible Ausbildung von Fachkräften ist zwar eine sinnvolle Maßnahme, kann jedoch nicht alle Schwierigkeiten, die mit sozialer Ungleichheit, mit Prävention und der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen in Zusammenhang stehen, lösen.

Denn häufig spielen hierbei auch allgemeine soziale Ungleichheiten und Ungleichverteilungen, die außerhalb der Handlungsressourcen von medizinischen Fachkräften liegen, eine wichtige Rolle. Ein Faktor, der für die allgemeine Versorgung und in diesem Zusammenhang auch für die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder eine zentrale Rolle spielt, ist die Tendenz der letzten Jahre, dass in bestimmten strukturschwachen Regionen oder Stadtteilen die Versorgung mit genügend Ärzten nicht mehr gegeben ist (Mielck 2008). Hinzu kommt, dass z. B. die Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel inzwischen so hoch sind, dass sie nicht mehr ohne weiteres für jeden erschwinglich sind. Allein diese beiden zuletzt genannten Punkte können sich für Eltern mit geringen finanziellen Ressourcen zu einer Barriere verdichten, Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen (s. hierzu auch Abschnitt 5.2). Gerade das in den letzten Jahren zunehmende Problem der „Energie- und Mobilitätsarmut“ (Runge 2005) ist ein Beispiel dafür, wie stark die hier behandelten auf dem ersten Blick eher individuellen und verhaltensbezogenen Aspekte unmittelbar mit Fragen gesamtge-

sellschaftlicher Ressourcenallokation und der demokratisch verteilten Teilhabechancen zusammen hängen.

Die Grenzen dessen, was die Vorsorgeuntersuchungen noch leisten können – auch wenn das medizinische Personal gut aus- und fortgebildet ist, zeigt sich aber auch in anderen Bereichen. Gerade in den letzten Jahren sind die Vorsorgeuntersuchungen häufig als mögliche Präventionsmaßnahme von Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen, aber auch von Verhaltensauffälligkeiten oder Sprachschwierigkeiten behandelt worden. Im nächsten Abschnitt soll kurz diskutiert werden, wo die Vorsorgeuntersuchungen an ihre Grenzen stoßen und warum es aus einer sozialen und gesundheitlichen Ungleichheitsperspektive fatal ist, wenn die Vorsorgeuntersuchungen für Bereiche die politische Verantwortung zugesprochen bekommen, die eigentlich der Sozialpolitik zufallen müsste.

#### *Vorsorgeuntersuchungen in der Kritik*

Die Vorsorgeuntersuchungen sind nicht unumstritten. So wird argumentiert, dass sie nicht in der Lage sind alle möglichen Störungen zu erkennen und auch deren Effektivität wird teilweise angezweifelt. So stellen Hohmann et al. (1998) fest, dass im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen nur 10,0% der Sehstörungen überhaupt erkannt werden. Das bedeutet, dass 90,0% der Kinder, die eine Sehstörung aufweisen nicht oder zu spät erkannt werden. Entsprechend kann die Behandlung gar nicht oder erst später ansetzen. Hier ist es notwendig, die Eignung der verschiedenen Sehtests zu überprüfen und bessere Strategien zu entwickeln.

Auch Reher et al. (2004) haben sich mit der Rolle der Vorsorgeuntersuchungen bei der Erkennung von Sehstörungen, hier Amblyopie, befasst. Das Ergebnis ist ernüchternd: Die Vorsorgeuntersuchen trugen wenig zur Erkennung dieser Störung bei.

Altenhofen (2002) fasst die Schwachstellen bzw. Verbesserungsmöglichkeiten der Früherkennungsuntersuchungen wie folgt zusammen:

- nicht rechtzeitige Erfassung von Kindern mit Seh- und Hörstörungen
- Mangel an standardisierten und evidenzbasierten Untersuchungsverfahren
- Überdiagnostik bei beispielsweise Herzfehlbildungen
- mangelnde Früherkennung von Verhaltensauffälligkeiten
- keine primärpräventive Elterninformation und -beratung
- Erkennung von psychischen Auffälligkeiten

In einer Studie von Sachse et al. (2007) wird die Wirksamkeit der Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf die Diagnose von Sprachstörungen und geistiger Behinderung kritisiert. So sollen bei der U7 „77% der Kinder mit einer geistigen Behinderung nicht als entwicklungsgestört erkannt worden sein“ (Sachse et al. 2007, S. 140) und nur bei jedem vierten Kind mit einem „verzögerten Spracherwerb“ war dies im Vorsorgeheft eingetragen. Die Autoren plädieren für die Entwicklung eines standardisierten Instruments zur Messung von Sprachentwicklungsstörungen, der unter anderem aus einem Elternfragebogen zum Sprachverhalten des Kindes besteht. Im Bereich Sprache gilt vor allem für Kinder mit Migrationshintergrund allerdings große Unklarheit darüber, mit welchen Instrumenten und nach welchen Kriterien der Sprachstand am Besten erhoben werden soll (Schulz et al. 2009; Jeus 2009).

Wiederum andere kritisieren, dass in den Vorsorgeuntersuchungen familiäre Lebensweisen und Erziehungsstile Gegenstand medizinischer Vorsorgeuntersuchungen werden. Bollig und Tervooren (2009) untersuchen in ethnographischen, teilnehmenden Beobachtungen während der Vorsorgeuntersuchungen die Arzt-Patienten-Interaktion und stellen fest, wie am Beispiel des Fernsehkonsums von Kindern normative Vorstellungen von Erziehung mit in die Diagnostik aufgenommen wurden (vgl. Marzinzik & Kluwe 2009).

Die genannten Kritiken sind von den Verantwortlichen teilweise aufgenommen und auch in die Praxis umgesetzt worden. So ist die Entdeckung visueller Störungen eines der wichtigsten Inhalte der 2008 neu eingeführten U7a (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008: 3). Die U7a zielt ebenfalls stärker auf die Entdeckung von Verhaltensauffälligkeiten sowie von Sprachstörungen ab, mit der Begründung, dass diese Auffälligkeiten u. a. als Folge der Pisa-Studien oder auch Fälle von Kindesmissbrauch und Misshandlung in den letzten Jahren Teil tagesaktueller Debatten waren. Die stärkere Berücksichtigung von Sprachdefiziten, Verhaltensauffälligkeiten und Beratung in der Erziehung von Eltern ist jedoch nicht unproblematisch in den in erster Linie medizinisch orientierten Vorsorgeuntersuchungen. Die Aufforderung etwa von Sachse et al. (2007), die Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen stärker zu standardisieren, ist zwar aus medizinischer Sicht vielleicht plausibel. Aus einer erziehungswissenschaftlichen und soziologischen Perspektive ist dies jedoch alles andere als einfach (s. Beiträge in Bittlingmayer et al. 2009). Denn Sprache hängt eng mit sozialer Schicht- und Milieuzugehörigkeit zusammen und es wird bei Sachse et

al. nicht thematisiert, wie Ärzte z. B. einen milieuspezifischen Blick für Sprachdiagnosen erhalten sollen (Bernstein 1971; Labov 1969; Oevermann 1973). Die Problematik erschwert sich bei der Erhebung des Sprachstandes bei Kindern, die zweisprachig aufwachsen. Bei diesen Kindern bringt eine standardisierte Methodik der Diagnostik noch größere Schwierigkeiten. Ähnlich problematisch ist es, wenn das Verhalten von Kindern von medizinischen Fachkräften diagnostiziert werden soll. Hier besteht die Gefahr, dass differente kulturelle oder sozioökonomisch bedingte Differenzen etwa in der Spielweise von Kindern oder Freizeitgestaltung vorschnell als Entwicklungsdefizite oder Verhaltensauffälligkeit diagnostiziert werden. Der obige Fall mit dem Fernseh-Konsum von Kindern ist ein gutes Beispiel dafür.

Die Forderung, Vorsorge bei Kindern nicht nur bei medizinischen (z. B. die Untersuchungen der Funktionsfähigkeit der Organe sowie der Sinnesorgane etc.) Untersuchungen zu belassen, was die primäre Aufgabe der sekundärpräventiven Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 ist, sondern diese noch stärker auf die soziale, emotionale und sprachliche Entwicklung des Kindes auszuweiten, ist vor dem Hintergrund der alarmierenden Zahlen um sprachliche Schwierigkeiten, psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, wie sie zuletzt repräsentativ durch die KiGGS Studie für Deutschland festgestellt wurden, mehr als berechtigt. Fraglich ist jedoch, ob die aktuell existierenden Vorsorgeuntersuchungen, die vom medizinischen Personal durchgeführt werden und somit vom Ansatz her darauf aus sind, *Krankheiten* zu diagnostizieren, den richtigen Rahmen bieten, um dem Problem zu begegnen.

Die Problematik ist ein gutes Fallbeispiel für eine Kernaufgabe der Gesundheitswissenschaften, die von ihrem Selbstverständnis her von der Pathogenese weg zu einer salutogenetischen Perspektive hin orientiert ist (Schnabel 2009; Hurrelmann 2006; Antonovsky 1997). Der Fall der U-Untersuchungen und ihrer Aufgabenbereiche berührt genau diesen Punkt. Die frühe Erkennung von Krankheiten, Missbildungen, oder erblich bedingte Entwicklungsstörungen in den Vorsorgeuntersuchungen sind richtig und wichtig, die Zuständigkeit fällt dabei in den medizinischen Bereich. Problematischer ist allerdings, wenn Sprachschwierigkeiten diagnostiziert werden, die bei genauerem Hinsehen vielleicht gar keine Sprachschwierigkeiten sind, sondern eher schichtspezifische Sprachformen oder Zweisprachigkeit. Ähnlich problematisch sind Diagnosen aus dem Bereich Verhalten. Solche Diagnosen muss ein Kinderarzt oder eine Kinderärztin eher auf der Grundlage der Alltagserfahrungen oder ihrer Intuition durchführen als auf der Grundlage ihrer professionellen Ausbildung. Hier wäre es

ratsamer im Bereich der frühen Prävention vielleicht stärker Pädagogen heranzuziehen – am Besten solche, die in milieuspezifische Erziehungsstile oder in interkultureller Pädagogik ausgebildet sind – um solche Diagnosen fachlich abzusichern. Die Schwierigkeit der Diagnostizierbarkeit von Sprachschwierigkeiten etwa wird ebenfalls vom Gemeinsamen Bundesausschuss thematisiert und auch, dass „spezielle zusätzliche Screeninguntersuchungen zunächst auf ihren Nutzen evaluiert werden sollten, bevor sie zum Einsatz kommen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, S. 6).

Ebenfalls können die Vorsorgeuntersuchungen nicht als Instrument zur Erfassung von Kindesmisshandlung verwendet werden (Paul & Backes 2008). Der gemeinsame Bundesausschluss lehnt in seiner Erklärung die Übernahme dieser Verantwortung ab: „Aufgrund derzeit fehlender erprobter und wirksamer Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung im Rahmen der Kinderuntersuchungen [sind] keine diesbezüglichen Regelungen in die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (...) aufzunehmen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2007: 665).

Die Vorsorgeuntersuchungen sind in den letzten ca. drei Jahren politisch und öffentlich zu einem brisanten Thema geworden. Die schlechten Leistungen der deutschen Schüler in der Pisa-Studie, dem folgend die Forderung nach möglicher Frühförderung und Frühstförderung von Kindern bzw. der frühen Erkennung von Entwicklungsstörungen sowie die sich häufenden Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung haben die Untersuchungen ins Rampenlicht öffentlicher und politischer Diskussionen rücken lassen. Der schnelle politische Handlungsdruck, der gefordert war um den desideraten Lebensbedingungen vieler Kinder in der Bundesrepublik zu begegnen, wurde quasi delegiert auf die Vorsorgeuntersuchungen und die dafür verantwortlichen Kinderärzte. Kinderärzte haben große Beliebtheit bei Eltern, wenn es um Informationen im Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder geht. So ergab eine Befragung im Auftrag der BZgA, dass über 90,0% der Eltern als Informationsquelle für die Gesundheitsfragen den Kinderarzt nutzen und dieser gleichzeitig auch bei der Bewertung am besten abschneidet. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in den qualitativen Interviews, hierbei waren die befragten Eltern mit dem Kinderarzt sehr zufrieden<sup>51</sup>. Kinderärzte und die Vorsorgeuntersuchungen, die von diesen durchgeführt werden, sollten jedoch nicht mit Aufgaben überfrachtet werden, die nicht in ihrem Kompetenzbereich liegen. Die Vernachlässigung von Kindern z. B.

---

<sup>51</sup> Wenn Eltern mit dem Arzt nicht zufrieden waren, haben sie diesen häufig gewechselt.

durch Mangelernährung oder auch alltägliche Überforderung der Eltern können nicht durch eine noch genauere Beobachtung und Screening der Kinder während der U-Untersuchung behoben werden und auch nicht durch die Beratung der Eltern. Selbst wenn diese durch Ärzte diagnostiziert werden, können sie an den Ursachen wenig ändern. Häufig sind dafür strukturelle Rahmenbedingungen, Armut von Familien, Kinderarmut und immer größere Prekarisierung breiter Bevölkerungsschichten verantwortlich (Butterwegge 2008; Armuts- und Reichtumsbericht 2003). Ein sicheres Einkommen für Familien beispielsweise könnte einen großen Teil von Vernachlässigungen vorbeugen, so gibt es in Deutschland eine ganze Masse von Familien, die nicht genügend materielle Ressourcen zur Verfügung haben, um ihre Kinder mit ausreichend Nahrung zu versorgen, ganz zu schweigen von einer gesunden Ernährung mit Bio-Kost.

Die politische und gesamtgesellschaftliche Verantwortung Kindern und Familien eine würdige Existenz zu sichern, kann nicht durch mehr oder intensivere U-Untersuchungen ersetzt werden. Die Ursachen für Kindervernachlässigung, aber auch für vermeintliche Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten liegen woanders und können durch ärztliche Diagnosen selten erkannt und erst recht nicht behoben werden. Die schlechte Lebenssituation von Kindern ist ein politisches und gesamtgesellschaftliches Thema. Der hier nur knapp kritisierte augenblickliche Lösungsweg einer Medikalisierung sozialer Probleme (Schnabel 2009) wird weder den aktuellen gesundheitlichen Belastungen der Bevölkerung noch dem gesamtgesellschaftlichen Problemhorizont von Massenarbeitslosigkeit, sozialer Desintegration und Prekarisierung gerecht.

Auf der anderen Seite lässt sich als zentrales Ergebnis dieser Evaluation fixieren, dass die Kampagnen zur Stärkung und sozialen Verbreiterung der Vorsorgeuntersuchungen begonnen haben, zu greifen. Der Anstieg der Teilnahmequoten ist nicht nur auf einzelne soziale Segmente begrenzt, sondern lässt sich überall im sozialen Raum konstatieren. Der Hinweis, der sich hieraus ableiten ließe, wäre, dass die Zunahme gesellschaftlicher Probleme, Desintegrationsphänomene etc. in eine zeitliche Phase hineinragt, in der die Teilnahmequoten der U-Untersuchungen kontinuierlich angestiegen sind. Die Botschaft wäre aus unserer Sicht, sich stärker auf die immanenten Aufgaben der U-Untersuchungen und den mit ihr verbundenen noch übrig gebliebenen Schwierigkeiten – Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Migrantengruppen, Unzufriedenheit und beklagter Informationsmangel bei Migranteltern

der unteren sozialen Schicht usw. – zu widmen. Eine Erweiterung der Aufgaben der Vorsorgeuntersuchungen könnte sogar kontraintendierte Effekte haben, wenn etwa Eltern aus sozial benachteiligten Familien die Untersuchungen nicht mehr als eine Unterstützung, sondern als eine Kontrolle ihrer Erziehungsstile interpretieren würden. Damit würde die in den letzten Jahren sehr gelungene Aufklärungsarbeit, die sich in der immer stärker zunehmenden Teilnahme an den U-Untersuchungen widerspiegelt, gefährdet werden.

Die Forderung, dass die eher sinnvollen Interventionen wie etwa die Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation oder stärker zielgruppengerichtete Aufklärungsarbeit in eine umfassende Settingperspektive eingebunden werden sollten, können mit den hier vorliegenden Forschungsergebnissen nachhaltig gestützt werden.

### *Elternpartizipation im Setting Kita*

Was die Partizipationsmöglichkeiten der Eltern betrifft zeigen die Daten, dass in den Kindertagesstätten momentan eine Vielzahl an Veranstaltungen stattfinden. Kitas stellen für Eltern formelle Angebote wie z. B. Elternabende und auch eine Fülle von eher informellen Veranstaltungen wie Kindergartenfeste, Flohmärkte, interkulturelle Feste, Ausflüge und sogar Deutschkurse für Eltern mit Migrationshintergrund bereit. Das zeigt das starke Bemühen der Kitas durch vielfältige Angebote Eltern in den Kindergartenalltag einzubeziehen. Die Daten weisen ebenfalls darauf hin, dass diese Angebote zu einem großen Teil auch von Eltern wahrgenommen werden. Allgemein sind also die Möglichkeiten des Austausches zwischen Eltern und Erzieherinnen sehr gut gegeben. Bei vielen Beteiligungsmöglichkeiten ließen sich den Daten zufolge auch keine sozial- und migrationsspezifischen Differenzen in der Teilnahme feststellen. So gibt es keine Unterschiede in der Teilnahme von Veranstaltungen wie Flohmärkte, Tag der offenen Tür u. a. Sehr häufig nutzen also Eltern aus allen sozialen Gruppen gleichermaßen die Angebote.

Allerdings lässt sich nach den hier vorliegenden Ergebnissen auch eine ganze Reihe von teilweise sehr wichtigen Bereichen identifizieren, in denen große Ungleichheiten in der Nutzung nach den sozialen Gradienten Schicht und Migration herrschen. Dabei war interessant festzustellen, dass es Bereiche gibt, in denen die soziale Schichtzugehörigkeit eine große Rolle spielt und Bereiche, in denen der Migrationsstatus die ausschlaggebenden Differenzen ausmacht. Laut den Daten stellt sich eine Gruppe als besonders vulnerabel und auffällig in den untersuchten Bereichen dar. Es handelt

sich dabei wie für den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen um die Gruppe der Eltern aus der unteren sozialen Schicht mit Migrationshintergrund. Bei dieser Gruppe scheinen sich die beiden Dimensionen Schicht und Migration in Hinblick auf Benachteiligungen zu akkumulieren; es lassen sich bei ihnen in besonders vielen Bereichen Differenzen im Verhältnis zu den anderen fünf sozialen Gruppen feststellen.

So spielt etwa bei der Beteiligung an Elternabenden der Migrationshintergrund eine wichtigere Rolle, als die Schichtzugehörigkeit. Eltern mit Migrationshintergrund nehmen weniger an Elternabenden teil als Eltern der autochthonen Gruppe, die Schichtzugehörigkeit ist hier zweitrangig, auch wenn innerhalb der Migrantengruppe die Teilnahme der unteren sozialen Gruppen noch niedriger ist als der Mittel- und Oberschichten. Bei der Teilnahme an Elternpflegschaften hingegen sind es vor allem Eltern aus der Unterschicht mit *und* ohne Migrationshintergrund, die sich nicht daran beteiligen. Bei den Ursachen der Nicht-Teilnahme am Kitaalltag zeigt sich nach den Daten ein Faktor, der einzig auf die Schicht zurückzuführen ist. Dieser Faktor wurde als ‚Externalität‘ zusammengefasst, da die Gründe, am Kitaalltag nicht teilzunehmen auf Ursachen zurückgeführt werden können, die entweder auf mangelnde Handlungsressourcen hinweisen (z. B. keine Fahrgelegenheit zu haben) oder auf geringe internale Kontrollüberzeugungen („nichts bewirken zu können“). Dieses Ursachenbündel wurde signifikant häufiger von Eltern aus der unteren sozialen Schicht mit und ohne Migrationshintergrund genannt.

Hinsichtlich der Erwartungen auf eine kompensatorische Funktion der Kita im Bereich Bildung und sprachliche Förderung gibt es sowohl starke Schicht- als auch Migrationseffekte. Diese Erwartungen sind signifikant häufiger bei Eltern der unteren autochthonen Schicht und bei der unteren und mittleren Migrantenschicht ausgeprägt. Im Bereich Gesundheit jedoch ist interessanterweise festzustellen, dass die Eltern den größeren Einfluss bei sich selbst verorten. Für den Bereich der sozialen Kompetenzen sieht der größte Teil der Eltern in der Kita den größeren Einfluss, außer bei der Gruppe der Migranteltern aus der unteren Migrantenschicht. Diese fühlen sich häufiger selbst im Bereich sozialer Kompetenzen für ihre Kinder verantwortlich. In der Praxis der Kindertagesstätten, aber auch an Schulen ist jedoch häufig genau diese Gruppe, bei der am häufigsten Defizite in sozialen Kompetenzen diagnostiziert werden.

Die Frage, ob hier kulturell differente Vorstellungen von sozialen Kompetenzen von Institutionen als Defizite interpretiert werden (weil z. B. hier Unkenntnis über andere

Kulturen herrscht) oder inwieweit die Defizitdiagnosen gehaltvoll sind, ist eine hoch komplexe normative, gerechtigkeits-theoretische Frage, die in den Sozialwissenschaften etwa unter den Themen Universalismus und Kommunitarismus oder Multikulturalismus und Assimilation verhandelt wird. Häufig müssen solche Fragen in Schulen und Kindergärten im Alltag spontan entschieden werden, weil das pädagogische Personal durch ihr sozialstrukturell und kulturell heterogenes Klientel mit entsprechenden Situationen unmittelbar konfrontiert ist. Erzieherinnen haben es z. B. in Kitas mit Kindern und Eltern aus unterschiedlicher ethnischer, kultureller, sozialstruktureller und religiöser Herkunft zu tun, die unterschiedliche Erziehungsvorstellungen, Ernährungsgewohnheiten, religiöse Vorschriften, unterschiedliche institutionelle Erwartungen und Einstellungen sowie unterschiedliche Vorstellungen eines guten Lebens aufweisen.

Die sozialstrukturelle und kulturelle Vielfalt in heutigen Kindertagesstätten und die damit verbundenen Erwartungen der Elternschaft stellt sowohl die Institution Kita als auch das pädagogische Personal vor große Herausforderungen. Die hier dargelegten Ergebnisse der Elternbefragung sollten veranschaulichen, dass das Klientel der Kindertagesstätten nach den Merkmalen Migrationshintergrund und soziale Schichtzugehörigkeit auch im Kontext der Elternpartizipation differenziert. Dieser Vielfalt entsprechen auch die sehr unterschiedlichen Einschätzungen gegenüber der Institution Kita. Soll in der Kita nun Gesundheitsförderung partizipativ und lebensweltorientiert gestaltet werden, dann müssen in den Kitas die unterschiedlichen Bedürfnisse der heterogenen Elterngruppen in die Gestaltung von settinggebundenen Interventionen einbezogen werden. Wie weiter oben aber bereits erwähnt, zeigen auch die hier dargelegten Ergebnisse, dass vor dem Hintergrund der vielfältigen Erwartungen von verschiedenen Elterngruppen an das Setting Kita, eine auf Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta zielende Elternarbeit – hier also die Berücksichtigung der Vielfalt der Eltern im Kitaalltag – hohe personelle Ressourcen erfordert.

#### *Die problematischen Rahmenbedingungen im Setting Kita*

Die in den letzten Jahren so stark zunehmende Popularität von Kindergärten und Kindertagesstätten kann auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt werden. Als eine der bedeutendsten Ursachen können auch hier sicherlich die schlechten Ergebnisse deutscher Schüler in der Pisa-Studie und die Erkenntnisse über das deutsche

Schulsystem, als einem der sozial selektivsten Schulsysteme der Welt, genannt werden.

Neben dem Ausbau von Ganztagschulen rückte die Frühförderung durch Kindergärten in den Blick bildungspolitischer Akteure. Besonders Kinder mit Migrationshintergrund, die in den Pisa Tests besonders schlechte Ergebnisse erzielt hatten, sollen nun durch die frühere Förderung der Sprachkompetenzen in der Kita intensiver gefördert werden. Zudem soll die Kita der häufig beklagten mangelnden Integration von Kindern mit Migrationshintergrund entgegenwirken.

Etwa gleichzeitig wurde die Kita auch als Setting der Prävention und Gesundheitsförderung neu entdeckt, wie die hohe Zahl an Gesundheitsprojekten, die in Kitas durchgeführt werden, verdeutlicht. Hintergrund hierfür bilden neben der stärkeren öffentlichen Sensibilisierung für Gesundheitsthemen die skandalträchtigen Nachrichten von übergewichtigen, motorisch eingeschränkten, in ihrer Entwicklung verzögerten oder vernachlässigten Kinder. Ähnlich wie im Bildungsbereich spielt auch hier das Potenzial der Kitas zur Frühförderung eine zentrale Rolle.

Ferner sollen Kitas auch die Elternarbeit verstärken. Von daher sind Kitas dazu angehalten gleichzeitig Familienzentren zu werden, um auch dieser Nachfrage entgegenzukommen. Und schließlich werden Kitas mit einer kulturell zunehmend heterogenen Elternschaft konfrontiert, die ganz unterschiedliche Erwartungen an die Kita haben und die Kitas als Möglichkeit der Verwirklichung ihrer hohen Bildungsaspirationen sehen (Sahrai 2009b).

Diese gestiegenen Anforderungen und Erwartungen an die Kitas werden zurzeit in den einzelnen Bundesländern durch Gesetzesänderungen umgesetzt. So wurde im Jahr 2008 trotz großer Proteste von Seiten der Kitas und der Eltern das neue KiBiz Gesetz in Nordrhein Westfalen verabschiedet. In anderen Bundesländern wurden ähnliche Gesetzesänderungen vorgenommen. Der Institution Kita werden in den letzten Jahren immer mehr Aufgabenfelder angetragen: Sie steht in der Schnittmenge gesundheits-, bildungs- und integrationspolitischer Interventionen und Zielsetzungen. Auf der anderen Seite jedoch gehen die neuen Arbeitsbedingungen mit großen Unsicherheiten für die Erzieherinnen einher. Nach dem neuen Kibiz-Gesetz zum Beispiel können Eltern 25, 35 oder 45 Betreuungsstunden pro Woche für ihre Kinder für ein Jahr im Voraus buchen. Der Personalbestand in den Kitas ist davon abhängig, wie viele Stunden von den Eltern gebucht werden. Das bedeutet, dass selbst jährliche Schwankungen in den elterlichen Bedarfen zum Arbeitsplatzverlust einzelner Erzie-

herinnen führen könnte. Dies führt informell in der Praxis dazu, dass Kitas häufig Eltern, die bereit sind 45 Stunden zu buchen, bevorzugen. Die neuen Regelungen sorgen ebenfalls bei Eltern für großen Unmut, beispielsweise können sie sich die Zeiten, wann sie ihr Kind in die Kita bringen, nicht mehr aussuchen, z. B. können Eltern, die nur 25 Stunden buchen, häufig ihr Kind nicht über die Mittagszeit betreuen lassen.<sup>52</sup>

Die beschriebenen Entwicklungen im Allgemeinen und die neuen Gesetzesgrundlagen im Besonderen gehen für Erzieherinnen mit enormen Veränderungen in ihrer Arbeit einher. Laut den hier ausgewerteten Experteninterviews mit Kitaleitungen ist für die meisten Erzieherinnen das Gesetz mit starken Beeinträchtigungen in ihrer Arbeit verbunden. So müssen neben dem erweiterten Aufgabenkatalog und den gestiegenen Anforderungen zusätzliche Dokumentations-, Verwaltungs- und Managementaufgaben übernommen werden. Die meisten Befragten sehen in dem Gesetz ein „Spargesetz“ oder ein Ökonomisierungsgesetz (vgl. zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen u.a. Gerlinger & Stegmüller 2009; Bauer & Bittlingmayer 2010). Eine Leiterin brachte die Veränderungen durch das neue Gesetz auf die treffende Formulierung: „Ich muss jetzt betriebswirtschaftlich denken. Das musste ich sonst nicht, sonst durfte ich pädagogisch denken“. Andere bestätigten diese Aussage, indem sie darüber klagten, dass durch die zunehmenden Managementaufgaben die Kindergartenleiterin kaum noch als pädagogische Kraft in der Kita eingesetzt werden kann, so dass sich die personelle Mangelsituation auf der Grundlage dieses bürokratischen Aufgabenzuwachses weiter verschärft.

Die Ergebnisse der Erzieherinneninterviews decken sich mit den Reaktionen, die in Form von Streiks seitens der Erzieherinnen im letzten Jahr bundesweit sichtbar wurden. Die Situation der Kindertagesstätten befindet sich in einem dilemmatischen Spannungsfeld: Auf der einen Seite sind Kitas mit erweiterten Aufgaben und zunehmenden Anforderungen konfrontiert. Auf der anderen Seite jedoch werden personelle Ressourcen verknappt und Arbeitsverhältnisse prekariert (u.a. zunehmend zeitlich befristete Stellen), was zu immenser Arbeitsverdichtung und darüber hinaus zu extrem belastenden und stressigen Arbeitsbedingungen führt. Diese erschweren

---

<sup>52</sup> Die Informationen stammen zu einem großen Teil aus den im Rahmen des Projektes durchgeführten Experten- und Elterninterviews. Der Unmut, den das neue Gesetz bei den Eltern und Erzieherinnen auslöst, lässt sich aber z. B. auch in unterschiedlichen Internetforen beobachten: z. B. <http://www.eltern.de>; <http://kibiz.forencity.de>; <http://www.eltern-helfen-eltern.org/kibiz.htm>.

Rahmen- und Arbeitsbedingungen gehen nicht zuletzt auf Kosten der Gesundheit von Erzieherinnen (Huppertz 2009; Friedrich 2009).

Führt man sich noch mal die normativen Ansprüche eines Settingansatzes vor Augen, dann wird schnell ersichtlich, dass unter diesen Rahmenbedingungen Gesundheitsförderung kaum betrieben werden kann. Gerade die Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und deren Eltern braucht sehr viel pädagogisches Geschick und vor allem Zeit, damit auch nur in Ansätzen „lebensweltorientiert“ gearbeitet werden kann und zwar unabhängig von Qualität und Güte des Interventions- und Präventionsprogramms. Die gesetzlichen Veränderungen der Rahmenbedingungen der Kitas sollten vor allem sozial ausgleichend und kompensierend wirken. Bestehende sozial bedingte Bildungsungleichheiten sollten dem Anspruch nach eingedämmt werden und Kitas zudem durch die stärkere Sensibilisierung für Gesundheitsthemen gerade für Kinder, die von Armut betroffen sind, kompensierend wirken.

Unter den aktuellen, stärker auf betriebswirtschaftliche Logik hin orientierten Rahmenbedingungen einerseits und der dadurch verursachten stärkeren Gefährdung der Gesundheit von Erzieherinnen andererseits sind es gerade die sozial benachteiligten Kinder und Eltern, die am stärksten unter den Neuerungen zu leiden haben – entgegen aller augenblicklichen Rhetoriken aus dem Bildungs- und Gesundheitsministerium.

Familie und Kita bilden die zwei wichtigsten Lebensräume im frühen Leben von Kindern. Die Verarmung ganzer Familien durch Hartz IV und durch Massenarbeitslosigkeit und die stärkere Ökonomisierung der Institution Kita bilden alles andere als die „kindergerechte Gestaltung aller Lebensräume, die für die Entwicklung der Angehörigen der jüngsten Generation wichtig sind“ (Hurrelmann & Andresen 2007: 363), vor allem nicht die der sozial benachteiligten Kinder.

Nachdem in diesem Abschnitt die wichtigsten empirischen Befunde noch einmal gebündelt präsentiert und auf Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit hin interpretiert wurden, soll es im nächsten Abschnitt um eine theoretische Perspektive auf die Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit innerhalb von Public Health gehen. Dabei wird das zentrale Diagnose- und Theorieangebot für die Reproduktion von gesundheitlicher Ungleichheit, das Präventionsdilemma, den Ausgangspunkt bilden.

## 7.2 Die Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit: Das Präventionsdilemma als erklärungskräftige Ausgangsdiagnose mit Theoriedefizit

Ein Ziel der hier vorliegenden Arbeit war es, einen Beitrag zum besseren Verständnis gesundheitlicher Ungleichheiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern zu leisten. Ausgangspunkt bildete dabei die in der Public Health Forschung bekannte Diagnose des Präventionsdilemmas, die auf eine strukturelle Ungleichheit bei der Beanspruchung von Prävention und Gesundheitsförderung hindeutet. Das Präventionsdilemma deutet nämlich auf den Umstand hin, dass Menschen, die aufgrund ihrer benachteiligten sozialen Lage von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen am meisten profitieren würden, diese am seltensten in Anspruch nehmen bzw. durch entsprechende Angebote am seltensten erreicht werden. Dadurch, dass gleichzeitig die sozialen Gruppen, die aufgrund ihrer besseren sozialen Lage ohnehin über eine bessere Gesundheit verfügen, durch die Nutzung von Präventionsmaßnahmen ihre Gesundheit weiter verbessern können, geht die Lücke zwischen den unterschiedlichen gesundheitlichen Zuständen der sozialen Gruppen auseinander. Dadurch wird paradoxerweise gerade durch das erhöhte Angebot an sinnvollen und wirksamen Präventionsmaßnahmen die gesundheitliche Ungleichheit verstärkt (Hurrelmann 2006a; Bauer 2005; Graham 2008). Ein Grund für diese *selektive Inanspruchnahme* ist, dass die angebotenen Programme stärker auf die Bedürfnisse von sozialen Gruppen aus der Mittelschicht ausgerichtet sind, während andere, in der Regel sozial benachteiligte soziale Gruppen weniger Anschlussmöglichkeiten an und ein Passungsverhältnis mit den Angeboten haben. Zudem sind die meisten Programmangebote eher auf die Gewohnheiten der autochthonen Bevölkerungsgruppen zugeschnitten und berücksichtigen kaum kulturelle Differenzen, wie sie sich etwa in unterschiedlichen religiösen Essensvorschriften manifestieren (vgl. hierzu Altgeld et al. 2006).

Ein wichtiges Ziel in der Public Health ist somit, um gesundheitliche Ungleichheiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu reduzieren, die Erreichbarkeit bislang nicht bzw. schwer erreichbarer Gruppen durch Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote zu verbessern und diesen Gruppen den Zugang zu präventiven Maßnahmen zu ermöglichen. *An diesem Punkt setzt die hier vorliegende Studie an. Ausgangspunkt der Untersuchung war die Frage, wie und unter welchen Bedingungen die Erreichbarkeit von bislang schwer erreichbaren Gruppen durch präven-*

*tive Maßnahmen verbessert werden könnte, das Präventionsdilemma also überwunden bzw. reduziert werden könnte.*

Das Präventionsdilemma ist jedoch eine *sehr allgemeine Diagnose* und lässt sich in ganz unterschiedlichen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung beobachten, so etwa im Bereich der Skill-Förderung an Schulen (Kähnert 2002; Quensel 2004; Bauer 2005; Hartung et al. 2009), bei der Inanspruchnahme von Elternbildungsprogrammen (Tschöpe-Schaeffer 2003a; 2005; Bauer & Bittlingmayer 2005; Hartung & Bittlingmayer 2009; Marzinik & Kluwe 2009) oder der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Langness 2008). Zudem sind die Gruppen, die durch Präventionsprogramme nicht erreicht werden können, vielfältig: Es sind etwa Menschen aus unteren sozialen Schichten, aber auch Alleinerziehende, ältere Menschen, ökonomische Eliten, Männer, arbeitslose Menschen, Prostituierte oder Menschen mit Migrationshintergrund. Allein der Umstand, dass alle diese Gruppen durch Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme nicht gut erreicht werden, heißt aber nicht, dass ihnen allen etwas darüber Hinausgehendes gemeinsam wäre. Eine anwendungsorientierte Gesundheitswissenschaft, der es um die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten geht, muss genauer erforschen, aus welchen speziellen Gründen die einzelnen sozialen Gruppen schwer erreichbar sind. Das wird dadurch erschwert, dass sich in der Praxis die sozialen Gruppenmerkmale vielfach überlagern. So ist die Gruppe der Alleinerziehenden zum Großteil weiblich, aber die schwierige Erreichbarkeit dieser Gruppe liegt nicht an Weiblichkeit an sich, sondern dass es in Deutschland an Betreuungsmöglichkeiten und finanziellen Mitteln für die Gruppe der Alleinerziehenden mangelt. Um die Erscheinungsformen präventiver gesundheitlicher Ungleichheiten detaillierter erforschen zu können, bedarf deshalb nach meiner Einschätzung die Diagnose des Präventionsdilemmas weiterer Konkretisierungsschritte und Präzisierungen.

*Das Präventionsdilemma in der Vorsorge (U1-U9) für Kinder und in der Elternarbeit im Setting Kita*

In der hier vorliegenden Arbeit stand das Präventionsdilemma bei Kindern im Vorschulalter im Vordergrund. Untersucht wurden aus diesem Grund die beiden für Vorschulkinder zentralen Bereiche der Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) und das Setting Kita. Da in dem Alter Kinder selten selbst angesprochen werden können, standen dabei die Eltern im Fokus der Untersuchungen. Denn diese sind in

der Regel die Personen, die Vorsorgemaßnahmen für ihre Kinder in Anspruch nehmen. Zudem wurde das Setting Kita genauer unter die Lupe genommen, wobei die Perspektive der Eltern im Bezug auf die Erwartungen an das Setting Kita im Zentrum der Analysen standen. Als Grundlage für die Untersuchungen dienten dabei zwei Befragungen mit Eltern, die ein Kind in einer Kita hatten.

Um zu eruieren, wie sich das Präventionsdilemma in den genannten Bereichen konkretisiert, wurden zwei Wege genauer untersucht, die in der Praxis der Public Health und in der sozialen Arbeit als besonders vielversprechend angesehen werden, um sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen: *eine Settinganbindung und eine Zielgruppenspezifische Herangehensweise von präventiven Maßnahmen*. Es zeigte sich im Laufe der Arbeit, dass diese scheinbar neutralen, selbstverständlichen und erfolgversprechenden Strategien der Erreichbarkeit sozial benachteiligter Gruppen selbst keineswegs klar und eindeutig sind.

#### *Unterschiedliche Ansprüche und Interpretationen des Settingansatzes*

In Kapitel 2 der Arbeit wurde gezeigt, dass der Settingansatz selbst mehr bedeutet, als nur die Anbindung von Präventionsmaßnahmen an bestimmte Settings. Der Settingansatz ist mit starken normativen Annahmen und Implikationen verwoben. Je nach Lesart, kann der Settingansatz somit als ein Zielort fungieren, wo Menschen, die sonst nicht erreicht werden können, durch einfache Gesundheitsbildungsprogramme besser erreicht werden. Der Settingansatz kann aber in einem umfassenderen Sinn mit dem normativen und emanzipativen Ziel der Gesundheitsförderung, wie sie von der WHO gefordert wird, verstanden werden, der stärker auf die Veränderung von Strukturen und Rahmenbedingungen, sowie auf das Empowerment der Beteiligten im Setting bis hin zu umfassenden politischen Veränderungen setzt.

Maßnahmen und Programme, die durch eine Settinganbindung versuchen, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren und beheben, müssen also gleichzeitig entscheiden, welche Gesundheitsziele sie verfolgen. Als ein Minimalkonsens hat sich jedoch im empirischen Teil der Arbeit gezeigt, dass eine Settinganbindung von präventiven Maßnahmen eine erste institutionelle Hürde überwindet. Am Beispiel des Projekts „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ zeigte sich, dass alle Kindergärten, unabhängig von ihrer sozialräumlichen Lage an dem präventiven Programm teilnehmen. Doch die Grenzen einer Settinganbindung von präventiven Maßnahmen zeigten sich nach der hier vorliegenden Studie *innerhalb* des Settings selbst. Obwohl inner-

halb der Stadt Düsseldorf *alle Kindergärten* durch das Präventionsprogramm erreicht wurden, konnten *innerhalb* einzelner Kitas *nicht alle Elterngruppen* gleichermaßen erreicht werden. Zudem sind die gegebenen Kontextbedingungen einzelner Settings für die erfolgreiche Implementierung von präventiven Maßnahmen in der Kita von entscheidender Bedeutung. So zeigen die empirischen Ergebnisse – wie ich im vorherigen Abschnitt 7.1 ausführlicher dargelegt habe –, dass sowohl das pädagogische Personal als auch die Rahmenbedingungen der Kita entscheidend sind sowohl für die erfolgreiche Durchführung von Präventionsangeboten im Setting als auch in der settinginternen Elternarbeit. Damit wird die Überwindung des Präventionsdilemmas zumindest teilweise an institutionelle Veränderungen gekoppelt und besteht nicht allein darin, besser als bislang schwer erreichbare Gruppen mit Kommunikationsangeboten zu erreichen.

### *Zielgruppenspezifität*

Die Analyse der Zielgruppen nahm in dieser Arbeit einen besonders großen Raum ein. Grund für diese Herangehensweise war, dass, obwohl ein zielgruppenspezifischer Zugang als besonders erfolgversprechend erachtet wird, die Bestimmung der Zielgruppen bislang in der Public Health Forschung theoretisch eher unterkomplex erfolgt. Die genaue Bestimmung der Zielgruppe ist jedoch die Bedingung der Möglichkeit dafür, dass die Bedarfe und Bedürfnisse der betreffenden Gruppen richtig erhoben und entsprechend zielgruppengerecht Maßnahmen und Angebote initiiert werden können.

An diesem Punkt zeigt sich eine bedeutsame Schwachstelle der Diagnose des Präventionsdilemmas. Zwar geht diese davon aus, dass *bestimmte* soziale Gruppen, die von Präventionsangeboten besonders profitieren würden, durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote nicht erreicht werden; ausgerechnet diese nicht erreichten Gruppen bleiben aber in der Regel theoretisch und empirisch unterbestimmt. So wird in Public Health Studien selten klar bzw. differenziert genug definiert, entlang welcher Merkmale und Kategorien Gruppen bestimmt werden, die durch Präventionsmaßnahmen nicht erreicht werden bzw. in Zukunft besser erreicht werden sollen. Wenn die Präventionsprogramme universell ausgerichtet sind, und das sind die meisten, dann sind sie in der Regel mittelschicht- und autochthonen-orientiert und das Präventionsdilemma setzt sich bruchlos fort. Wenn die Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme zur Überwindung des Präventionsdilemmas ziel-

gruppenorientiert vorgehen, dann werden im Normalfall die Zielgruppen eindimensional bestimmt: z. B. Frauen, ältere Menschen, sozial Benachteiligte (in der Regel gemessen an Schichtzugehörigkeit) *oder* Menschen mit Migrationshintergrund.

Doch in der Praxis und in der Realität überlappen sich diese nach unterschiedlichen Kategorien definierten Gruppen. So ist die Kategorie „ältere Menschen“ viel zu allgemein; ältere Menschen können aus sozial privilegierten Schichten stammen oder aus sozial benachteiligten, sie sind männlich oder weiblich, sie können zur autochthonen Gruppe gehören oder zu den Menschen mit Migrationshintergrund. Frauen haben auch einen sozialen Status usw.

Diese Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Kategorien gilt demnach auch für die hier in dieser Arbeit untersuchten Gruppe der Eltern von Kindern im Kindergartenalter. Die wichtige Frage für diese Arbeit war nun, welche Kategorien von Merkmalen bzw. welche Merkmalskombinationen für die präventive Arbeit mit Eltern von Bedeutung sind. Für die für diese Arbeit relevante Durchsicht der Literatur zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9) sowie für die Elternarbeit im Setting Kita kristallisierten sich zwei Gruppen als besonders vulnerabel: Eltern aus sozial benachteiligten sozialen Schichten und Eltern mit Migrationshintergrund. So wird in fast allen Studien beklagt, dass Eltern aus sozial benachteiligten und schulbildungsfernen Milieus und Eltern mit Migrationshintergrund weniger die Vorsorgeuntersuchungen für ihre Kinder in Anspruch nehmen und weniger im Kita-Alltag partizipieren.

Doch es konnte keine Untersuchung gefunden werden, in der die mögliche Verzahnung dieser beiden ungleichheitsgenerierenden Dimensionen empirisch genauer untersucht wurde. Genau an dieser Lücke setzte die hier vorliegende Arbeit an. Ziel war es nicht, zu entscheiden, ob nun die soziale Schichtzugehörigkeit oder die ethnische Herkunft bzw. der Migrationshintergrund den wesentlichen Unterschied bei der Wahrnehmung von Präventionsangeboten macht, sondern beide Dimensionen gleichrangig zu behandeln und zu untersuchen, wie sich diese beiden Dimensionen gegenseitig bedingen bzw. die Frage, wo und wie genau welche Dimension die größere Rolle bei der Entstehung des Präventionsdilemmas spielt. Dieses Vorgehen führte mit Notwendigkeit zu einer zweidimensionalen Analysestrategie, deren Ergebnisse im Abschnitt 7.1 dargelegt wurden. Gezeigt werden konnte, dass je nach Bereich der Elternarbeit und -partizipation die Schichtzugehörigkeit und der Migrationshintergrund sich gegenseitig verstärken, unabhängige Effekte ausbilden oder aber gar

keine Rolle spielen. Diese Zweidimensionalität beinhaltet eine nachhaltige Steigerung des theoretischen Anspruchs sowohl für die Praxis von Public Health als auch für Studien und Untersuchungen. Diese Komplexitätssteigerung liegt nicht nur in der Verzahnung zweier Strukturdimensionen, sondern auch in der Berücksichtigung von Ethnizität bzw. ethnischer Vergemeinschaftung begründet, weil die Theorie ethnischer Gruppen selbst bereits sehr komplex ist. Dennoch plädiere ich dafür, dass Public Health für die eigene Theorieentwicklung in der Ethnizitätsforschung berücksichtigen muss, wenn Gesundheitswissenschaften nicht zu naturalisierenden Fehlschlüssen verleitet werden sollen, aber auch wenn sie durch eine stärkere Lebensweltorientierung gesundheitliche Ungleichheit verringern will.

### *Die Relevanz von Ethnizität für Public Health*

Während in den Sozial- und Geisteswissenschaften und ihren Teildisziplinen Soziologie, Ethnologie, Kulturwissenschaften, Pädagogik, (politische) Philosophie etc. Ethnizität *explizit* Gegenstand theoretischer Auseinandersetzungen ist, muss in öffentlichen Debatten und in alltäglichen Interaktionen häufig nur *implizit* eine Art „Vulgärverständnis“ von Ethnizität erhalten. Diese theoretische Unterbestimmtheit von Ethnizität gilt bislang leider auch für die Public Health Forschung. Obwohl Migration, kulturelle Differenzen, Ethnizität inzwischen einen großen Teil der Public Health Studien ausmachen, lassen sich theoretische Auseinandersetzungen mit der Thematik nur in Ausnahmefällen finden. Bleibt Ethnizität aber nur implizit und unthematisiert, wird nicht selten auf diese Alltagsverständnisse von Ethnizität zurückgegriffen. Jene sind in aller Regel essentialisierend und naturalisierend und führen nicht selten und meist ungewollt zu diskriminierenden Haltungen. Gerade im Kontext praxisorientierter Wissenschaften wie den Gesundheitswissenschaften ist es m. E. von ganz besonderer Relevanz, ein theoretisch reflexives Verständnis von Ethnizität zu Grunde zu legen, um eben nicht auf essentialisierende Alltagskonzepte zu rekurrieren.

In Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit wurden aus diesem Grund einige gängige Ethnizitätstheorien diskutiert und im Hinblick auf ihre Brauchbarkeit für die präventive Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund diskutiert. Es zeigte sich, dass es eine ganze Reihe von unterschiedlichen Konzepten von Ethnizität gibt, die sich teilweise widersprechen. Zudem sind nicht alle Konzepte gleichermaßen auf die Theorie und Praxis von Public Health ohne weiteres übertragbar.

Dabei zeigte sich, dass theoretische Extrempositionen nicht besonders hilfreich sind. Weder essentialistische (z. B. Hoffmann-Nowotny 1973, 2000; Esser 1990), noch (radikal-)konstruktivistische Ansätze (Dittrich & Radtke 1990; Radtke 2000; Diehm & Kuhn 2006) sind aus meiner Perspektive in der Lage, dieses empirische Phänomen vollständig zu erklären. Ethnizität darf, so die hier vertretene Auffassung, weder als etwas Statisches, Unveränderbares, Unwandelbares, Natürliches, gar „Angeborenes“ oder für den Charakter und das Handeln der Individuen und der Gruppe absolut Determinierendes begriffen werden; sie kann auch nicht mit Natur oder Rasse gleichgesetzt werden. Noch ist eine radikalkonstruktivistische Auffassung von Ethnizität besonders erklärungskräftig, weil die (macht-)politische, gesellschaftliche, für Individuen und Gruppen identitätsstiftende und für Gruppenhandlungen motivierende Bedeutung aus dem Blick geraten und „weg-konstruiert“ werden. Die in der Ethnizitätsforschung mittlerweile populären rational choice-Ansätze sind ebenfalls als unterkomplex zurückzuweisen, nicht zuletzt, weil Ethnizität keine in strengem Sinn bewusst wählbare Option darstellt, sondern sich entlang eines doppelten sozialen Konstruktionsaktes vollzieht. Im Normalfall ist die ethnische Selbst- und Fremdzuschreibung eben nicht mit einer „Exit-Option“ versehen (vgl. zur Kritik an Rational Choice-Ansätzen Heinemann 1998: 26ff.). In Anlehnung an Max Weber wird in der hier vorliegenden Arbeit für Public Health eine sozialkonstruktivistische Sicht auf Ethnizität favorisiert. Dieses Konzept macht es möglich, kulturelle Differenzen wahrzunehmen, zu berücksichtigen und evtl. darauf im Alltag zu reagieren, ohne einzelne ethnische Gruppen auf ihre ethnische Herkunft zu reduzieren.

### *Kita-Alltag*

Im Hinblick auf die Analyse des Präventionsdilemmas bei sozialen Gruppen mit Migrationshintergrund bekommt dieser Aspekt eine besondere Bedeutung. Die Argumentationsfigur des Präventionsdilemmas setzt bereits voraus, dass es verschiedene soziale Gruppen mit bestimmten Gruppenmerkmalen, in diesem Fall mit einem besonderen Bedarf nach Präventionsprogrammen gibt. Sozialpolitisches und wissenschaftliches Ziel ist nun die Erreichbarkeit dieser Gruppen zu optimieren, in dem Programme sich besser an die Bedürfnisse und Bedarfe der jeweiligen Zielgruppen anpassen sollen. Dieses Ziel wirft mehrere offene Fragen auf: *erstens* die Frage wie und nach welchen Kriterien Gruppen als solche identifiziert und bestimmt werden sollen; *zweitens* die Frage, wie die Bedürfnisse dieser Gruppen bestimmt und identi-

fiziert werden sollen, damit Programme entsprechend modifiziert bzw. neu entwickelt werden können.

Auch für diese Problematiken gibt es in der Praxis und im Alltag, und zwar auch im Alltag von Praktikerinnen und Praktikern wie Lehrern, Erziehern, Sozialarbeitern etc. aus dem Alltagswissen entstandene Antworten. So kann jeder Lehrer ohne Probleme seine polnischen und arabischen Schüler erkennen/identifizieren und aus den praktischen Erfahrungen heraus ebenfalls die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppen benennen. Diese sind wie auch nicht anders zu erwarten, nicht immer genügend differenziert, aber, noch viel wichtiger: Vorurteile und Stereotypen können hier unkontrolliert Eingang in die praktische Arbeit und im Umgang mit Migranten finden. Denn weder die Bestimmung der Zielgruppe als eine Einheit, die im Hinblick auf bestimmte Aspekte einen besonderen Präventionsbedarf aufweist, noch die jeweiligen gruppenspezifischen Bedarfe und Bedürfnisse sind problemlos zu benennen. Dies mag auch ein sehr bedeutsamer Faktor für das Vorhandensein des Präventionsdilemmas selbst sein.

Konkret für den Gegenstand der ethnizitäts- und migrationssensiblen, zielgruppenspezifischen Bestimmung von Bedürfnissen im Bereich Elternedukation zum Zweck der Stärkung der Erziehungskompetenzen sind nun Einstellungsmuster auf der Mikroebene sehr genau zu bestimmen, damit eben nicht weiterhin in groben Kategorien, wie „sozial benachteiligt“ oder „Türken oder Griechen“ gedacht und gehandelt wird. Dies bedeutet nicht, dass diese Kategorien keine Bedeutung haben. Nur die „Essentialisierung“ der Kategorie „Ethnie“ führt in der Praxis zu unintendierten Verallgemeinerungen, wie es beispielsweise zurzeit sehr populär für den allseits negativ besetzten männlichen „türkisch/muslimischen Jugendlichen der Fall ist.

Für eine ethnizitäts- und migrationssensible Elternarbeit gerade im Setting Kita heißt das *auch*, dass *erstens* die Konstruktionen, Weltdeutungen sowie Selbst- und Problembeschreibungen unmittelbar in die Ausgestaltung und Realisierung präventiver Maßnahmen mit der entsprechenden Zielrichtung eingehen müssen. *Zweitens* folgt aus dieser Perspektive, dass es – wie statistisch signifikant sich Problemgruppen auch abbilden lassen – kein präventives Universalrezept durch die Anwendung einer Ethnizitäts- und Migrationssensibilität geben kann. Für die Elternarbeit im Setting Kita bedeutet diese Perspektive konkret, dass bestehende kulturelle Differenzen der Eltern im Kita-Alltag berücksichtigt und anerkannt werden. Auf der anderen Seite werden ethnische Differenzen mit einem solchen Zugang nicht zur Universalerklä-

rung für alle auftretenden Probleme instrumentalisiert. Sie erlaubt es zudem, zu akzeptieren, dass Menschen auch nicht immer bereit sind, zu einer bestimmten ethnischen Migrantengruppe gezählt zu werden, z. B. wenn Eltern mit russischem oder türkischem Migrationshintergrund sich stärker mit der deutschen als mit der Herkunftskultur identifizieren. Präventionsprogramme und präventive Elternarbeit im Setting Kita würde aus einer solchen Perspektive zwar ethnisch-kulturelle Differenzen in ihren Inhalten berücksichtigen, kulturelle Differenzen wahrnehmen, ohne die betreffenden Zielgruppen jedoch auf eine bestimmte ethnische Zugehörigkeit zu reduzieren. Eine solche Perspektive auf Ethnizität macht es möglich im Alltag der Elternarbeit im Kita kultursensibel mit Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund umzugehen, ohne auf die Besonderheiten der je einzelnen Kulturen eingehen zu müssen.

### *Die Notwendigkeit einer sozialstrukturellen Einbettung von Ethnizität für Public Health*

Es ist davon auszugehen, dass die alleinige Differenzierung entlang ethnischer Grenzen kein hinreichend komplexes Analysemodell bietet. Auch innerhalb einzelner ethnischer Gruppen in Deutschland – nimmt man als Beispiel die Gruppe der türkischen Bevölkerung als die größte ethnische Minderheit in der Bundesrepublik – kann es innerhalb dieser eher groben Kategorie wie „türkisch“ zu einer internen Differenzierung in „Milieus“ kommen, die entlang sowohl soziodemographischer Merkmale, dem Bildungsgrad, aber auch entlang ihrer Lebensstile, variieren (vgl. u.a. Wiebke 2006; Wippermann & Flaig 2009). Eine zunächst theoretisch orientierte Hypothese der Arbeit, die empirisch überprüft werden muss, ist, dass Differenzen innerhalb einzelner ethnischer Milieus weit über die migrationsbedingten und migrationstypischen Bereiche und (Sonder-) Probleme (z.B. integriert/assimiliert oder nicht, traditionell oder modern) hinausgehen. Unterschiede gibt es auch innerethnisch etwa in Bezug auf Erziehungsstile, Bildungsaspirationen, Leistungsorientierungen, Körperkonzepte, Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Ernährungsverhalten usw. Hier ist also ein Differenzmodell der Ethnizität zu Grunde zu legen.

Allerdings ist auch die traditionell klassentheoretische Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten von Migranten (oder auch von Bildungsungleichheiten), nach der allein die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Klasse bzw. Schicht oder Milieu/Klassenlage den Gesundheitszustand von Migranten determinieren soll, folgt

man dem Forschungsstand, nicht ausreichend. Die Verallgemeinerung der Erklärungskraft von „Klassenlagen“ sind nicht unabhängig von mikrosozialen kulturellen Bedingungen und Prozessen, die vor allem im Fall der Migranten erster Generation besonders deutlich zu sehen sind – ein Lohnarbeiter aus Indien beispielsweise muss nicht in allen Facetten bis hin zu Erziehungsstilen und Gesundheits- und Ernährungsverhalten dieselbe „Klassenlage“ aufweisen, wie ein deutscher Arbeiter aus der Fabrik, selbst wenn er mit diesem gegenwärtig in der Fabrik arbeitet und somit denselben Arbeitsbedingungen unterworfen ist. Selbst in der zweiten oder dritten Generation, wo die Eltern selbst in Deutschland geboren sind, werden Eigenschaften in die nächste Generation durch die familiäre Sozialisation weitervermittelt. Zwar schlägt sich auch hier die „Klassenlage“ im Immigrationsland auf den Lebensstil von Migranten nieder, wahrscheinlich von Generation zur Generation zunehmend<sup>53</sup>. Die alten „mitgebrachten“ kulturellen Eigenarten werden jedoch ebenfalls im familialen Kontext und durch die familiäre Sozialisation teilweise unabhängig von klassen- oder milieuspezifischen Praktiken weitervererbt (Wippermann & Flaig 2009). Die Frage des Zusammenspiels zwischen sozioökonomischem Status und ethnischen bzw. migrationsbedingten Differenzierungslinien muss also in der theoretischen Konzeptionalisierung von Ungleichheitsverhältnissen komplex gehalten werden. Im nächsten Abschnitt werden wichtige Modelle vorgestellt, die die beiden Dimensionen Klasse und Ethnizität/Migration berücksichtigen.

*Soziologische Modelle zum Verständnis einer zweidimensionalen Logik gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit.*

Bei der empirischen Untersuchung der Gegenstandsbereiche Vorsorgeuntersuchungen und Elternarbeit im Setting Kita zeigte sich, dass eine zweidimensionale Logik nach den beiden ungleichheitsgenerierenden Merkmalen soziale Schichtzugehörigkeit und Migration/Migrationshintergrund in der Kita-Praxis wiedergefunden werden kann. Das zeigte sich auch in dem dieser Arbeit zu Grunde liegenden Datensatz, der im Bezug auf den Anteil der Migranten, sowie ihr Bevölkerungsanteil an den unterschiedlichen sozialen Schichten mit den Daten des Mikrozensus oder der PISA Studien durchaus kompatibel ist (Kap. 4). In allen Datensätzen zeigt sich dieselbe Ten-

---

<sup>53</sup> Der längere Aufenthalt bzw. der Aufenthalt über mehrere Generationen führen bekanntlich nicht zwangsläufig zu mehr Integration in die Mehrheitsgesellschaft (vgl. die „Reethnisierungsthese“ der dritten Generation im US-amerikanischen Kontext; oder die neueste Diskussion um „Parallelgesellschaften“ etc).

denz: Migranten nehmen zwar signifikant häufiger die niedrigeren Positionen in der sozialen Hierarchie ein; sie sind jedoch nicht ausschließlich in den unteren Rängen der Sozialstruktur angesiedelt. Ein großer Teil von ihnen verteilt sich entlang der gesamten Sozialstruktur.

In der Migrationsforschung hat es seit den 70er Jahren des Zwanzigsten Jahrhunderts ganz unterschiedliche Versuche gegeben, die sozialstrukturelle Positionierung von Ausländern bzw. von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik sowie ihre gesellschaftliche Integration zu beschreiben. Dabei lassen sich für die bundesrepublikanische Forschung drei Modelle unterscheiden, die versuchen, sozialstrukturelle Lage der Migranten in der deutschen Gesellschaft zu bestimmen (vgl. hierzu ausführlich Sahrai 2009b).

*Ethnische Unterschichtung:* Das klassische Modell geht auf der Grundlage der Arbeitsmigration in den fünfziger bis siebziger Jahren des Zwanzigsten Jahrhunderts von einer ethnischen Unterschichtung der autochthonen Bevölkerung aus (vgl. zuerst Hoffmann-Novotny 1973; aktuell Vester et al. 2001; s. auch Abschnitt 3.3). Auch wenn diese Diagnose für die 50er und 60er Jahre noch die Realität abbildete, zeigen die sozialstrukturellen Daten zu Migranten, dass zumindest von einer absoluten Unterschichtung nicht mehr Aktualität beanspruchen kann, auch wenn durch die starke Überrepräsentanz der Migranten in den unteren Schichten durchaus von einer schwachen, relationalen Variante einer ethnischen Unterschichtung gesprochen werden kann.

*Struktureller Dualismus:* Das zweite Modell geht bei der sozialstrukturellen Positionierung von Migranten von einem strukturellen Dualismus (vgl. Butterwegge 2008) aus. Dieses Modell nimmt zwar auch eine starke Unterschichtung der deutschen Sozialstruktur durch Menschen mit Migrationshintergrund an. Allerdings werden hier noch eine weitere, in der Öffentlichkeit eher positiv besetzte Gruppen von Migranten in das Modell intergriert. Bei diesen Gruppen handelt sich neben den sogenannten Highly-skilled Migranten, die in den letzten Jahren aus dem Ausland angeworben werden, um Sportler, ökonomische Eliten oder Künstler. Dieses Modell ist realitätsnäher als eine einseitige Betonung der ethnischen Unterschichtung. Gleichwohl übersieht es ebenfalls eine inzwischen etablierte Mittelschicht von Migranten, die sich über das gesamte Spektrum der deutschen Sozialstruktur verteilt und inzwischen einen nicht unerheblichen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund ausmacht (s. Abschnitt 3.3.2)

*Sozialstrukturelle Integration:* Das dritte Modell wurde in Kapitel 3.3 bereits ausführlicher beschrieben und bildet in der bundesdeutschen Forschung bislang die beste Beschreibung der sozialstrukturellen Positionierung von Migranten (Geißler 2002). Reiner Geißler verortet in seinem Hausmodell, mit dem er in Anlehnung an Ralf Dahrendorf bildlich die soziale Schichtung der Bundesrepublik darstellt, die ausländische Bevölkerung als Anbau des Hauses dar. Dabei befindet sich zwar ein großer Teil der ausländischen Bevölkerung im Untergeschoss des Hauses, ein nicht unerheblicher Teil (ca. 40%; Geißler 2002; Wippermann & Flaig 2009) erstreckt sich jedoch entlang der gesamten Sozialstruktur. Obwohl bei Geißler die im Modell des strukturellen Dualismus berücksichtigten Eliten und Hochqualifizierte mit Migrationshintergrund nicht vorkommen, bildet sein Modell dennoch die realitätsnahe Form der Beschreibung der sozialstrukturellen Position von Migranten.

Das, was alle drei Modelle aufzeigen, ist ein überproportionaler Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den unteren sozialen Segmenten der Gesellschaft. Auch wenn jedes der drei Modelle ein Teil der gesellschaftlichen Realität trifft, kann das dritte Modell zu Beschreibung der sozialstrukturellen Verteilung der Menschen mit Migrationshintergrund vor dem Hintergrund der in Kapitel 3.3 präsentierten Zahlen als das treffsicherste bezeichnet werden. Trotz der präzisen empirischen Beschreibung fehlen in den hier beschriebenen Modellen Vorschläge sowie theoretische und empirische Überlegungen darüber, ob und wie nun die in dieser Arbeit zentralen Dimensionen soziale Schicht und Migration bzw. Ethnizität miteinander zusammenhängen.

Aus diesem Grund werden im Folgenden zwei soziologische Modelle vorgestellt, die versuchen, bei der Operationalisierung, Beschreibung und Erklärung von sozialen Ungleichheiten, mehr als nur eine Strukturierungsdimension sozialer Ungleichheit zu berücksichtigen. Diese beiden Modelle haben m. W. bislang nicht Eingang in gesundheitswissenschaftliche Studien gefunden, könnten sich aber im Anschluss an den in dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse für genaueres Verständnis von gesundheitlichen Ungleichheiten von Menschen mit Migrationshintergrund als nützlich erweisen.

Das erste Modell ist die Theorie der „segmentierten Assimilation“, die in der US-amerikanischen Migrationsforschung zur Erklärung der gesellschaftlichen Positionierung von Migranten (vor allem der zweiten und dritten Generation) heran gezogen wird. Bei dem zweiten Modell handelt es sich um die Theorie der Intersektionalität,

die in der Genderforschung zu einer komplexen Beschreibung sozialer Ungleichheiten herangezogen wird.

### *Die Theorie der segmentierten Assimilation*

Die Theorie der segmentierten Assimilation wird in der US-amerikanischen Migrationsforschung zur Erklärung der Eingliederung von Migranten in die amerikanische Gesellschaft verwendet. Die klassischen Assimilationskonzepte gingen davon aus, dass sich Migranten im Laufe der Zeit an die Aufnahmegesellschaft anpassen, sich kulturell eingliedern und sich nach und nach in der Aufnahmegesellschaft als eigenständige kulturelle Gruppe auflösen. Die segmentierte Assimilation versucht dabei den unterschiedlichen Eingliederungen von Migranten in die Aufnahmegesellschaft gerecht zu werden.

Die klassischen Assimilationstheorien (Eisenstadt 1953; 1954; Gordon 1964; ähnlich Esser 1988) in den USA gingen von einem stetigen und eindirektionalen sozialen Aufstieg innerhalb der Mehrheitsgesellschaft aus. Die zentrale Orientierungsfolie für Migranten wird dabei durch die weiße Mittelschicht gebildet (Alba & Nee 2003; Brubaker 2003). Die Theorie segmentierter Assimilation hingegen versucht zunächst auch den sozialen Abstieg vieler Migranten mit zu erfassen (downward assimilation), die in vielen Großstädten der USA – und inzwischen auch Europas – zum normalen Alltagsbild gehören (Keller 2000; Crul & Schneider 2010; Portes & Rumbaud 2005). Das Besondere dabei ist, dass die Gruppen von Migranten, die sich nicht an die weißen Mittelschichten anpassen, im Rahmen dieses Ansatzes durchaus als assimiliert betrachtet wird. Die starke Annahme dieser Theorie ist, dass *alle Migranten*, die sich in einer gegebenen Gesellschaft befinden, *als assimiliert gelten*. Die Frage ist dann nur, in welche konkreten sozialen Segmente der Gesellschaft sie eingegliedert sind. So stellen Portes et al. in einer Longitudinalstudie zu jugendlichen Migranten der zweiten Generation fest: „[...] the central question is not whether the second generation will assimilate to American society, but to what segment of the society it will assimilate“ (Portes et al. 2005: 1000).

Die Theorie der segmentierten Assimilation weist strukturelle Ähnlichkeiten mit der in den 70er Jahren von William Wilson formulierten These der sinkenden Bedeutung von Rasse für Fragen sozialer Ungleichheit für die amerikanische Gesellschaft auf. Wilson stellt die These auf, dass sich durch die civil rights movements der 1960er Jahre und die darauf folgende Stärkung der Rechte der schwarzen Bevölkerung für

diese Gruppe tatsächlich enorme Verbesserungen ergeben haben. So haben in dieser Zeit Schwarze den Eintritt in viele Berufe erlangen können, die ihnen bis dahin strukturell verwehrt blieben (Wilson 1978). Damit hat sich *im Durchschnitt* die Lebenssituation der Schwarzen verbessert und es hat sich langsam eine schwarze Mittelschicht in den USA etabliert.

Während jedoch eine Gruppe von Schwarzen von den neuen Gesetzen stark profitierte, etablierte sich vor allem in den urbanen Zentren *gleichzeitig* eine schwarze Unterschicht, die von jeglicher staatlicher Unterstützung im Sinne spezieller Förderung „verschont“ blieb (Wilson 1987). In diesem Kontext kritisiert Wilson auch die politischen Maßnahmen der seinerzeit sehr populären affirmative action Programme, weil diese in der Regel von den ohnehin wohlhabenderen schwarzen Mittelschichten genutzt wurden und werden, während die Unterschichten in den städtischen Ghettos solche Programme für sich gar nicht nutzen konnten und bis heute nicht können. Die Kritik Wilsons besteht nun darin, dass affirmative action Programme für die Schwarze Bevölkerung sich lediglich auf die Strukturdimension *race* beziehen, ohne zugleich auf die differenten Klassenpositionen und verfügbaren Handlungsressourcen innerhalb der schwarzen Bevölkerung abzuheben. Gerade durch diese Vereinseitigung und Komplexitätsreduktion werden dann ausgerechnet die benachteiligten Schwarzen ein zweites Mal benachteiligt – eine frühe Variante des für diese Dissertation zentralen Präventionsdilemmas.

Wilson plädiert an dieser Stelle für Initiativen und Politikstrategien, die nicht allgemein Maßnahmen für die Schwarzen oder für Minderheiten initiieren, sondern hier vor allem die deprivierten schwarzen Unterschichten besonders im Blick behalten (ein analoges Argument für Public Health liefert Graham 2008). Denn sonst können gerade die gut gemeinten affirmative action Programme zu einem blaming the victim der am stärksten benachteiligten Gruppen aus den Ghettos führen, weil sie trotz intensiver politischer Maßnahmen zur Förderung der schwarzen Minderheiten noch immer nicht aus ihrer Armut herausfinden könnten, weil ausgerechnet die ressourcenstarken schwarzen Mittelschichten das indirekt und natürlich ohne bewusste Absicht verhindern.

An dieser Stelle wird die strukturelle Nähe dieses Ansatzes für den Bereich der Prävention mit Migranten aus den benachteiligten sozialen Schichten sichtbar, den man auch als doppeltes Präventionsdilemma bezeichnen könnte. Die Theorie der segmentierten Assimilation kann in der Public Health dafür nützlich sein, die doppelte struk-

turelle Benachteiligung von Migranten aus der Unterschicht theoretisch und empirisch besser zu erfassen. Eine solche Vorgehensweise macht es für die Sozialepidemiologie, die zielgruppenspezifische Präventionsforschung und für praxisbezogene Interventionen leichter, die relevanten Gruppen mit ihren ungleichheitsgenerierenden Merkmalen komplexer und zugleich präziser zu erfassen.

### *Theorie der Intersektionalität*

Ausgangspunkt für Versuche, mehrere herrschafts- und ungleichheitsgenerierende Strukturdimensionen zusammen zu berücksichtigen, ist die feministische Theorie und die daraus hervor gegangene Gender Theorie. Bereits in den 1980er Jahren beschrieb Ursula Beer das Verhältnis von sozialen Klassen und der Benachteiligung von Frauen als „Doppelhelix“ (Beer 1990). In Gegenwartsgesellschaften, so ihre These, sind die Herrschaftsformen des Kapitalismus und des Patriarchats so mit einander verschränkt, dass eine emanzipative und ungleichheitsreduzierende Perspektive nicht umhin kommt, stets Klassen und Geschlechterherrschaft gemeinsam in den Blick zu nehmen (vgl. die Beiträge in Beer 1987; vgl. auch Rademacher 2001). Zumindest in der deutschen (im Unterschied zur anglo-amerikanischen) Genderdebatte blieb allerdings der Bezug zu Ethnizität bis heute vergleichsweise unterbelichtet (vgl. aber Kröhnert-Othmann & Lenz 2001). Die fehlende Thematisierung und Problematisierung von Ethnizität bzw. Migration/Migrationshintergrund aus der Perspektive der Genderforschung ist auch in der deutschen Public Health-Literatur deutlich spürbar (etwa bei Kolip 1997; Babitsch 2006; Kuhlmann & Kolip 2008; Kolip 2009). Ein Ansatz, der aus der Genderforschung entwickelt wurde und der versucht, die drei Strukturierungsprinzipien Klasse, Gender und Ethnizität abzubilden ist die Intersektionalitätsforschung.

Die Theorie der Intersektionalität entstammt aus der Genderforschung und scheint deshalb auf einem ersten Blick nur bedingt auf die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund ausweitbar zu sein. Der Intersektionalitätsansatz geht von Genderungleichheiten aus und versucht weitere ungleichheitsgenerierende Dimensionen mit in die Analysen der Geschlechterungleichheiten einzubeziehen. Den Ursprung des Intersektionalitätsansatzes bildete die Kritik der schwarzen Frauen an dem Feminismus westlicher weißer Mittelschichten, für die die geschlechtsspezifische Unterdrückung als Frau vor dem Hintergrund gravierender rassistischer Unterdrückung als nicht hinreichende Ungleichheitsdimension be-

zeichnet wurde (Winker & Degele 2009). Im Verlauf der theoretischen Entwicklung wurden dann weitere Kategorien und Dimensionen mit aufgenommen. Gabriele Winker und Nina Degele gehen in ihrem lesenswerten Buch „Intersektionalität“ von dem Verständnis von „Intersektionalität als Wechselwirkungen zwischen (und nicht als Addition von) Ungleichheitskategorien aus.“ (2009: 14)

Diese Einführung in die Intersektionalitätsforschung liefert für eine breite Rezeption dieses Ansatzes in Public Health einen ausgezeichneten Ausgangspunkt, nicht zuletzt, weil darin ein umfassendes theoretisches und empirisches Analysemodell angeboten wird. Das Ziel des Buches ist dabei: „Wir wollen zeigen, wie die Verwobenheit von Ungleichheitskategorien auf verschiedenen Ebenen theoretisch zu fassen und im empirischen Forschungsprozess zu analysieren ist. Wir begreifen Intersektionalität als kontextspezifische, gegenstandsbezogene und an sozialen Praxen ansetzende Wechselwirkungen ungleichheitsgenerierender sozialer Strukturen (d. h. von Herrschaftsverhältnissen), symbolischer Repräsentationen und Identitätskonstruktionen.“ (2009: 15) Dabei bilden Klasse, Ethnizität, Geschlecht und Körper (wobei die Auswahl der Kategorien immer vom Gegenstand abhängt) die Strukturkategorien in der genannten Studie.

Zudem wird ein Mehrebenenansatz bei der Untersuchung gewählt, der auch anschlussfähig ist an die üblicherweise verwendeten Modelle der Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Die mehrdimensionale Analyseperspektive richtet sich auf das Zusammenspiel „gesellschaftlicher Sozialstrukturen inklusive Organisationen und Institutionen (Makro- und Mesoebene) sowie Prozesse der Identitätsbildung (Mikroebene) als auch kulturelle Symbole (Repräsentationsebene).“ (ebda: 18). Damit liefert der Intersektionalitätsansatz ein für die Public Health-Forschung aussichtsreiches und umfassendes Analyseraster, mit dem die Wechselwirkungen, gegenseitigen Abhängigkeiten, Steigerungen und Hemmungen der drei zentralen Strukturierungsprinzipien Klasse, Ethnizität und Geschlecht für den stabilen Reproduktionszusammenhang gesundheitlicher Ungleichheiten in seiner vollen Komplexität sichtbar und empirisch überprüfbar gemacht werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen, ist allerdings eine theoretische Adaptionsleistung vonnöten, die bislang noch nicht durchgeführt wurde, weil Intersektionalität bislang weder für Public Health im Allgemeinen ausgearbeitet noch für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit fruchtbar gemacht worden ist. Bislang versucht der Intersektionalitätsansatz noch immer vorrangig Genderungleichheiten zu erklären und bezieht vor diesem Hinter-

grund andere wichtige Strukturdimensionen mit ein. Wenn es gelingen würde, die Intersektionalitätsforschung ebenso wie die Theorie der segmentierten Assimilation für Public Health fruchtbar zu machen, wäre das ein großer Schritt in Richtung einer eigenständigen Theoriebildung in Public Health, die bislang noch immer in den Kinderschuhen steckt.

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels soll es abschließend darum gehen, gesundheits- und ungleichheitspolitische Konsequenzen aus den hier vorgestellten empirischen Befunden und theoretischen Interpretationen und Modellen zu ziehen.

### **7.3 Gesundheitspolitische Konsequenzen**

Die Ausführungen in der hier vorliegenden Arbeit sollten gezeigt haben, dass die Ursachen der Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf ganz verschiedenen Ebenen liegen und sehr vielfältig sein können. Für eine praxisorientierte Wissenschaft wie Public Health ist es wichtig, dass wissenschaftliche Erkenntnisse direkt oder indirekt in Interventionen und in die gesundheitspolitische Agenda eingehen. In dem folgenden abschließenden Kapitel werden daher einige politische Konsequenzen formuliert, die sich aus den theoretischen und empirischen Befunden zur Beschreibung und Erklärung der Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten vor allem für das Setting Kita ergeben haben.

#### *Kulturelle Diversität als gesellschaftliche Realität und Normalität*

Kulturelle Diversität wird zunehmend zu einem normalen Zustand der bundesdeutschen Gesellschaft. Inzwischen sind Menschen mit Migrationshintergrund keine kleine, marginalisierte Gruppe mehr, sondern machen, wie die Ausführungen in Kapitel 3.3 auch verdeutlicht haben, einen großen Teil der deutschen Bevölkerung aus (Ulrich 2006). Zudem ist der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Verhältnis zur autochthonen Gruppe im Durchschnitt jünger. So liegt in einigen deutschen Städten wie Düsseldorf, Frankfurt am Main oder Stuttgart der Anteil der unter 5-jährigen mit Migrationshintergrund bei über 60% (Statistisches Bundesamt 2007c: 8). Wie sich die Proportionen in naher und ferner Zukunft entwickeln werden, hängt unter anderem auch von der zukünftigen Einwanderungspolitik der BRD ab. Aber selbst wenn sich der Anteil der *Ausländer* entweder aufgrund restriktiverer

Einwanderungsgesetze und regulierter Einwanderung oder durch leichtere Einbürgerungen mindern sollte, bleibt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund – die eben dadurch definiert werden, dass sie sich *kulturell* von der Gruppe der Menschen ohne Migrationshintergrund auf die eine oder andere Weise unterscheiden (genauer zur Differenzierung s. Kap. 3.1.) auch in Zukunft quantitativ erheblich. Das kulturell definierte Konstrukt Migrationshintergrund verdeutlicht ebenfalls die Relevanz eines kultur- und ethnisch sensiblen Umgangs mit sozialen Gruppen, unabhängig von Aufenthaltsdauer, Nationalität oder Geburtsland.

Es ist nicht ganz unwahrscheinlich – und aus anderen Einwanderungsländern auch bekannt – dass Migranten zumindest teilweise ihre mitgebrachten kulturellen Eigenarten beibehalten, dies gilt vor allem für die Religionszugehörigkeit und häufig auch für die Sprache. Durch Sozialisationsprozesse im Kontext Familie können diese auch nach mehreren Generationen weiter vermittelt werden (Schnabel 2001). Daher kann davon ausgegangen werden, dass trotz Migration und längerem Aufenthalt, mitgebrachte kulturelle Muster innerhalb der Familie teilweise sozial vererbt werden. Daneben beeinflusst natürlich der Aufenthalt in einem anderen kulturellen Kontext und sekundäre Faktoren wie Schule und Kindergarten, Peers und die außerhäuslichen Einflüsse die „Habitusausprägung“. Kulturelle und ethnische Pluralität wird aber ein (normaler) Bestandteil der deutschen Gesellschaft bleiben, und zwar auch unabhängig von der Zuwanderungspolitik.

Für Gesundheits- und Sozialpolitik bedeutet dies, dass sie sich auch *langfristig* auf eine ethnisch, kulturell und religiös plurale Bevölkerung einstellen und dies als Querschnittsthema in allen Bereichen etablieren sollte. Anzustreben wäre deshalb ein Ethnic Mainstreaming, das in die organisationalen Routinen und institutionellen Mechanismen von gesundheitsrelevanten Organisationen und Institutionen – analog zum Gender Mainstreaming – eingebaut werden müssten.

#### *Die Bedeutung materieller/sozialer Ungleichheit für eine kultursensible Prävention*

Die hier vorliegenden Untersuchungen zeigen sozial *und* kulturell bedingte Differenzen in der Inanspruchnahme der Vorsorge, bei der Wahrnehmung von Präventionsprogrammen, bei der elterlichen Beteiligung im Kitaalltag und bei den Erwartungen und Bedürfnissen, die Eltern der Institution Kita gegenüber haben. Dabei zeigen sich Auffälligkeiten besonders bei den sozial benachteiligten und ressourcenschwachen

Gruppen, dabei bei den Migranteneltern aus der unteren sozialen Schicht noch stärker als bei den autochthonen Eltern aus der Unterschicht. Obwohl die empirischen Untersuchungen deutlich machen, dass es große Unterschiede in vielen Bereichen zwischen den Menschen mit Migrationshintergrund und der autochthonen Gruppe gibt, bleibt am Schluss festzuhalten, dass *der größere Teil der Differenzen sich entlang der Schichtzugehörigkeit heraus kristallisiert*. Dies gilt vor allem für die besonderen Bedürfnisse, die unterschiedliche Elterngruppen gegenüber der Institution Kita äußern, so z. B. dem Bedarf nach Kompensation im Bereich Bildung und sprachlicher Förderung. Zentral ist, dass hier die Kompensationserwartungen bei der Gruppe der autochthonen Eltern aus der unteren sozialen Schicht in Richtung Kita größer sind, als etwa der Migrantenoberschicht.

Die KMK formuliert in ihrem „Gemeinsamen Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen“ (2004) Aspekte, „die für alle Inhalte gleichermaßen von Bedeutung sind und den Charakter von Querschnittsaufgaben haben“ (KMK 2004, S. 4). Hierzu werden gezählt:

- „ - die Förderung, das Lernen zu lernen (lernmethodische Kompetenz)
- die entwicklungsgemäße Beteiligung von Kindern an den ihr Leben in der Einrichtung betreffenden Entscheidungen,
- die interkulturelle Bildung,
- die geschlechtsbewusste pädagogische Arbeit,
- die spezifische Förderung von Kindern mit Entwicklungsrisiken und (drohender) Behinderung und
- die Förderung von Kindern mit besonderer Begabung“.

Obwohl hier andere ungleichheitsstrukturierende Dimensionen wie Geschlecht und ethnische Differenzen besonderen Eingang finden, werden Aspekte einer schichtspezifischen Benachteiligung als der stärkste Verursacher auch von Bildungsungleichheiten und gesundheitlicher Ungleichheiten nicht gesondert thematisiert. Dies ist umso erstaunlicher, weil selbst in der politischen Rhetorik sozial bedingte Ungleichheiten im Bildungsbereich erkannt und ihr Bestehen seit der Pisa Studie ebenfalls nicht mehr geleugnet werden. Sozial bedingte Ungleichheiten werden im Setting Kita somit noch nicht einmal in der Logik der an sich schon problematischen Chancengleichheitsdebatte verortet.

Um sozial ausgleichend zu wirken, müssen gerade die Kinder viel mehr gefördert werden, die aufgrund ihrer Herkunft besonders benachteiligt sind (Graham 2008).

Wenn etwa durch gesetzliche Vorgaben die geschlechtergerechte Pädagogik und die interkulturelle Pädagogik besondere Berücksichtigung finden, dann werden die ehemals durch diese Strukturierungsdimensionen Benachteiligten sicherlich besser gefördert. Diese Förderung ist vor dem Hintergrund der noch immer existierenden geschlechtsspezifischen und migrationsspezifischen Ungleichheiten auch nötig und sinnvoll. Werden jedoch von sozialer Ungleichheit und Ressourcenarmut betroffene Kinder nicht besonders gefördert, dann ist zu vermuten, dass von einer solchen Förderung ausgerechnet Mädchen und Migranten aus den mittleren und oberen Schichten profitieren (vgl. Kap. 7.2). Das Ignorieren der sozioökonomischen Benachteiligung kann deshalb dazu führen, dass diese Gruppen von solchen Kompensationsabsichten gar nicht profitieren. Für die in dieser empirischen Untersuchung sich als besonders vulnerabel herausgestellte Gruppe der Migranten aus der Unterschicht, kann eine solche Herangehensweise dazu führen, dass sie ebenfalls von der besonderen Berücksichtigung interkultureller Bildung nicht profitieren, weil ihre sozioökonomisch desolate Lage gar nicht wahrgenommen wird (Wilson 1987). Für diese Gruppe kann eine solche Herangehensweise auch zu dem in der Public Health bekannten Prinzip des „blaming the victim“ (Bittlingmayer 2008) führen. Denn obwohl sie von der besonderen Förderung ausgeschlossen bleiben, weil sie zu den sozial benachteiligten Gruppen gehören, kann die besondere Berücksichtigung interkultureller Bildung zu der Annahme führen, dass es dieser Gruppe z. B. trotz besonderer Förderung nicht gelingen würde, sozial aufzusteigen oder ihre Gesundheitschancen zu nutzen. Und nicht zuletzt kann dies zu einer Kulturalisierung sozialstruktureller Faktoren führen, wenn in Kitas in sozial benachteiligten Stadtteilen Eltern aus bestimmten Migrantengruppen (die sozioökonomisch benachteiligt sind) von bestimmten Förderprogrammen nicht profitieren, obwohl dort interkulturelle Angebote bereitgestellt werden.

Um diesem problematischen Motiv einer Benachteiligung *trotz* Förderung zu begegnen, wäre ein abschließendes Plädoyer dieser Arbeit die soziale Ungleichheit erzeugenden Strukturen – Schicht, Migration/Ethnizität, Gender – nicht gegeneinander auszuspielen und stets immer nur wieder selektive Förderprogramme aufzulegen. Stattdessen sind diese Dimensionen gerade in Hinblick auf die Idee einer Kita als Realisierung eines gesundheitsfördernden Settings parallel zu berücksichtigen. Wenn soziale Benachteiligung also ernsthaft reduziert und nicht nur rhetorisch begleitet werden soll, müssen erheblich mehr Ressourcen in die Kitas fließen, in den sich Kin-

der aus sozial benachteiligten Familien aufhalten. Die Reduzierung des Präventionsdilemmas und damit die Reduzierung der bestehenden Ungleichheiten in der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen kann nur gelingen, wenn diejenigen, die eine schlechtere Gesundheit aufweisen (Graham 2008), mehr Unterstützung bekommen als diejenigen, die eine bessere Gesundheit aufweisen. Für den Bereich Kita bedeutet dies, dass dort, wo sich Kinder aus benachteiligten Familien aufhalten, auch wesentlich mehr Ressourcen und Bemühungen einfließen müssen als bislang.

#### *Konsequenzen für das Setting: Einbettung von U8 und U9 in die Kita*

Wie in Kapitel 7.1 bereits ausgeführt, stehen die Vorsorgeuntersuchungen nicht selten in der Kritik. Die Kritik, die sich speziell gegen die Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 richtet, stellt jedoch diese nicht komplett in Frage, sondern vielmehr einzelne Elemente. Vor allem sind die eher auf das Verhalten, die Sprache und das Erziehungsverhalten der Eltern zielenden diagnostischen Aufgabenbereiche aus einer erziehungswissenschaftlichen Perspektive häufig problematisiert worden (Schulz et al. 2009; Bollig & Tervooren 2009).

Der Grund dafür ist, dass im Unterschied zu den stärker krankheitsbezogenen Elementen der Vorsorgeuntersuchungen, bei denen meist evidenzbasierte Verfahren vorhanden und die Maßstäbe und Ziele recht klar formuliert und medizinisch abgesichert sind, die verhaltensbezogenen Elemente eher vage und unterbestimmt bleiben. So gibt es bislang noch kein standardisiertes Verfahren oder auch keine klaren Kriterien, wie z. B. Sprachentwicklungsstörungen festgestellt werden sollen. Dies ist gerade bei Kindern, die bi- oder multilingual aufwachsen, besonders schwierig (vgl. Labov 1969; Brizić 2008). Auch die Kriterien und Maßstäbe sind bei Fragen, bei denen es um Verhaltensauffälligkeiten geht oder gar um Erziehungsfragen, Erziehungsstile oder „Sozialisationsdefizite“, noch viel unklarer, denn diese können je nach sozio-ökonomischer bzw. sozio-kultureller Herkunft sehr unterschiedlich sein (vgl. u.a. Vester et al. 2001). Für solche diagnostischen Bereiche ist das medizinische Personal nicht ausgebildet. Wenn Ärzte etwa in Fragen der Erziehung Diagnosen erstellen sollen, dann müssen sie viel mehr auf ihr persönliches Repertoire an Erziehungsvorstellungen zurückgreifen, als auf professionelles, erziehungswissenschaftliches Fachwissen.

Eine aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive nahe liegende Möglichkeit, eventuell vorhandene sprachliche und soziale Defizite durch für diesen Bereich professionelle Fachkräfte früh zu erkennen, wäre die Früherkennungsuntersuchungen

U8 oder U9 – oder zumindest die erziehungswissenschaftlich relevanten Teile – in direkt die Kitas zu verlagern. Die Untersuchungen würden dann vom pädagogischen Personal der Kitas durchgeführt werden. Ein Vorteil wäre, dass die Erzieherinnen die Kinder viel besser kennen und das Screening der Kinder würde auf längeren Beobachtungen fußen als auf eine Momentaufnahme, wie es in den Vorsorgeuntersuchungen bei Kinderärzten üblich ist. Ein weiterer Vorteil ist, dass Erzieherinnen zur Einschätzung kindlichen Verhaltens die fachlichen Kompetenzen besitzen. Um Erzieherinnen den Verantwortungsbereich dieser Vorsorgeuntersuchungen (oder den entsprechenden Teilen) zu übertragen, könnten die U-Untersuchungen in die Erzieherinnenausbildung bzw. in Studiengänge der Elementarpädagogik als spezielle Module aufgenommen werden. Dies hätte noch den zusätzlichen vorteilhaften Effekt, dass der Beruf der Erzieherin verdientermaßen eine Aufwertung erfahren würde.

#### *Konsequenzen für das Setting: Ethnic mainstreaming in den Gesundheitsberufen*

In der Bundesrepublik ist noch immer ein Großteil der Einrichtungen im Krankenhaus- und Pflegesektor sowie im Erziehungsbereich an kirchliche Träger gebunden. Vor allem für Kindergärten und Kindertagesstätten hat dies weit reichende Folgen. Wie in der Arbeit mehrmals erwähnt, ist die kulturelle und religiöse Vielfalt inzwischen eine Normalität im Alltag der Kindertagesstätten. Obwohl in vielen konfessionellen christlichen Kitas auch Kinder aus anderen Religionen aufgenommen und betreut werden, kann hier die religiöse Zugehörigkeit unter Umständen zu Diskriminierungen führen.

So kommt es nicht selten vor, dass Kitas mit katholischen resp. evangelischem Trägern auch Kinder aus diesen Religionen bevorzugt nehmen und Kinder aus anderen Religionen bzw. atheistische Kinder nachrangig behandeln. Viel deutlicher dürfte sich aber die nachrangige Behandlung bei der Auswahl der Erzieherinnen auswirken. So nehmen konfessionelle Einrichtungen in der Regel nur Personal aus der eigenen religiösen Gruppe auf. Bewerberinnen und Bewerber mit z. B. muslimischer Religionszugehörigkeit erfahren hier in der Regel eine benachteiligte Behandlung. Gerade hier, wo die Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund – in diesem Fall der Muslime – am besten genutzt werden könnten, da sie aufgrund desselben ethnischen Hintergrundes, derselben Religion oder derselben Sprache im Bereich Elternarbeit das Vertrauen und die Kommunikation gerade mit den schwer erreichbaren Eltern erleichtern – werden aufgrund archaischer institutioneller Barrieren gerade

diese Gruppe systematisch ausgegrenzt. Hier könnten neue Regelungen helfen, die den Zugang ethnischer und religiöser Minderheiten zum Arbeitsmarktbereich im Gesundheits- und Bildungssektor auch in konfessionellen Einrichtungen erleichtert.

#### *Konsequenzen für das Setting: Flexible Arbeitszeiten*

Viele Eltern haben in der Befragung als Grund, warum sie an Elternveranstaltungen nicht teilnehmen, berufliche Verpflichtungen angegeben. Um Eltern besser zu erreichen, wäre es möglich, die Zeiten für z. B. Elternabende flexibler zu gestalten und auf die zeitlichen Bedürfnisse der Eltern besser anzupassen. Was allerdings in den letzten Jahren sicherlich die Elternbeteiligung erschwert, ist die zunehmende Arbeitszeitverdichtung der letzten Jahre (vgl. hierzu u.a. Pelizarri 2009; Schultheis et al. 2010). Viele Arbeitnehmer müssen entweder Überstunden in Kauf nehmen oder Weiterbildungen machen, um ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Gerade Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen und in den unteren Segmenten der Berufshierarchie müssen zudem sehr flexibel sein, wenn sie ihre Arbeit behalten möchten. Diese Entwicklung aus der Arbeitswelt ist nicht besonders förderlich für Familien und natürlich auch nicht für die Elternpartizipation in Kindertagesstätten.

Dieser Aspekt ist eher auf der Makroebene politischer und gesamtgesellschaftlicher Entscheidungen und Entwicklungen anzusiedeln als im Bereich kita- oder settingspezifischer Zuständigkeitsbereiche. Nur durch die Stärkung der Position der Arbeitnehmer in Form sicherer Arbeitsverträge, haben Eltern ein genügend starkes Verhandlungspotenzial, um das Recht zu haben, ihre Arbeitszeit so flexibel einzuteilen, dass sie an Kitaveranstaltungen teilnehmen können.

#### *Konsequenzen für das Setting: Mangelnde Mobilität*

Die mangelnde Mobilität sozial benachteiligter Eltern, die in Kapitel 6 herausgestellt wurde, verweist auf einen gesamtgesellschaftlichen Trend, der in den letzten Jahren stark zunimmt und der die Handlungsspielräume von sozial benachteiligten Gruppen immer mehr einschränkt<sup>54</sup>. So ist die zunehmende Immobilität sicherlich nicht nur ein Problem der Eltern in den befragten Kitas; es ist vielmehr zu vermuten, dass vor dem Hintergrund der Kürzungen von Sozialleistungen, der Verarmung einer auf dem Niedriglohnsektor zunehmenden Gruppe der „working poor“ und der immer stärker profitorientierten Dienstleistungsangebote von öffentlichen Verkehrsmitteln inzwi-

---

<sup>54</sup> S. Auch für Frankreich: Bourdieu 1997. Darin sind Interviews mit französischen Jugendlichen aus den Banlieues, die sich noch nicht einmal eine Fahrkarte leisten können, um in die Stadt zu fahren.

schen ganze Gruppen von Menschen von der öffentlichen Mobilität mehr und mehr ausgeschlossen sind. Denn die fehlende Fahrgelegenheit bei den Eltern aus den unteren sozialen Schichten ist nicht nur damit zu deuten, dass die Familie kein Auto oder die Person keinen Führerschein besitzt. Es kann auch dahingehend interpretiert werden, dass es diesen Eltern an ökonomischen Ressourcen mangelt, sich eine Fahrkarte für öffentliche Verkehrsmittel leisten zu können.

Die zunehmend eingeschränkte Mobilität sozial benachteiligter Gruppen ist nur ein Ausdruck für eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, die immer stärker sozial polarisiert und die in immer mehr Bereichen die Handlungsressourcen sozial benachteiligter Gruppen – zu denen zu einem großen Teil Kinder, bzw. Familien mit vielen Kindern und Einelternfamilien gehören – beschneidet (vgl. hierzu u.a. Barlösius & Ludwig-Mayerhofer 2001; 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008). Um noch mal in diesem Zusammenhang auf den Aspekt der bedarfsgerechten Prävention für sozial benachteiligte Elterngruppen zurückzukommen, wäre an dieser Stelle eine bedarfsgerechte Herangehensweise, diesen Eltern Mobilität zu ermöglichen, in einem ersten Schritt etwa eine kostenfreie Mobilität für gering verdienende Personen einzuführen.

#### *Kinder- und Familienarmut als zentrale Hindernisse der Gesundheitsförderung*

Nach Angaben des Bildungsberichts 2010, die sich auf Zahlen des Mikrozensus beziehen, leben 42,2% der Kinder mit Migrationshintergrund und 22,8% der Kinder ohne Migrationshintergrund in Familien, bei denen die Eltern in mindestens einer Risikolage leben<sup>55</sup>. Vor allem die materielle Armut ist bei Kindern besonders gravierend ausgeprägt, so etwa bei 35% der Kinder mit Migrationshintergrund und bei etwa 20% der autochthonen Kinder. Armut von Kindern und Familien ist ein Phänomen, das in den letzten Jahren kontinuierlich in der Bundesrepublik zunimmt. Obwohl wie in dieser Studie dargelegt, mit der Institution Kita große kompensatorische Hoffnungen gerade von den benachteiligten Eltern verbunden werden, ist Armut – vor allem materielle Armut – ein Punkt, an dem Kitas an die Grenzen ihrer Handlungsmacht stoßen. Wie bereits ausgeführt, kann die materielle Armut auch ganz unmittelbar die alltägliche Partizipation von Eltern im Setting Kita beeinträchtigen.

---

<sup>55</sup> Im Bildungsbericht 2010 werden drei Risikolagen beschrieben, „durch die die Bildungschancen der Kinder beeinträchtigt sein können: wenn die Eltern nicht in das Erwerbsleben integriert sind (soziales Risiko), ein geringes Einkommen haben (finanzielles Risiko) oder über eine geringere Ausbildung verfügen (Risiko der Bildungsferne)“ (2010: 27).

Politische Initiativen der Sozial- und Familienpolitik der letzten Jahre haben dabei nicht zu einer Abschwächung und Verringerung der Armut von Kindern und Familien beigetragen. Sie haben sie vielmehr durch Gesetzesänderungen erst deutlich verschärft. Die aktuell bekanntesten sozialpolitischen Regelungen sind sicherlich die Hartz-IV Regelsätze für Kinder, die Anfang des Jahres vom Bundesverfassungsgericht in wichtigen Teilen als verfassungswidrig eingestuft wurden. Weitere Beispiele, die Kinderarmut verstärken ist die Regel, dass Empfänger von Sozialhilfe und Hartz IV keinen Anspruch auf Kindergeld haben (bzw. das Kindergeld auf die Sozialleistungen angerechnet wird). Die neueste Regelung der neuen Bundesregierung geht ein Schritt weiter und möchte ebenfalls das Erziehungsgeld für Hartz IV-Empfänger streichen. Diese wenigen Beispiele machen deutlich, wie stark Kinder- und Familienarmut gesetzlich produziert und verstärkt wird. Armut ist ein strukturelles Problem, das Kinder in ihrer Entwicklung beeinträchtigen kann. Zudem werden von Armut betroffene Menschen zu einem großen Teil von sozialer Teilhabe ausgeschlossen. Die negativen gesundheitlichen Folgen sind evident. Die wichtigste Bedingung der Möglichkeit, um Kinder eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen, ist neben der Erhöhung der Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen, der Stärkung der Elternpartizipation im Kita oder der Erreichbarkeit durch Präventionsprogramme eine ökonomische und soziale Sicherung der Familien, die ihnen den freien und menschenwürdigen Zugang zu materiellen, kulturellen und sozialen Gütern der Gesellschaft ermöglicht. Eine Möglichkeit in Zeiten von Massenarbeitslosigkeit ist sicherlich die Einführung eines menschenwürdigen Grundeinkommens, das alle verfassungsmäßig verbrieften Bedürfnisse von Menschen absichert. Deshalb bleibt abschließend festzuhalten, dass der ernsthafte Versuch einer Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit im Rahmen einer settingbezogenen und zielgruppenspezifischen Public Health Praxis so lange eine Sisyphos-Arbeit bleibt, solange sie nicht durch eine gesamtgesellschaftliche Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik flankiert wird, die Kinder- und Familienarmut nicht erzeugt, sondern abschafft.

## Literaturverzeichnis

- Abel T, Abraham A, Sommerhalder K (2006): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS, 185-198.
- Adorno T W et al. (1969): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Neuwied.
- Ahrens J, Beer R, Bittlingmayer U H & Gerdes J (2008) (Hrsg.): Beschreiben und/oder Bewerten, Band 1: Normativität in sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern. Münster.
- Alt J (1999): Illegal in Deutschland. Karlsruhe.
- Altenhofen L (2002): Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Zur Bedeutung von U1 bis J1. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45, 960-961.
- Altgeld T & Kolip P. (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute - die Herausforderungen der Ottawa-Charta. In: Schmidt B & Kolip P (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim, 33-44.
- Altgeld T (2003): Kindertagesstätten – Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotential! In: HAG (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung): Ressourcen stärken- Benachteiligungen ausgleichen. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen.
- Altgeld T (2004): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Regiestelle E & C. Berlin.
- Altgeld T (2006a): Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, 389-404.
- Altgeld T (2006b): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. In: Altgeld T, Bächlein B & Denke C (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheits-

- förderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse, 49-73.
- Altgeld T (2008): Gesundheitsfördernde Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten. In: Bauer U, Bittlingmayer U H & Richter M (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, 511-529.
- Altgeld T, Bächlein B & Denke C (Hrsg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse.
- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- AOK Rheinland (1998): „Logbuch: Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“. Modellprojekt für Kindertageseinrichtungen. Düsseldorf.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006: 11
- Arbeitsgruppe Bildungsberichterstattung (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demographischen Wandel. Bielefeld, Bertelsmann Verlag.
- Armbruster M (2006): Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Heidelberg.
- Armbruster M (2009): Respektieren statt blamieren – Elternarbeit mit sozial Benachteiligten. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 345-362.
- Ärztékammer Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2008): Westfälisches Ärzteblatt. Mitteilungsblatt der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Ausgabe 10.08, 22.
- Babitsch B (2006): Die Kategorie Geschlecht: Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS, 271-287.
- Bade K J (Hrsg.) (1994): Das Manifest der 60. Deutschland und die Einwanderung. München.
- Bader V M (1998): Ethnizität, Rassismus und Klassen. In: Bader V M, Benschop A, Krätke M R & Treeck Wv (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Klassen. Hamburg, 96-125.

- Bader V M (2001): Kultur und Identität: Essentialismus, Konstruktivismus oder Kritischer Realismus? In: Rademacher C & Wiechens P (Hrsg.): Geschlecht – Klasse – Ethnizität. Zur sozialen Konstruktion von Hierarchie und Differenz. Opladen: Leske + Budrich, 145-174.
- Badura B & Hehlmann T (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Heidelberg: Springer.
- Baethge M, Solga H & Wieck M (2007): Berufsbildung im Umbruch. Signale eines überfälligen Aufbruchs. Friedrich Ebert-Stiftung, Bonn.
- Baker D & Lenhard G (1988): Ausländerintegration Schule und Staat. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (40), 40-61.
- Barlösius E & Ludwig-Mayerhofer W (Hrsg.) (2001): Die Armut der Gesellschaft. Opladen.
- Bartley M (2009): Gesundheitliche Ungleichheit und Sozialpolitik. In: Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Themenheft Health Inequalities, Bd. 45, 95-113.
- Bauer U & Bittlingmayer U H (2005): Wer profitiert von Elternbildung? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 25 (3), 263-280.
- Bauer U & Bittlingmayer U H (2006): Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, 781-818.
- Bauer U & Bittlingmayer U H (2007): Unsoziales soziales Lernen: Die schulische Vermittlung von Soft Skills als Reproduktion harter Ungleichheiten. In: Kahlert H & Mansel J (Hrsg.): Bildung und Berufsorientierung. Der Einfluss von Schule und informellen Kontexten auf die berufliche Identitätsentwicklung. Weinheim, 59-79.
- Bauer U & Bittlingmayer U H (2010): „Ja, das kostet aber Geld. Der Umbau und die Neuordnung des Gesundheitssektors“. In: Schulheis F, Vogel B & Gemperle M (Hrsg.) (2010): Ein halbes Leben. Biographische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch. Konstanz. UVK, 665-730.
- Bauer U & Büscher A (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftliche orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS.
- Bauer U (1998): Die Verfolgung von Sinti und Roma im deutschen Faschismus. Münster.

- Bauer U (2005): Das Präventionsdilemma. Die Potenziale schulischer Kompetenzförderung Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden.
- Bauer U (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 8-9/2006: 17-24.
- Bauer U (2007): Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 44: 98-119.
- Bauer U, Langness A & Hurrelmann K (2004): Schulformspezifische Evaluation des Skillförderprogramms „Erwachsen werden“ von Lions Quest. Abschlussbericht an den wissenschaftlichen Beirat von Lions Quest. Bielefeld.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2006): *Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2004/2005. Statistisch-epidemiologischer Bericht*. Erlangen.
- Becker B (2009): Welche Kinder gehen früher in den Kindergarten? Ein Vergleich zwischen deutschen und türkischen Familien. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 29 (4), 387-402.
- Becker R & Lauterbach W (2004): Vom Nutzen vorschulischer Erziehung und Elementarbildung: Bessere Bildungschancen für Arbeiterkinder. In: Becker R & Lauterbach W (Hrsg.): *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*. Wiesbaden: VS, 124-156.
- Becker R & Lauterbach W (2007) (Hrsg.): *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*. Wiesbaden.
- Beer U (1990): *Geschlecht, Struktur, Geschichte. Soziale Konstituierung des Geschlechterverhältnisses*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Beer U (Hrsg.) (1987): *Klasse Geschlecht. Feministische Gesellschaftsanalyse und Wissenschaftskritik*. Bielefeld: AJZ.
- Berge van den P (1978): Race and Ethnicity. A Sociobiology Debate. In: *Ethnic and Racial Studies* 1(4), 404-411.
- Bergmann K E & Bergmann R L (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6): 670-676.

- Bernstein B (1973): Der Unfug mit der „kompensatorischen“ Erziehung. In: b:e (Hrsg.): Familienerziehung, Sozialschicht und Schulerfolg. Weinheim, Basel, 21-36.
- Bernstein B (2000): *Pedagogy, Symbolic Control and Identity. Theory, Research, Critique.* Lanham.
- Bertram H (2008) (Hrsg.): *Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland.* Bonn.
- Bettge S & Oberwöhrmann S (2007): *Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2007 – 1. Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005.* Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Berlin.
- Beuchling O (2003): *Vom Bootsflüchtling zum Bundesbürger. Migration, Integration und schulischer Erfolg in einer vietnamesischen Exilgemeinschaft.* Münster.
- Bezirksamt Hamburg-Nord, Gesundheitsamt (Hrsg.) (2007): *Kindergesundheit in Hamburg-Nord.* Hamburg.
- Biedinger N (2009): *Kinderarmut in Deutschland. Der Einfluss von relativer Einkommensarmut auf die kognitive, sprachliche und behavioristische Entwicklung von 3-bis 4-jährigen Kindern.* In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation.* 29 (2), 197-214.
- Bielefeld U (2001): *Ethnizität und Existenz.* In: Rademacher C & Wiechens P (Hrsg.): *Geschlecht – Klasse – Ethnizität. Zur sozialen Konstruktion von Hierarchie und Differenz.* Opladen: Leske + Budrich, 129-143.
- Biesinger A & Schweitzer F (Hrsg.) (2006): *Bündnis Für Erziehung* Freiburg.
- Birg H (2001): *Auswirkungen und Kosten der Zuwanderung nach Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren.* Bielefeld.
- Bischoff J, Herkommer S & Hüning H (2002): *Unsere Klassengesellschaft. Verdeckte und offene Strukturen sozialer Herrschaft.* Hamburg: VSA.
- Bittlingmayer U H & Bauer U (2007): *Aspirationen ohne Konsequenzen.* In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation,* 27 (2): 160-180.
- Bittlingmayer U H & Bauer U (2007): *Individualisierte Prävention: Zur Ideologie des a-sozialen Gesundheitsentscheiders.* In: Schmidt B & Kolip P (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit.* Weinheim, München: Juventa, 105-116.

- Bittlingmayer U H & Sirch U (2006): „Erwachsen werden“ an Deutschen Schulen. Eine Implementierungsstudie in den ausgewählten Bundesländern Hamburg Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Abschlussbericht der Bielefelder Begleitforschung im Auftrag der gemeinnützigen Lions Quest eV. Bielefeld.
- Bittlingmayer U H (2000) Askese in der Erlebnisgesellschaft? Eine kultursoziologische Untersuchung zum Konzept der „nachhaltigen Entwicklung“ am Beispiel des Car-Sharing. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Bittlingmayer U H (2008): Blaming, Producing und Activating the Victim: Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In: Hensen G & Hensen P (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS, 239-258.
- Bittlingmayer U H (2009): Gesundheitsförderung im Setting Schule und ihre normativen Implikationen. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 269-300.
- Bittlingmayer U H, Bauer U, Richter R & Sahrai D (2009): Die Über- und Unterschätzung von Raum in Public Health – Überlegungen zur räumlichen Dimension gesundheitlicher Ungleichheiten. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaft. Brennpunktheft Prekarität, Segregation und Armut im Sozialraum, 48 (2), 21-34.
- Bittlingmayer U H, Drucks S, Gerdes J & Bauer U (2010): Der (Alp-)Traum fortwährender Bildungsexpansion. Die Wiederkehr des (funktionalen) Analphabetismus in Zeiten wissenschaftlichen Wandels und die Komplexität subjektiver Kompetenzen. In: Quenzel, Gudrun/Klaus Hurrelmann (Hrsg.), Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten in der Wissensgesellschaft, Wiesbaden: VS (im Erscheinen).
- Bittlingmayer U H, Sahrai D & Sirch U (2007): Die Integrierte Schulische Elternarbeit Von "Erwachsen werden". Eine Wirksamkeitsanalyse Von Elternmaterialien an Deutschen Schulen. Abschlussbericht der Bielefelder Begleitforschung. Bielefeld.
- Bitzer E M, Walter U, Lingner H & Schwartz F W (Hrsg.) (2009): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Heidelberg.

- BMI (2001): Unabhängige Kommission Zuwanderung (UKZ). Berlin.
- Bolder A & Hendrich W (2000): Fremde Bildungswelten. Alternative Strategien lebenslangen Lernens. Opladen: Leske + Budrich.
- Bolder A (2006): Weiterbildung in der Wissensgesellschaft. Die Vollendung des Matthäusprinzips. In: Bittligmayer U H & Bauer U (Hrsg.): Die Wissensgesellschaft. Wiesbaden: VS, 431-444.
- Bollig S & Tervooren A (2009): Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisationsforschung, 29 (2): 157-173.
- Bolte KM & Hradil S (1984): Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen.
- Bommes M & Schiffauer W (Hrsg.) (2006): Migrationsreport 2006 Fakten - Analysen – Perspektiven. Frankfurt.
- Boos-Nünning U & Hohmann M (1980): Ausländische Kinder. Gesellschaft und Schule im Herkunftsland. Düsseldorf.
- Borde T & David M (Hrsg) (2007): Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Frankfurt am Main.
- Borde T (2006): Zur Bedeutung von Ethnizität als Faktor im Diversity Management. In: Altgeld T, Bächlein B & Denke C (Hrsg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse, 115-133.
- Boudon R (1974): Education Opportunity and Social Inequality. Changing Prospects in Western Society. New York.
- Bourdieu P & Passeron J-C (1971): Die Illusion der Chancengleichheit. Stuttgart: Klett.
- Bourdieu P (1982): Die feinen Unterschiede. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu P (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital soziales Kapital. In: Kreckel R (Hrsg.): Soziale Ungleichheit. Göttingen, 183-198.
- Bourdieu P (1985): Sozialer Raum und Klassen. *Leçon sur la leçon*. Zwei Vorlesungen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu P (1997): Eine illegitime Kunst. Die sozialen Gebrauchsweisen der Photographie. Frankfurt am Main.

- Bourdieu P, Passeron J-C (1973): Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Braun von C (1997): Zum Begriff der Reinheit. In: Metis – Zeitschrift für historische Frauenforschung und feministische Praxis, 6 (11).
- Bremer H (2006): Lernen, Lernwiderstände und soziale Milieus. In: Faulstich P & Bayer M (Hrsg.): Lernwiderstände. Hamburg: VSA, 39-54.
- Bremer H (2007): Soziale Milieus, Habitus und Lernen. Zur sozialen Selektivität des Bildungswesens am Beispiel der Weiterbildung. München, Weinheim: Juventa.
- Bremer P (2000): Ausgrenzungsprozesse und die Spaltung der Städte. Zur Lebenssituation von Migranten. Opladen.
- Brieden Th (1995): Konfliktimport durch Immigration. Auswirkungen ethnischer Konflikte im Herkunftsland auf die Integrations- und Identitätsentwicklung von Immigranten in der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg.
- Brizić K (2008): Alles spricht von Sprache. Soziologisch-linguistische Begegnungen in der Migrations- und Bildungsforschung. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation. 28 (1), 4-18.
- Brubaker R (2003): The return of assimilation? Changing perspectives on immigration and its sequels in France, Germany, and the United States. In: Ethnic and Racial Studies, 24 (4), 531-548.
- Bühl A (2006): SPSS 14: Einführung in die moderne Datenanalyse. München u. a.
- Bühring P (2001): „Die Eltern verweigern zu erziehen“. Interview: Erziehung im Wandel. In: Deutsches Ärzteblatt 98 (24), 1637-1639.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2010): Migration und Gesundheit. Aktueller Informationsdienst zur Integrationsarbeit in Deutschland. Reihe: Blickpunkt Integration 1, Quartal 1/2010.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2000): Familienbericht 2000. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Sechster Familienbericht. Berlin.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BmGS) (2001): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung Bd 2: Materialien. Berlin.
- Bundeszentrale für politische Bildung (BpB) (Hrsg.) (2006): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn.
- Bundeszentrale für politische Bildung (BpB) (Hrsg.) (2008): Armutsgefährdungsquoten von Familien. In: die Soziale Situation in Deutschland. Fakten.
- Butterwegge C & Reißland C (2005): Hartz und Migration. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. 1, 90-98.
- Butterwegge C (2006): Wege aus der Kinderarmut. In: BpB (Hrsg.): Kinderarmut. Aus Politik und Zeitgeschichte (26/2006), 32-38.
- Butterwegge C (2008): Globalisierung, Migration und (Des-)Integration. In: Heinrich Böll-Stiftung. Online verfügbar: [http://www.migration-boell.de/web/integration/47\\_759.asp](http://www.migration-boell.de/web/integration/47_759.asp)
- Butterwegge C (Hrsg.) (2000): Kinderarmut in Deutschland. Ursachen, Erscheinungsformen, Gegenmaßnahmen. Frankfurt am Main: Campus.
- BZgA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung] (Hrsg.) (2006): Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Internet-Dokument: Online verfügbar: [http://www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/fileadmin-kgs/pdf/recherche-bundesweit\\_01.pdf](http://www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/fileadmin-kgs/pdf/recherche-bundesweit_01.pdf) (Stand: 15.12.2009).
- BZgA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung] (Hrsg.) (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Köln.
- BZgA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung] (Hrsg.) (2008): Früherkennungs- und Vorsorgeplan für das Kindes- und Jugendalter. Online verfügbar: <http://www.kindergesundheit-info.de/3301.0.html> (Stand: 15.05.2009).
- Coleman J S (1990): Foundations of Social Theory. Cambridge.
- Collatz J, Malzahn P & Schmidt E (1979): Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppen? In: Öffentliches Gesundheitswesen, 41, 173-190.

- Corak M, Fertig M & Tamm M (2005): A portrait of child poverty in Germany. Innocenti Working Paper 2005-03. Innocenti Report Card No. 6, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Cremer D (2004): Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Stadt Bielefeld (Hrsg.). Bielefeld.
- Crompton R, Devine F, Savage M & Scott J (eds.) (2000): *Renewing Class Analysis*. Oxford: Blackwell.
- Crul M & Schneider J (2010): Comparative integration context theory: participation and belonging in new divers European cities. In: *Ethnic and Racial Studies* 33 (7): 1249-1268.
- Da Vanzo J (1981): Microeconomic Approach to Studying Migration Decisions. In: De Jong G F & Gardner R W: *Migration Decision Making. Multidisciplinary Approach to Microlevel Studies in Development and Developing Countries*. New York, Pergamon Press, 90-129.
- Dangschat Jens (2000): Integration - Eine Figuration voller Probleme. Warum die Integration von Migrant/Innen so schwierig ist. In: Klein G & Treibel A (Hrsg.): *Skepsis und Engagement*. Hamburg, 185-211.
- Davey Smith G (2008): Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer UH & Richter M (Hrsg.) *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden, 291-330.
- David M, Borde T & Kentenich H (Hrsg.) (2001): *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- De Jong G F & Fawcett J T (1981): Motivations for Migration: An assessment and a Value-Expectancy Research Model. In: De Jong G F & Gardner R W: *Migration Decision Making. Multidisciplinary Approach to Microlevel Studies in Development and Developing Countries*. New York, Pergamon Press, 13-58.
- Delekat D (2003): *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Schuleingangsuntersuchungen 2001*. Senatsverwaltung für Gesundheit Soziales und Verbraucherschutz. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2009): *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin.

- Deutsches PISA-Konsortium (2002): PISA 2000 - Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. Opladen.
- Deutsches PISA-Konsortium (Hrsg.) (2001): PISA 2000: Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen.
- Diefenbach H & Nauck B (1997) Bildungsverhalten als "strategische praxis": Ein Modell zur Erklärung der Reproduktion von Humankapital in Migrantenfamilien In: Pries L (Hrsg.): Transnationale Migration. Baden-Baden, 277-291.
- Diefenbach H & Weiß A (2005): Gutachen: „Menschen mit Migrationshintergrund. Datenerfassung für die Integrationsberichterstattung“. Berlin.
- Diefenbach H (2008): Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien im deutschen Bildungssystem. Erklärungen und empirische Befunde. In: Soziologische Revue, 31 (2), 194-197.
- Diehm I & Kuhn M (2006): Doing Race/Doing Ethnicity in der frühen Kindheit (Sozial-) Pädagogische Konstruktion von Kind und ihre Irritation durch Empirie. In: Otto H-U & Schrödter M (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Multikulturalismus – Neo-Assimilation – Transnationalität. Neue Praxis, Sonderheft 8.
- Diehm I & Radtke F-O (1999): Erziehung und Migration. Stuttgart & Berlin.
- Dittrich E J & Radtke F-O (1990): Der Beitrag der Wissenschaften zur Konstruktion ethnischer Minderheiten. In: Dittrich E J & Radtke F-O (Hrsg.): Ethnizität, Wissenschaft und Minderheiten. Opladen, 11-43.
- Dörre K (2008): Armut, Abstieg, Unsicherheit: die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: APuZ, 33-34/2008, 3-5.
- Dreißig V (2008): Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtregimen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: Bauer U & Büscher A (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlicher Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 363-374.
- Drucks S & Bittlingmayer U H (2009): Funktionaler Analphabetismus im wissenschaftlichen Wandel. In: Jahrbuch für Pädagogik 2009: Entdemokratisierung und Gegenaufklärung, 241-267.
- Eisenstadt S (1954): The Absorbition of Immigrants. A Comparative Study. Londen: Routledge & Kegan.
- Elkeles T (2008): Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. In: Bauer U,

- Bittlingmayer UH & Richter M (Hrsg.) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, 87-107.
- Ellsäßer G (2004): Impfprävention im Kindes- und Jugendalter. Hindernisse und Beispiele wirksamer Maßnahmen im Land Brandenburg.
- Esser H (1988): Ethnische Differenzierung und moderne Gesellschaft Zeitschrift für Soziologie, (17), 235-248.
- Esser H (1990): Familienmigration und Schulkarriere ausländischer Kinder und Jugendlicher. In: Esser H & Friedrichs J (Hrsg.): Generation und Identität. Opladen: Westdeutscher Verlag, 281-304.
- Esser H (2004): Welche Alternativen zur „Assimilation“ gibt es eigentlich? In: Bade J & Bommes M Migration – Integration – Bildung. Grundfragen und Problem-bereiche IMIS-Beiträge, Heft 23, 41-60.
- Faltermaier T (2005): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenteischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck P & Wiedl KH (Hrsg.): Migration und Krankheit. IMIS-Schriften 10.Göttingen.
- Feldmann P (2006): Zur ambivalenten Inszenierung jüdischer Weiblichkeit. Betrachtungen zum Stereotyp der „Schönen Jüdin“. Berlin, unveröf. Magisterarbeit.
- Fertig M & Tamm M (2006): Kinderarmut in reichen Ländern. In: BpB (Hrsg.): Kinderarmut. Aus Politik und Zeitgeschichte (26/2006), 18-24.
- Foucault M (2002): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main.
- Friederich T (2009): Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Online verfügbar: [http://mam.dji.de/bibs/13\\_KJB\\_Expertise\\_Friederich\\_Kita.pdf](http://mam.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise_Friederich_Kita.pdf) (Stand: 15.12.2009).
- Fthenakis W E (Hrsg.) (2003): Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können. Freiburg.
- Fuhrer U (2005): Was macht gute Erziehung aus und wie können Eltern gute Erzieher werden? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 25 (3), 231-247.
- Geene R & Luber E (Hrsg.) (2000): Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Geene R (2003): Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Stadtteilen – Projekte aus der Datenbank der Bundeszentrale für ge-

sundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin e.V. In: E&C-Fachforum: Vernetzung – Macht – Gesundheit: Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Dokumentation der Veranstaltung vom 30. Juni bis 1. Juli 2003.

Geene R (2009): Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus. Ansätze und Hemmnisse einer soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 301-324.

Geiger S & Razum O (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, 719-746.

Geißler R (2002): Die Sozialstruktur Deutschlands. 3. Auflage. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Geißler R (2006): Die Sozialstruktur Deutschlands. Wiesbaden.

Geißler R (2008a): Die Sozialstruktur Deutschlands, 5. Auflage. Wiesbaden: VS.

Geißler R (2008b): Lebenslagen der Familien der zweiten Generation. In: Bade K J, Bommers M & Oltmar J (Hrsg.): Nachholende Integrationspolitik – Problemfelder und Forschungsfragen. IMIS-Beiträge, 34, 13-26.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2009): Themenschwerpunkte: Früherkennung von Krankheiten bei Kindern.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2008): Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Beschluss über die Änderung der Kinder-Richtlinien: Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a. Online verfügbar: [http://www.g-ba.de/downloads/40-268-625/2008-05-15-Kinder-U7a\\_TrG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-625/2008-05-15-Kinder-U7a_TrG.pdf) (Stand: 1.11.2009).

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2009): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009; Nr. 132: S. 3 125 in Kraft getreten am 5. September 2009. Online verfügbar: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-379/RL\\_Kinder\\_2009-06-18\\_2.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-379/RL_Kinder_2009-06-18_2.pdf) (Stand: 1.11.2009).

- Gerdes J & Faist T (2006): Von ethnischer zur republikanischer Integration. Der Diskurs um die Reform des deutschen Staatsangehörigkeitsrechts. In: Berliner Journal für Soziologie 16/3, 313-335.
- Gerdes J (2006): Der „Dritte Weg“ als ideologische Kolonialisierung der Lebenswelt. Die Sozialdemokratie in der Wissensgesellschaft In: Bittlingmayer U H Bauer U (Hrsg.): Die „Wissensgesellschaft“. Mythos Ideologie oder Realität? Wiesbaden, 109-172.
- Gerlinger T & Stegmüller K (2009): Ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild der Gesundheitspolitik. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 135-162.
- Gerlinger T (2008): Gesundheitspolitik und gesundheitliche Ungleichheit. Anmerkungen über Unterlassungen und Fehlentwicklungen gesundheitspolitischen Handelns. In: Bauer U, Bittlingmayer UH & Richter M (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS, 530-546.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (2009): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Interplattform im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Berlin. Homepage: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>.
- Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (2003): Schulneulinge. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung von 1998 bis 2001.
- Geyer S (2008): Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre theoretischen Implikationen. In: Bauer U, Bittlingmayer UH & Richter M (Hrsg.) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, 108-124.
- Giesecke J, Ebner C & Oberschachtsiek D (2010): Bildungsarmut und Arbeitsmarktexklusion. Die Wirkung schulischer und beruflicher Bildung auf dem westdeutschen Arbeitsmarkt. In: Quenzel G & Hurrelmann K (Hrsg.), Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten in der Wissensgesellschaft. Wiesbaden: VS (im Erscheinen).
- Goebel J, Gornig M & Häußermann H (2010): Polarisierung der Einkommen. Die Mittelschicht verliert. In: DIW-Wochenbericht 24/2010.

- Goglin I (1994): Der monolinguale Habitus der multilingualen Schule. Münster: Waxmann.
- Gogolin I (2002): Sprachlich-kulturelle Differenz und Chancengleichheit – (un-)versöhnlich in staatlichen Bildungssystemen. In: Lohmann I & Rilling R (Hrsg.): Verkaufte Bildung. Kritik und Kontroversen zur Kommerzialisierung von Schule, Weiterbildung, Erziehung und Wissenschaft. Opladen, Leske + Budrich, 153-168.
- Gogolin I (2003): Das ist doch kein gutes Deutsch!" - Über Vorstellungen von "guter" Sprache und ihren Einfluss auf Mehrsprachigkeit. In: De Florio-Hansen I & Hu A (Hrsg.): Plurilingualität und Identität. Zur Selbst- und Fremdwahrnehmung mehrsprachiger Menschen. Tübingen: Stauffenburg, 59-71.
- Gomolla M & Radtke F-O (2002): Institutionelle Diskriminierung. Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule Opladen.
- Graham H (2008): Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche, Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen. In: Bauer U, Bittlingmayer U H & Richter M (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, 455-479.
- Grossmann R & Scala K (2006): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. 4. Aufl. Weinheim, München: Juventa.
- Grundmann M (1998): Norm und Konstruktion. Zur Dialektik von Bildungsvererbung und Bildungsaneignung. Opladen.
- Grundmann M (2001): Milieuspezifische Einflüsse familialer Sozialisation auf die kognitive Entwicklung und den Bildungserfolg. In: Klocke A & Hurrelmann K (Hrsg.): Kinder und Jugendliche in Armut: Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 209-221.
- Grundmann M, Dravenau D, Bittlingmayer U H & Edelstein W (2006): Handlungsbefähigung und Milieu. Zur Analyse milieuspezifische Alltagspraktiken und ihrer Ungleichheitsrelevanz. Münster.
- Habersack M (2009): Kein Weg vom Verhalten zu den Verhältnissen, ein Weg vom Individuum zur Struktur – Gesundheit als Naturrecht? In: Bittlingmayer UH, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 163-182.

- Hall S (1994): Der Westen und der Rest In: Hall S (Hrsg.) Rassismus und kulturelle Identität. Hamburg, 137-179.
- Han P (2000): Soziologie der Migration. Stuttgart. Lucius & Lucius.
- Hartung S & Bittlingmayer U H (2008): Schulische Elternedukation im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Präventionsdilemma. Eine empirische Studie zur integrierten schulischen Elternarbeit von „Erwachsen werden“. Zwischenbericht des BEEP Projekts. Bielefeld.
- Hartung S (2008): Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme? Einige theoretisch-normative Implikationen. In: ? In: Bittlingmayer UH, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 211-234.
- Hartung S, Kluwe S & Sahrai D (2010): Elternbildung und Elternpartizipation in Settings. Eine programmspezifische und vergleichende Analyse von Interventionsprogrammen in Kita, Schule und Kommune. Abschlussbericht Projekt BEEP. Bielefeld.
- Hauser R (1989): Entwicklungstendenzen der Armut in der Bundesrepublik Deutschland. In: Döring D & Hauser R (Hrsg.): Politische Kultur und Sozialpolitik. Ein Vergleich der Vereinigten Staaten und der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Armutsproblems, Frankfurt am Main, 117 - 146.
- Heckmann F (1983): Einwanderung und die Struktur sozialer Ungleichheit in der Bundesrepublik In: Kreckel R (Hrsg.): Soziale Ungleichheit. Göttingen, 369-388.
- Heinemann L (1998): Ethnie Nation und Moderne. Einige Bemerkungen zur ethnischen Vergemeinschaftung in einer Welt von Nationalstaaten und ihrer Ausformung im Falle -Kataloniens. Bremen. unveröff Magisterarbeit im Studiengang Kulturwissenschaften der Universität Bremen.
- Heinemann L (2001): Ethnizität und Geltung. Möglichkeit und Grenzen konstruktivistischer Theorien bei der Erklärung ethnischer Vergemeinschaftung. In: Rademacher C & Wiechens P (Hrsg.): Geschlecht – Klasse – Ethnizität. Zur sozialen Konstruktion von Hierarchie und Differenz. Opladen: Leske + Budrich, 111-128.
- Heitmeyer W (2008): Deutsche Zustände, Folge 7. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Helmert U, Schorb F (2006): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS, 125-139.
- Hensen G & Hensen P (Hrsg.) (2008): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS.
- Hepp R D (2006): Fragmentarisierung und Vereinzelung. Arbeitslosigkeit und der Verlust sozialer Referenzmuster. In: TRANS. Internet-Zeitschrift für Kulturwissenschaften, Nr. 16 [[http://www.inst.at/trans/16Nr/01\\_3/hepp16.htm](http://www.inst.at/trans/16Nr/01_3/hepp16.htm); Zugriff am 25.5.2009].
- Herrnstein R Murray Ch (1994): The Bell Curve Intelligence and Class Structure in American Life. New York.
- Herzwart-Emden (2008): Interkulturelle und geschlechtergerechte Pädagogik für Kinder im Alter von 6 bis 16 Jahren. Expertise für die Enquetekommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen: „Chancen für Kinder“. Rahmenbedingungen und Steuerungsmöglichkeiten für ein optimales Betreuungs- und Bildungsangebot in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Hoffmann-Nowotny H-J (1970): Migration Ein Beitrag zu einer soziologischen Erklärung. Stuttgart.
- Hoffmann-Nowotny H-J (1973): Soziologie des Fremdarbeiterproblems: eine theoretische und empirische Analyse am Beispiel der Schweiz. Stuttgart.
- Hoffmann-Nowotny H-J (2000): Migration; soziale Ungleichheit und ethnische Konflikte In: Gogolin I & Nauck B (Hrsg.): Migration gesellschaftliche Differenzierung und Bildung. Opladen, 157-179.
- Hohmann A, Rüssmann W & Kaszli F A (1998): Qualität des Sehscreenings der Kinderärzte. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 146: 247-251.
- Holz G (2006): Lebenslagen und Chancen von Kindern in Deutschland. In: BpB (Hrsg.): Kinderarmut. Aus Politik und Zeitgeschichte (26/2006), 3-10.
- Hormel U & Scherr A (2003): Was heißt „Ethnien“ und „ethnische Konflikte“ in der modernen Gesellschaft? In: Groenemeyer A & Mansel J (Hrsg): Die Ethnisierung von Alltagskonflikten. Opladen, 47-68.
- Hradil S (1987): Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Westdt. Vlg.

- Hradil S (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko? Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS, 33-52.
- Hudemann-Simon C (2000): Die Eroberung der Gesundheit 1750-1900. Frankfurt am Main.
- Human Development Report (2009): Overcoming barriers: Human mobility and development. Statistical Tables. Download: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009>.
- Huppertz N (2009): Kompetenz und Überforderung. Das Dilemma der Kindergartenleitung. In: PH-FR – Zeitschrift der Pädagogischen Hochschule Freiburg, H 2/2009: 18-20.
- Hurrelmann K & Andresen S (2007): Kinderpolitik: Das „ganze Dorf“ wird gebraucht. In Hurrelmann K, Andresen S & TNS Infratest Sozialforschung: Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt am Main, 361-390.
- Hurrelmann K & Laaser U (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften Weinheim.
- Hurrelmann K (2002): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim / Basel.
- Hurrelmann K (2006a): Vortrag im Abschlussplenum der Tagung Health Inequalities I. Bielefeld.
- Hurrelmann K (2006b): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in Sozialwissenschaftliche Theorien Von Krankheitsprävention Und Gesundheitsförderung Weinheim.
- Hurrelmann K (2006c): Warum wir Elternschulen und Familienzentren brauchen. In: Biesinger A & Schweitzer F (Hrsg.): Bündnis für Erziehung. Unsere Verantwortung für gemeinsame Werte. Freiburg, 103-110.
- Hurrelmann K, Andresen S & TNS Infratest Sozialforschung (2010): Zusammenfassung. In: Hurrelmann K, Andresen S & TNS Infratest Sozialforschung (Hrsg.): Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie. Hamburg: Fischer.
- Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (2006): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 11-48.

- Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften Weinheim.
- Huster E U, Boeckh U & Mogge-Grotjahn H (Hrsg.) (2008) Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: VS.
- IFUMA (Institut für Marktforschung) (2004): Evaluation der Aktion „Ich geh zur U – Und du?“ der BZgA zur Förderung der Früherkennungsuntersuchungen U8/U9.
- Imdorf C (2010): Die Diskriminierung ‘ausländischer’ Jugendlicher bei der Lehrlingswahl. In: Hormel U & Scherr A (Hrsg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS, 197-220.
- Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT NRW) (2009): Bevölkerung Nordrhein-Westfalen 2008 nach Migrationsstatus. Download vom 24.08.2010: [http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2009/pdf/140\\_09tab.pdf](http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2009/pdf/140_09tab.pdf).
- Itf [Innovationstransfer- und Forschungsinstitut Schwerin] (Hrsg.) (2008): Berufsbezogene Grundbildung – Anforderungen der regionalen Wirtschaft. Schwerin: o.V.
- Janßen, Christian/Grosse Frie, Kristin/Ommen, Oliver (2006): Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS, 141-155.
- Jeus S (2009): Probleme der Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern. In: ZSE, 29 (2): 141-156.
- Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf (2005): Sozialräumliche Gliederung der Stadt Düsseldorf. Fortschreibung 2005. Düsseldorf.
- Jungbauer-Gans M (2006): Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen. In: Wolf C & Wendt C (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. (= Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Nr. 46) Wiesbaden: VS, 86-108.
- Kähnert H (2002): Evaluation des Lions Quest-Programms „Erwachsen werden“. Abschlussbericht an das Hilfswerk der Deutschen Lions e.V. Ressort Lions Quest. Bielefeld.
- Kähnert H (2003): Evaluation des schulischen Lebenskompetenzförderprogramms „Erwachsen werden. unveröff Dissertation, Bielefeld.

- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P & Schlaud M (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50: 836-850.
- Kastner J (2002): "Fleischgewordene Höllenmaschine". Staatlicher Rassismus und neoliberale Politik In: Bittlingmayer UH, Eickelpasch R, Kastner J & Rademacher C (Hrsg.) Theorie als Kampf? Zur politischen Soziologie Pierre Bourdieus. Opladen, 319-341.
- Kelek N (2006): Die verlorenen Söhne Plädoyer für die Befreiung des türkisch-muslimischen Mannes. Köln.
- Keller C (1999): Armut in Der Stadt. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Keller H (2004): Die Rolle familiärer Beziehungsmuster für die Integration von Zuwanderern In: Bade J & Bommes M (Hrsg.): Migration – Integration – Bildung Grundfragen und Problembereiche IMIS-Beiträge. Heft 23/2004, 105-22.
- Keller M & Malti T (2006): Sozialisation sozio-moralischer Kompetenzen. In: Hurrelmann K, Grundmann M & Walper S (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 7. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 410-423.
- Keller M (1976): Kognitive Entwicklung und soziale Kompetenz. Zur Entstehung der Rollenübernahme in der Familie und ihrer Bedeutung für den Schulerfolg. Stuttgart: Klett.
- Klein T & Unger R (2006): Einkommen und Mortalität im Lebensverlauf. In: Wolf C & Wendt C (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. (= Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Nr. 46) Wiesbaden: VS, 144-157.
- Klemm K & Hansen G (1979): Kinder ausländischer Arbeiter. Bochum.
- Kliche T, Gesell S, Nyenhuis N et al. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim: Juventa.
- Klocke A & Hurrelmann K (Hrsg.) (2001): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Klocke A & Lampert T (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Robert Koch-Institut (RKI). Heft 4. Berlin.
- Klocke A (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen – Belastungssyndrome und Bewältigungsfaktoren. In: Barlösius E & Ludwig-Mayerhofer W (Hrsg.): Die Armut der Gesellschaft. Opladen: Leske & Budrich: 293-314.

- Kluwe S & Trompetter E (2010): Evaluation settingbasierter STEP Elternkurse. Abschlussbericht des Projekts Bielefelder Evaluation von Elternbildungsprogrammen, Teilprojekt B. Bielefeld.
- KMK (2004): Gemeinsamer Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 03./04.06.2004 und Beschluss der Jugendministerkonferenz vom 13.14.05.2004. Online verfügbar:  
[http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2004/2004\\_06\\_04-Fruhe-Bildung-Kitas.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_06_04-Fruhe-Bildung-Kitas.pdf) (Stand: 15.12.2009).
- Knisel-Scheuring G (2002): Interkulturelle Elterngespräche. Gesprächshilfen für Erzieherinnen in Kindergarten und Hort. Lahr.
- Kohls M (2008a): Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Working Paper 16. Nürnberg: BAMF.
- Kohls M (2008b): Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeit bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Working Paper 15. Nürnberg: BAMF.
- Kolb S & Wolf C (Hrsg.) (2006): Kein einziges Märchen. *Leidfaden Gesundheitswesen*. Wahre Geschichten über die Ware Gesundheit, Frankfurt/Main: Mabuse.
- Kolip P (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich.
- Kolip P (2000) (Hrsg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim und München.
- Kolip P (2009): Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Bd. 45, 57-69.
- Kornmann R & Schnattinger C (1989): Sonderschulüberweisungen ausländischer Kinder, Bevölkerungsstruktur und Arbeitsmarktlage. Oder: Sind Ausländerkinder in Baden-Württemberg "dümmer" als sonstwo? *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 9, 195-203.
- Kraemer K & Bittlingmayer UH (2001): Soziale Polarisierung durch Wissen. Zum Wandel der Arbeitsmarktchancen in der "Wissensgesellschaft" In: Berger PA & Konietzka D (Hrsg.): *Die Erwerbsgesellschaft. Neue Ungleichheiten und Unsicherheiten*. Opladen, 313-329.

- Krappmann L (2000): Kinderarmut. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie Senioren Frauen und Jugendlichen. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Berlin.
- Kreckel R (1997): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. New York.
- Kreyenfeld M (2007): Soziale Ungleichheit und Kinderbetreuung. Eine Analyse der sozialen und ökonomischen Determinanten der Nutzung von Kindertageseinrichtungen. In: Becker R & Lauterbach W (Hrsg.): Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit. Wiesbaden: VS, 99-124.
- Kristen C (1999): Bildungsentscheidungen und Bildungsungleichheiten - ein Überblick über den Forschungsstand. Arbeitspapiere Manheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Nr 5.
- Kristen C (2002): Hauptschule Realschule oder Gymnasium? Ethnische Unterschiede am ersten Bildungsübergang. In Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 52 533-552.
- Kröhnert-Othmann S & Lenz I (2001): Geschlecht und Ethnizität bei Pierre Bourdieu. Kämpfe um Anerkennung und symbolische Regulation. In: Bittlingmayer U H, Eickelpasch R, Kastner J & Rademacher C (Hrsg.): Theorie als Kampf. Zur politischen Soziologie Pierre Bourdieus. Opladen: Leske + Budrich, 159-178.
- Kronig W (2003): Das Konstrukt des leistungsschwachen Immigrantenkinds. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 6, 126-143.
- Kuhleemann M (2008): „Wir sind dabei!“. Interkulturelles Lernen in der Kindertagesstätte. Hrsg. von der Aktion Kinder- und Jugendschutz (AKJS) bei der Landesarbeitsstelle Schleswig-Holstein, Kiel.
- Kuhlmann E & Kolip P (2008): Die gemachten Unterschiede – Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer U H & Richter M (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 191-219.
- Kühn H (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., Berlin: Sigma.
- Kühn H & Rosenbrock R (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R, Kühn H & Köhler B M (Hrsg.): Prä-

- ventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Edition Sigma, 29-51.
- Kühn H, Rosenbrock R (2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Bittlingmayer, Uwe H./Sahrai, Diana/Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheiten, Wiesbaden: VS, 47-71.
- Kühne P (2002): Asylsuchende auf dem deutschen Arbeitsmarkt In: Treichler A (Hrsg.) Wohlfahrtsstaat Einwanderung und ethnische Minderheiten Probleme Entwicklungen Perspektiven. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Kuhne R (2006): Indikatoren zur Erfassung des Migrationshintergrundes Arbeitsbereich im Rahmen der Dokumentationsreihe: Methodische Erträge aus dem „DJI-Übergangspanel“ In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Arbeitspapier 27/2006.
- Kymlicka W (1995): Multicultural Citizenship. A Liberal Theory of Minority Rights. Oxford.
- Labov W (1969): The Study of Nonstandard English. Washington D.C.
- Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (o.J.): Gesundheitsbericht der Stadt Düsseldorf. Ein Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung.
- Landeshauptstadt Düsseldorf, Gesundheitsamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit und Familie. Familienbericht Düsseldorf.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (Hrsg.) (2005): Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Band 2: Themenfelder 4-8. Adaptierte Fassung für NRW. Bielefeld.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2007): Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern (Kinderbildungsgesetz – KiBiZ). In: Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein Westfalen – Nr. 25 vom 16. November 2007, 462, § 9.
- Langness A (2007): Prävention bei sozial benachteiligten Kindern. eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Bern: Huber.
- Langness A (2008): Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern – Barrieren der Inanspruchnahme. In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Lukas-Nülle M & Hehlmann Th (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern, 163-180.

- Lauterbach K, Längen M, Stollenwerk B, Gerber A & Klever-Deichert G (2006): Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung. In: Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft . 01/ 2006 VOM 25.02.2006.
- Leipold B & Greve W (2006): Sozialisation, Selbstbild und Identität. In: Hurrelmann K, Grundmann M & Walper S (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 7. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 398-409.
- Leyendecker B (2008): Frühkindliche Bildung von Kindern aus zugewanderten Familien – die Bedeutung der Eltern. In: Bade K J, Bommers M & Oltmar J (Hrsg.): Nachholende Integrationspolitik – Problemfelder und Forschungsfragen. IMIS-Beiträge, 34, 91-103.
- Löffler H & Wigger A (2009): „Arm – aber trotzdem gesund!“ Verhaltens- oder Verhältnisprävention? In: Bittlingmayer U H, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 325-343.
- Lohaus A & G Schmitt (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (Kkg). Göttingen.
- Ludwig, A (2008): Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Umgang mit komplexen Medikamentenregimen – (k)ein Thema? In: Bauer U & Büscher A (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlicher Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 345-362.
- Lutz H (2000): Geschlecht Ethnizität Profession Die Neue Dienstmädchenfrage im Zeitalter der Globalisierung. Münster.
- Marzinzik K & Kluwe K (2006): *Evaluation des Step Elterntrainings. Dritter Bericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung*. Bielefeld.
- Marzinzik K & Kluwe S (2007): Stärkung der Erziehungskompetenzen durch Elternkurse – Zur Wirksamkeit und Reichweite des Elterntrainings STEP. In: Prävention 3/2007, 79-82.
- Marzinzik K & Kluwe S (2009): Normativität in der Elternarbeit. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 389-405.
- MDK [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (Hrsg.) (2008): Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassenversicherungen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007. Essen.

- Mehan H (2000): Understanding Inequality in Schools: The Contribution of Interpretative Studies. In: Ball S J (Hrsg.), *Sociology of Education. Major Themes*. Vol. II., New York, London, 507-535.
- Merdian G (1996): *Migrantenkinder. Lebensperspektiven in der Fremde*. Augsburg.
- Meurer A & Siegrist J (2005): Determinanten der Inanspruchnahme präventiver und kurativer Leistungen durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 25. Köln.
- Meuser M & Nagel U (2003): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser B & Prengel A (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim, 481-491.
- Meyer-Nürnberg M (2002): Gesundheit von Kindern. Eine Sichtung regionaler und lokaler Gesundheitsberichterstattung. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45: 859-865.
- Mielck A & Bloomfield K (Hrsg.) (2001): *Sozialepidemiologie Eine Einführung in Die Grundlagen Ergebnisse Und Umsetzungsmöglichkeiten* Weinheim: Juventa.
- Mielck A & Helmert U (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa, 529-560.
- Mielck A (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in Die Aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mielck A (2006): Wie lassen sich die Zielgruppen für Interventionsmaßnahmen bestimmen? In: Altgeld T, Bächlein B & Denke C (Hrsg.): *Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!* Frankfurt am Main: Mabuse, 85-99.
- Mielck A (2008): Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze. In: Bauer U, Bittlingmayer U H & Richter M (Hrsg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden, 167-187.
- Migrationsreport Hessen (2002) Frankfurt am Main.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2009): Sozialberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Prekäre Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2005): Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland. Saarbrücken.
- Morgenroth O & Merkens H (1997): Wirksamkeit familialer Umwelten türkischer Migranten in Deutschland. In Nauck B & Schönplflug U (Hrsg): Familien in verschiedenen Kulturen. Stuttgart:
- Munch C (2003): Sozial Benachteiligte engagieren sich doch. Weinheim.
- Münz R, Seifert W & Ulrich R (1997): Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. Frankfurt/Main: Campus.
- Naidoo J & Wills J (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: BzGA.
- Nassehi A (1990): Zum Funktionswandel von Ethnizität im Prozeß gesellschaftlicher Modernisierung. In: Soziale Welt, 41 261-282.
- Nauck B & Diefenbach H (1997): Bildungsbeteiligung von Kindern aus Familien ausländischer Herkunft: Eine methodenkritische Diskussion des Forschungsstands und eine empirische Bestandsaufnahme. In: Schmidt F (Hrsg.): Methodische Probleme der empirischen Erziehungswissenschaft. Baltmannsweiler, 289-307.
- Neumann U (1981): Erziehung ausländischer Kinder. Erziehungsziele und Bildungsvorstellungen in türkischen Arbeiterfamilien. Düsseldorf: Schwann.
- Nideröst S (2007): Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern. Bern: Huber.
- Oevermann U (1973): Sprache und soziale Herkunft. Frankfurt am Main.
- Okken P, Spallek J & Razum O (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U & Büscher A (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlicher Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, 396-422.
- Paul M & Backes J (2008): Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 156: 662-668.
- Pelizzari A (2009): Dynamiken der Prekarisierung. Atypische Erwerbsverhältnisse und milieuspezifische Unsicherheitsbewältigung. Konstanz: UVK.

- Penninx R Roosblad J (2000): Trade Unions Immigration and Immigrants in Europe 1960-1993. New York: Berghahn Books
- Pfahl L (2008): Die Legitimation der Sonderschule im Lernbehinderungsdiskurs in Deutschland seit im 20. Jahrhundert. Berlin: MPI.
- Piaget J (1995): Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Piaget J (1996): Einführung in die genetische Erkenntnistheorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Pickett K, Wilkinson R & Tokemitt T (2009) Gleichheit ist Glück. Warum gleiche Gesellschaften für alle besser sind. Hamburg.
- PISA-Konsortium D, Baumert J & Artelt C 2002 PISA 2000 - Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich Leske + Budrich Opladen
- Portes A & Rumbaut R G (2005): The second generation and the children of immigrants longitudinal study. In: Ethnic and Racial Studies, 28 (6): 983-999.
- Portes A, Fernández-Kelly P & Haller W (2009): Segmented assimilation on the ground: The new second generation in early adulthood. In: Ethnic and Racial Studies, 28 (6), 1000-1040.
- Powell J J W (2009): Von schulischer Exklusion zur Inklusion? Eine neoinstitutionalistische Analyse sonderpädagogischer Fördersysteme in Deutschland und den USA. In: Koch S & Schemann M (Hrsg.): Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien. Wiesbaden: VS, 213-232.
- Powell JJW & Wagner S (2001): Daten und Fakten zu Migrationsjugendlichen an Sonderschulen in der Bundesrepublik Deutschland. Selbständige Nachwuchsgruppe, Working Paper 1/2001. Berlin: MPI für Bildungsforschung.
- Powell JJW (2007): Behinderung in der Schule, behindert durch Schule? Die Institutionalisierung der ‚schulischen Behinderung‘. In: Waldschmidt A & Schneider W (Hrsg.): Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Bielefeld: Transcript, 321-343.
- Priester K (2003): Rassismus Eine Sozialgeschichte. Leipzig.
- Projekthomepage U-Boot: Online verfügbar:  
<http://www.aok.de/kids/rh/u->

[boot/index.php?sid=89f6c071ed27aecce33510645fcf9e55](http://boot/index.php?sid=89f6c071ed27aecce33510645fcf9e55)

(Stand 5.12.2009)

- Quensel S (2004): Das Elend der Suchtprävention. Wiesbaden: VS.
- Rademacher C (2001): Geschlechterrevolution – rein symbolisch? Judith Butlers Bourdieu-Lektüre und ihr Konzept einer ‚subversiven Identitätspolitik‘. In: Rademacher C & Wiechens P (Hrsg.): Geschlecht – Ethnizität – Klasse. Zur sozialen Konstruktion von Hierarchie und Differenz. Opladen: Leske + Budrich, 31-51.
- Radtke F-O (2004): Die Illusion der meritokratischen Schule Lokale Konstellationen der Produktion von Ungleichheit im Erziehungssystem. In: Bade J & Bommers M (Hrsg.): Migration – Integration – Bildung. Grundfragen und Problembereiche. IMIS-Beiträge Heft 23/2004, 143-179.
- Radtke F-O (2006): Die Integration der Migrantenkinder durch Internationalen Vergleich: Aporien des Qualitätsmanagements in der Erziehung. In: Bommers M & Schiffauer W (Hrsg.): Migrationsreport 2006 Fakten - Analysen – Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus, 165-202.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S & Erhart M (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50: 871-878.
- Razum O (2006): Migration, Mortalität und der Healthy migrant Effekt. In: Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS, 255-270.
- Reher C, Barry J C & König H H (2004): Faktoren der Früherkennung visueller Entwicklungsstörungen bei 3-jährigen Kindergartenkindern. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 152: 772-777.
- Reibnitz C, Schnabel P-E & Hurrelmann K (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim.
- Reil-Held A (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00. Universität Mannheim.
- Reißland C (2007): Armut bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In: Geißel T & Riegel C (Hrsg.): Jugend, Partizipation und Migration. Orien-

- tierungen im Kontext von Integration und Ausgrenzung. Wiesbaden: VS, 89-106.
- Remmers H (2009): Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 111-134.
- Richter A & Utermark K (2004): Modelle und Konzepte einer settingbezogenen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder. In: Richter A, Holz G & Altgeld T (Hrsg.) Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. Frankfurt a. M., 93-143.
- Richter M & Hurrelmann K (2006b): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS, 11-31.
- Richter M & Hurrelmann K (Hrsg): Gesundheitliche Ungleichheiten Grundlagen  
1991 Berufliche Integration türkischer Arbeitnehmer Dietz Bonn
- Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden.
- Richter M (2004): Früh übt sich: der Konsum psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen im europäischen Vergleich. In: Neue Kriminalpolitik, 16 (3): 112-114.
- Richter M (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit, Wiesbaden.
- Richter M, Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W & Ravens-Sieberer U (Hrsg.) (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim, München: Juventa.
- Ritsert J (1998): Soziale Klassen. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- RKI [Robert Koch Institut] & BZgA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung] (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. (Hrsg.). Berlin und Köln.
- RKI [Robert Koch Institut] (2008a): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI [Robert Koch Institut] (2008b): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland.

- Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rolff H-G (1997): Sozialisation und Auslese durch die Schule. Juventa.
- Rosa H (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt am Main.
- Rosenbrock R (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung. In: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Sabo, 171-174.
- Rosenbrock R (2005): Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen. In: E&C-Konferenz. Dokumentation der Veranstaltung vom 17. und 18. Oktober 2005 in Berlin. Berlin: o.V., 59-68.
- Rosenbrock R (2006): "Gesundheitspolitik". In: Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 1079-1116.
- Rosenbrock R, Kümpers S (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiebaden: VS, 371-388.
- Rotthaus W (1998): Wozu erziehen? – Entwurf einer systematischen Erziehung. Heidelberg.
- Rühl S (2009): Grunddaten der Zuwandererbevölkerung in Deutschland. Working Paper 27 aus der Reihe Integrationsreport, hrsg. vom BAMF.
- Runge D (2005): Mobilitätsarmut in Deutschland? In: IVP-Schriften 06. Berlin: Technische Universität Berlin.
- Sachse S, Pecha A & von Suchodoletz W (2007): Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Ist der ELFRA-2 für einen generellen Einsatz bei der U7 zu empfehlen? In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 155 (.): 140-145.
- Sahrai D (2008): Normativität in der Migrationsforschung In: Ahrens J, Beer R, Bittlingmayer UH & Gerdes J (Hrsg.): Normativität in den Sozialwissenschaften. Münster.
- Sahrai D (2009a): Healthy Migrant oder besondere Risikogruppe? Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit. In: Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Themenheft Health Inequalities, Bd. 45, 70-94.

- Sahrai D (2009b): Die Kindertagesstätte als gesundheitsförderndes Setting: Zwischen normativen Idealen und alltagspraktischen Zwängen. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, 235-267.
- Sahrai D, Moor I & Hastaoglu T (2009): Vorsorge und Elternarbeit vor dem Hintergrund kultureller Differenzen und sozialer Ungleichheit. Abschlussbericht BEEP, Teilprojekt C. Bielefeld.
- Sahrai L (2007): Die Dialektik der Wahrheit. Eine Gegenüberstellung von Melancholie und das Theater des Absurden von Eugene Ionesco. Enschede, unveröf. Diplomarbeit.
- Said EW (1995): Orientalism Western Conceptions of the Orient. London.
- Salman R (2001): Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung mit jugendlichen Migranten. In: Reibnitz C, Schnabel P-E & Hurrelmann K (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Kosumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, 123-134.
- Salman R (2008) Interkulturelle Gesundheitsmediatoren. Aufbau eines sich langfristig selbsttragenden Systems. Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg. Hamburg.
- Schaeffer D & Schmidt-Kaehler S (Hrsg.) (2006): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber.
- Schaeffer D (2001): Patientenorientierung und –beteiligung in der pflegerischen Versorgung. In: Reibnitz C, Schnabel P-E & Hurrelmann K (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Kosumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, 49-59.
- Schetter C (2003): Ethnizität und ethnische Konflikte in Afghanistan. Berlin.
- Schick K H (2000): Vorsorgeuntersuchungen und Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsbericht Stuttgart. Stuttgart.
- Schlösser E (2004): Zusammenarbeit mit Eltern – interkulturell. Informationen und Methoden zur Kooperation mit deutschen und zugewanderten Eltern im Kindergarten, Grundschule und Familie. Münster.
- Schmidt B & Kolip P (Hrsg.) (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim

- Schmidt B (2007a): Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung. In: Schmidt B & Kolip P (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa: 83-94.
- Schmidt B (2007b): Von der Gesundheitsforderung zur Selbstoptimierung. In: Schmidt B & Kolip P (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa: 95-104.
- Schnabel P (2009): Zur Kritik medizinisch-paradigmatischer Normativitäten in der aktuellen „Präventions“-Politik. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 183-210.
- Schnabel P-E (2001): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim.
- Schnabel P-E (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim / München.
- Schnabel, Peter-Ernst (2008): Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. Ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung – Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H./Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS, 480-510.
- Schneewind K (2006): Sozialisation in der Familie. In: Hurrelmann K, Grundmann M & Walper S (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 7. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 256-273.
- Schönpflug U (2008): Sozialisation in der Migrationssituation. In: Hurrelmann K, Grundmann M & Walper S (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz, 217-228.
- Schopp J (2005): Eltern Stärken. Dialogische Elternseminare. Ein Leitfaden für die Praxis. Opladen.
- Schrader A, Nikles BW & Griese HM (1979): Die Zweite Generation. Sozialisation und Akkulturation ausländischer Kinder in der Bundesrepublik. Königstein/Ts.

- Schubert I, Horch K, Kahl H, Köster I, Meyer C & Reiter S (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin.
- Schultheis F, Vogel B & Gemperle M (Hrsg.) (2010): Ein halbes Leben. Biographische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch. Konstanz. UVK.
- Schultze G (1992): Die zweite Ausländergeneration in der Bundesrepublik. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 44, 677-696.
- Schulz P, Kersten A & Kleissendorf B (2009): Zwischen Spracherwerbsforschung und Bildungspolitik: Sprachdiagnostik in der frühen Kindheit. In: ZSE, 29 (2): 122-140.
- Schulze G (1992): Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Schumacher E (2002): Die soziale Ungleichheit der Lehrer/innen – oder: Gibt es eine Milieuspezifität pädagogischen Handelns. In: Mägdefrau J & Schumacher E (Hrsg.): Pädagogik und soziale Ungleichheit. Bad Heilbrunn, 253-269.
- Schütz A (1971): *Das Problem Der Relevanz* Frankfurt am Main.
- Schwarzer R & Jerusalem M (Hrsg.) (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin.
- Seifert W (2001): Migration als Armutsrisiko In: Barlösius E & Ludwig-Mayerhofer W (Hrsg.): Die Armut der Gesellschaft. Leske + Budrich: Opladen.
- Senatsverwaltung für Gesundheit Soziales und Verbraucherschutz Berlin (Hrsg.) (2006): *Zur Gesundheitlichen und Sozialen Lage von Kindern in Berlin*. Berlin.
- Sengenberger W (1987): Struktur und Funktionsweise von Arbeitsmärkten. Die Bundesrepublik im internationalen Vergleich. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Siegrist J & Dragano N (2006): Berufliche Belastung und Gesundheit. In: Wolf C & Wendt C (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. (= Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Nr. 46) Wiesbaden: VS, 109-124.
- Siegrist J 1996: Soziale Krisen und Gesundheit. Hogrefe: Göttingen Verlag.
- Siegrist, J, Dragano, N, von dem Knesebeck, O (2006): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.):

- Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS, 157-170.
- Solga H & Wagner S (2001): Paradoxie der Bildungsexpansion. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 4, 107-127.
- Solga H (2005): Meritokratie – die moderne Legitimation ungleicher Bildungschancen. In: Berger P A & Kahlert H (Hrsg.): Institutionalisierte Ungleichheiten. Wie das Bildungswesen Chancengleichheit blockiert. Weinheim, München: Juventa, 19-38.
- Solga H 2002 "Ausbildungslosigkeit" als soziales Stigma in Bildungsgesellschaften Ein soziologischer Erklärungsbeitrag für die wachsenden Arbeitsmarktprobleme von gering qualifizierten Personen Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 52, 476-505.
- Spallek J & Razum O (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer U & Richter M (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, 271-29.
- Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2006): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von Paragraph §20, Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10 Februar 2006. Internetdokument.
- Stadt Bielefeld (Hrsg.) (2004): Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Bielefeld.
- Stadt Duisburg (Hrsg.) (2007): Kindergesundheit in Duisburg. Kindergesundheitsbericht 2007. Duisburg.
- Stamm M & Viehhauser M (2009): Frühkindliche Bildung und soziale Ungleichheit. Analysen und Perspektiven zum chancenausgleichenden Charakter frühkindlicher Bildungsangebote. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 29 (4), 403-418.
- Stanat P & Christensen G (2006): Schulerfolg von Jugendlichen mit Migrationshintergrund im internationalen Vergleich. Eine Analyse von Voraussetzungen und Erträgen schulischen Lernens im Rahmen von PISA 2003. Hrsg v. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn.
- Starobinski J (1960): Acta Psychosomatica. Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900. Basel.

- Statistisches Bundesamt (2001): Ausländische Bevölkerung in Deutschland. Metzler-Poeschel. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2006a): Datenreport 2006.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2006b): Leben in Deutschland Haushalte Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus  
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochureproperty=filepdf>.
- Statistisches Bundesamt (2007a): Bevölkerungsstand  
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statisti-ken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Content50/GeschlechtStaatsangehoerigkeittemplateId=renderPrintpsml> (Download vom 30.10.2007, 1530).
- Statistisches Bundesamt 2007b: Statistisches Jahrbuch 2007.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2007c: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Armutsgefährdung in Deutschland. Ergebnisse aus „Leben in Europa 2008“. Pressemitteilung Nr.457 vom 27.11.2009.
- Steindor M (2009): Gerechte Gesundheitschancen. Von der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils für die Bürger hin zur Gesundheitspädagogik für die Arbeiterschicht. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, 75-110.
- Straßburg H M (2009): Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Kleinkind. In: Bitzer E M, Walter U, Lingner H, Schwartz F W (Hrsg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Heidelberg, 91-99.
- Strengmann-Kuhn W (2001): Armut trotz Erwerbstätigkeit in Deutschland - Folge der "Erosion des Normalarbeitsverhältnisses"? In: Barlösius E & Ludwig-Mayerhofer W (Hrsg.): Die Armut der Gesellschaft. Leske + Budrich: Opladen, 131-150.
- Strickland B R (1989): Internal-External Control Expectancies. From contingency to creativity. In: American Psychologist, 44 (1): 1-12.
- Strittmacher R (1994): *Alltagswissen über Gesundheit und Gesundheitliche Protektivfaktoren*. unveröff Dissertation. Freiburg.

- Szydlik M (1996): Ethnische Ungleichheit auf dem Deutschen Arbeitsmarkt. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 48, 658-676.
- Textor M (2006): Elternarbeit im Kindergarten. Ziele, Formen, Methoden. Books on Demand.
- Textor M R (2004): "Elternbildung in Kindertageseinrichtungen". In: Fthenakis W E & Textor MR (Hrsg.): Das Online-Familienhandbuch.
- Thränhardt D (2000): Einwandererkulturen und soziales Kapital Eine komparative Analyse In: Thränhardt D & Hunger U (Hrsg.): Einwanderer-Netzwerke und ihre Integrationsqualität in Deutschland und Israel. LIT Verlag: Münster.
- Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Lukas-Nülle M & Hehlmann Th (Hrsg.) (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern.
- Tietze W (2008): Sozialisation in Krippe und Kindergarten. In: Hurrelmann K, Grundmann M & Walper S (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz, 274-289.
- Tobler R & Rentsch M (1983): Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kindern. In: Sozial- und Präventivmedizin, 28: 153-162. Online verfügbar: <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/> (Stand 16.04.2009).
- Träger J (2009): Familienarmut: Ursachen und Gegenstrategien. In: BpB (Hrsg.): Ungleiche Kindheit. Aus Politik und Zeitgeschichte (17/2009), 33-38.
- Treichler A (1998): Arbeitsmigration und Gewerkschaften. LIT: Münster.
- Treichler A (2002): Wohlfahrtsstaat Einwanderung und ethnische Minderheiten Probleme Entwicklungen Perspektiven. Westdeutscher Verlag GmbH: Wiesbaden.
- Troltsch K (2002): Bildungschancen Jugendlicher ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Überarbeitete und ergänzte Fassung des Aufsatzes: Jugendliche ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Struktur- und Biographiemerkmale. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, Heft 5, Bonn 1999a, 9-14 [[http://www.bibb.de/dokumente/pdf/pr\\_pr-material\\_2002\\_benachteiligte\\_troltsch.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/pr_pr-material_2002_benachteiligte_troltsch.pdf)]; [Zugriff am 29.4.2009]
- Troschke J v (2006): Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann K, Laaser U & Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, 529-560.

- Tschöpe-Scheffler S (2003): Elternkurse auf dem Prüfstand. Wie Erziehung wieder Freude macht. Wiesbaden: VS.
- Tschöpe-Scheffler S (2005a): Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht. Opladen: Barbara Budrich.
- Tschöpe-Scheffler S (2005b): Unterstützungsangebote zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung oder: Starke Eltern haben starke Kinder? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 25 (3), 248-262.
- Tucci I & Wagner G (2005): Einkommensarmut bei Zuwanderern überdurchschnittlich gestiegen. DIW-Wochenbericht. Berlin, 79-86.
- Ulrich RE 2006: Demographische Methoden in den Gesundheitswissenschaften In: Hurrelmann K Laaser U Razum O (Hrsg): Handbuch Gesundheitswissenschaften Juventa Weinheim
- UNICEF (2005): Child Poverty in Rich Countries 2005. The proportion of children living in poverty has risen in a majority of the world's developed economies. Innocenti Report Card No. 6, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Vester M & Teiwes-Kügler C (2010): Moderne Arbeitnehmer in der Krise: zunehmende Kompetenzen – wachsende Unsicherheit. In: SPW 3/2010, 17-26.
- Vester M (2006): Die gefesselte Wissensgesellschaft. In: Bittlingmayer U H & Bauer U (Hrsg.): Die „Wissensgesellschaft“. Mythos, Ideologie oder Realität? Wiesbaden: VS, 173-219.
- Vester M (2009): Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In: Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 45, 36-56.
- Vester M (2009a): Die Klassenkonzepte von Marx und Bourdieu. Vortrag vom 18.4.2009 an der HU Berlin, Manuskript.
- Vester M (2009b): Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In: Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Bd. 45, 36-56.
- Vester M, von Oertzen P, Geiling H, Hermann T & Müller D (1993): Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel Zwischen Integration und Ausgrenzung. Köln: Bund.
- Vester M, von Oertzen P, Geiling H, Hermann T & Müller D (2001): Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel Zwischen Integration und Ausgrenzung. 2. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Vogel B (2008): Prekarität und Prekariat - Signalwörter neuer sozialer Ungleichheit. In: APuZ, 33-34/2008, 12-18.

- von Reibnitz C, Schnabel, P-E, Hurrelmann K (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa.
- Wagner SJ & Powell JJW (2003): Ethnisch-kulturelle Ungleichheit im deutschen Bildungssystem - Zur Überrepräsentanz von Migrantenjugendlichen an Sonderschulen In: Cloerkes G (Hrsg.): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg, 183-208.
- Weber M (1972): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Tübingen.
- Weber Mart (2003): Heterogenität im Schulalltag. Konstruktion ethnischer und geschlechtlicher Unterschiede. Opladen.
- Weltbank (2006): Brain Drain, Brain Gain, Brain Waste. New York.
- Wenzel E (1997): A comment in Settings in health promotion. In: Internet Journal of Health Promotion.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
- WHO (2006): The World Health Report 2006 - working together for health. London.
- Wiebke G (2006): Ähnlichkeit oder Differenz – was bestimmt heute das Zusammenleben von türkischen und deutschen Jugendlichen. In: Bremer H & Langevester A (Hrsg.): Soziale Milieus und Wandel der Sozialstruktur. Wiesbaden: VS, 360-384.
- Wiebke G (2009): Gleiche Ziele – gleiche Chancen? Lebensziele, Lebenschancen und das Zusammenleben von Jugendlichen unterschiedlicher Herkunft: Sozialstrukturelle Analysen von Alltagskultur bei türkischen und deutschen Jugendlichen. Bielefeld: unveröff. Dissertation.
- Wilkinson R & Pickett K (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Frankfurt/Main: Haffmans & Tolkemitt.
- Wilkinson R (2005): The Impact of Inequality. How to make sick societies healthier. New York & London.
- Wilson W J (1878): The Declining Significance of Race. Blacks and Changing American Institutions. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wilson W J (1978): The Truly Disadvantaged. The Inner City, the Underclass and Public Policy. Chicago: The University of Chicago Press.

- Wilson W J (1987): *The Truly Disadvantaged*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Winker G & Degele N (2009): *Intersektionalität: Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld.
- Wippermann C & Flaig B B (2009): *Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 5/2009, 3-11.
- Wolf C (2006): *Psychosozialer Stress und Gesundheit. Belastungen durch Erwerbsarbeit, Hausarbeit und soziale Beziehungen*. In: Wolf C & Wendt C (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*. (= Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Nr. 46) Wiesbaden: VS, 158-176.
- World Bank (2006): *Brain Drain Brain Gain Brain Waste*.
- Wright M T (2009): *Partizipation als emanzipative und reflexive Normativität. Der Beitrag der Aktionsforschung*. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D & Schnabel P-E (Hrsg.): *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden, 407-421.
- Wulfhorst B & Hurrelmann K (2009): *Gesundheitserziehung. Konzeptionelle und disziplinäre Grundlagen*. In: Wulfhorst B & Hurrelmann K (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitserziehung*. Bern, 9-34.