

„Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten!": Gesundheitsförderung für obdachlose Familien und Straßenkinder

1. Kinderarmut und Gesundheit

Eine immer wieder gestellte Frage lautet: Macht Armut krank oder führt Krankheit zu Armut? Das Fazit der vom Bundesministerium für Gesundheit 1997 in Auftrag gegebenen Expertise „Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ lautet: „ ..., dass ungünstige sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Lebensumstände der Eltern, verbunden mit gesundheitsschädigendem Verhalten (...) und schwachen bzw. defizitären sozialen Ressourcen von maßgeblicher Bedeutung für eine erhöhte postnatale Mortalität (vor allem durch Unfälle und Verletzungen) sowie für das häufigere Auftreten schwerer chronischer Erkrankungen im Kindesalter sind.“ (SIEGRIST 1997) Macht also Armut zumindest Kinder, die in Armut aufwachsen müssen, krank?

Anhand einer Auswertung des sozio-ökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) ergab eine Studie der Universität Marburg zu Armutslebensläufen in Deutschland, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (Selektionseffekt), das heißt, chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko von Armut. Dagegen gibt es bei Kindern Hinweise auf einen Kausationseffekt, d.h. wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Im Zusammenhang mit der Armutsentwicklung in Deutschland spricht man mittlerweile auch von einer Infantisierung bzw. Familialisierung von Armut. Dass sich die sozio-ökonomische Lage, die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen auch auf die Gesundheit auswirkt, wissen wir seit geraumer Zeit. Gerade für Kinder und Jugendliche trifft dies in verstärktem Maße zu.

2. Projektbeschreibung und Zielsetzung

Sozialer Brennpunkt Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“

Ausgangssituation

Lage: Die Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“ besteht aus insgesamt 5 Mehrfamilienhäusern mit einer Geschosshöhe von 4 Stockwerken. Die Häuser liegen abseits „normaler“ Wohngebiete in einem Industriegebiet. Begrenzt wird das Wohngebiet durch zwei stark befahrene Eisenbahnlinien, einer schnellstrassenähnlichen Hochtangente sowie einer stark frequentierten Straße. Des Weiteren liegt in unmittelbarer Nähe das städtische Tierheim. Aufgrund der Lage sind die Bewohner/innen der Obdachlosensiedlung einer erheblichen Umweltbelastung (u. a. Autos, Eisenbahn, Industrieanlagen) sowie Lärmbelastigung (Verkehr, Tierheim), gerade auch nachts, ausgesetzt.



Wohnraumsituation: Es sind insgesamt
■ 33 x 1-Raum-Wohnungen, teilweise mit WC (8,45 bis 12,3 qm),

- 34 x 2-Raum-Wohnungen (36,4qm),
- 31 x 3-Raum-Wohnungen (45,4 bis 51,65 qm) sowie
- 33 x 4-Raum-Wohnungen (69,5 bis 72,5 qm).

Die Einzelzimmer ohne Toilette erhalten ausschließlich Großfamilien als zusätzlichen Wohnraum. Es handelt sich bei allen Wohnungen um Einfachstwohnungen mit kleinen integrierten Kochnischen, ohne Bad/Dusche. In den Kellern stehen Sammelduschen zur Verfügung (pro Stockwerk 1 Dusche).

Sonstige Einrichtungen:

In einem der Wohngebäude ist eine Kindertagesstätte (Kindergarten und Hort) unter städtischer Trägerschaft untergebracht. Weiterhin stehen Räumlichkeiten für den Allgemeinen Sozialdienst der Stadt Mainz zur Verfügung (Büro, Besprechungszimmer, Mädchenraum).

Einwohnerzahl und -struktur:

Im Februar 2003 leben 310 Menschen in der Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“. 115 Personen sind ausländischer Herkunft. 16 Personen sind allein erziehende Elternteile, häufig mit mehreren Kindern (zurzeit mit bis zu 8 Kindern). Insgesamt leben in diesen Notunterkünften 75 Kinder unter 14 Lebensjahren, 30 im Alter von 14 bis 18 Lebensjahren und 17 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 21 Lebensjahren.

Vorhandene bzw. angestrebte Kooperationspartner:

Kommune (Jugend- und Sozialamt), Gesundheitsamt, Land Rheinland-Pfalz, Bezirksärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, niedergelassene Ärzte in der Nähe des sozialen Brennpunktes, Betroffeneninitiativen, Initiativen im Wohnungslosenbereich, Tafel-Projekte, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Sportvereine, Sportbund usw..

Konzeptionelle Überlegungen:

- Angebote „vor Ort“ innerhalb des sozialen Brennpunktes,
- Vernetzung und Kooperation,
- vorhandene institutionelle Ressourcen nutzen,
- vorhandene individuelle Ressourcen nutzen,
- geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen,
- interkulturelle Aspekte berücksichtigen.

3. Gesundheitspräventionsmodule:

(1) Ernährung

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Allgemein bekannt ist, dass eine ausgewogene Ernährung für die kindliche Entwicklung mitentscheidend ist. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde in diesem Kontext deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen, die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobachten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet. Zahlreiche Ernährungswissenschaftler weisen darauf hin, dass die materiellen Ressourcen z.B. von Sozialhilfeempfänger/innen eine ausreichende und ausgewogene Ernährung entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung als fast unmöglich erscheinen lassen.

Kennzeichen der Mangel- und Fehlernährung ist eine fettreiche und vitaminarme Kost, zusätzlich ist der Kohlenhydrat- und der Obstanteil geringer als im Bevölkerungsdurchschnitt. (KLOCKE/ HURRELMANN et. al., 1994). 16 Prozent der armen Kinder kommen hungrig in die Kindertagesstätte (AWO 2000).

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Ernährungsberatung (gemeinsames Kochen; Elternberatung, Ressourcen nutzen)
- Ernährungsergänzung in der Kindertagesstätte (Anlieferung von frischem Obst, Gemüse, Milchprodukte, Ballaststoffe, Müsli usw.)

Etwaige Kooperationspartner:

- Initiative „Tafel“,
- Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte,
- Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- Gesundheitsamt.

(2) Bewegung

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Neben einer unausgewogenen Ernährung findet man bei sozial benachteiligten Kindern auch einen Bewegungsmangel. Zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten besteht eine positive Beziehung. Mit dem Lisrel-Modell (Lisrel= Linear Struktural Relationsship) können Korrelationen zwischen Formen der psychosozialen Belastung und allgemeinem subjektivem Gesundheitsstatus dargestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen aus unteren Sozialschichten kann einerseits eine geringere sportliche Betätigung und andererseits eine hohe Quote an psychosomatischen Beschwerden festgestellt werden. Zudem fällt das Selbstwertgefühl betroffener Kinder und

Jugendlicher deutlich niedriger aus im Vergleich zu Kindern aus höheren sozialen Schichten. Es lässt sich zwar keine lineare Beziehung zwischen dem Grad der sportlichen Aktivität und dem Ausmaß psychosomatischer Beschwerden verifizieren. Doch da in frühen Lebensphasen die im Erwachsenenalter zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen geprägt werden, kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die kompensatorische und entlastende Wirkung sportlicher Betätigung im Hinblick auf Stressbewältigung und Gesundheitsprävention im späteren Alltag bei den betroffenen Kindern seltener angewandt wird.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Anschaffung von Sportartikel (u.a. Fußball, Tischtennis, Federball)
- Sport- und Freizeitangebote innerhalb und außerhalb der Siedlung

Etwaige Kooperationspartner:

- Sportgeschäfte als Sponsoren,
- Sportjugend Rheinland-Pfalz,
- Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

(3) Entspannung vs. Gewalt

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Verschiedene Studien (die so genannte Bielefelder Studie und eine Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen, WETZELS, 1997) zeigen einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation der Familien und Gewaltanwendungen gegenüber den Kindern auf. So beträgt die Quote gravierender Gewaltanwendung durch die Eltern in Familien, die Sozialhilfe beziehen bzw. von Arbeitslosigkeit betroffen sind, 24 Prozent, während sie in anderen Familien bei 14,6 Prozent liegt (PFEIFFER, 1998). Hier ist einerseits eine problemorientierte Thematisierung von Gewalt innerhalb der Familie, unter Berücksichtigung des Lebenskontextes notwendig. Andererseits müssen Kinder und Jugendliche stärker vor Gewalt geschützt werden. Dies bedeutet, dass betroffenenzentrierte Hilfsangebote und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen auf- und ausgebaut werden müssen. Auch hier ist eine Vernetzung medizinischer und sozialpädagogischer Dienstleistungen dringend erforderlich.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Einrichtung von Ruheinseln, Ruheräume u.a. in Kita, in den Wohnblöcken,
- Einrichtung von Snoezelen-Räumen (heilpä-

dagogisches Konzept; visuelle, akustische, taktile, olfaktorische Reize),

- Informationsveranstaltungen zum Thema Gewalt und Gewaltprävention,
- Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training).

Etwaige Kooperationspartner:

- Polizei
- Tm = therapeutische Medien (privater Anbieter von Entspannungsmedien)

(4) Umwelt

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Kinder aus sozial unterprivilegierten Verhältnissen sind häufiger an Unfällen, speziell Verkehrsunfällen beteiligt. So kam eine Einschulungsuntersuchung in Brandenburg zu dem Ergebnis, dass 15 bis 20 Prozent aller Kinder bis zu ihrer Einschulung an einem Unfall beteiligt waren, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verbrühungs- und Verkehrsunfällen doppelt so häufig betroffen waren wie Kinder aus Familien mit einem höheren sozialen Status.

Unfälle mit tödlichem Ausgang findet man ebenfalls häufiger bei von Armut betroffenen Kindern. Diese erhöhte Quote ist u.a. auf die Wohnverhältnisse sowie auf das Wohngebiet zurückzuführen, das durch verkehrsreiche Straßen, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel und weite Wege zu Schule und Sportstätten geprägt ist. (BIELIKT, 1996; BÖHM, A. Kuhn J., 2000).

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Bepflanzungen innerhalb der Siedlung,
- Pflanzen innerhalb der Kita-Einrichtung,
- Luftbelastungsmessungen (Bahn, Autobahn, Industriegebiet),
- Sicherung der Gehwege, Zebrastreifen, Sichern von „Kinderwegen“.

Etwaige Kooperationspartner:

- Sozial- und Ordnungsamt sowie Gesundheitsamt,
- Gärtnereien,
- Universität Mainz.

(5) Impfungen

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen, so wie sie derzeit in Deutschland hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen unzureichend wahrgenommen. So ergab eine Studie des Gesundheitsamtes Göttingen, dass bei 30 Prozent der Kinder von arbeitslosen Eltern (Arbeitslo-

sigkeit korreliert in starkem Maße mit Einkommensarmut), ein unzureichender Impfschutz vorlag, zudem wurden Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen (KRAUSS 1998).

Die Impfraten bei Masern und Mumps waren laut einer Schuleingangsuntersuchung der Stadt Braunschweig signifikant schlechter bei Kindern arbeitsloser oder allein erziehender Eltern (SCHUBERT 1996). Diese Ergebnisse wurden innerhalb regionaler Untersuchungen aus anderen Großstädten (z.B. Hamburg) bestätigt (ZIMMERMANN, BRANDT 1996). Eine Studie in Brandenburg ergab, dass Kinder aus sozial schwachen Familien deutlich seltener gegen *Hämophilus B* geimpft sind.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Impfmöglichkeiten für Kinder und Erwachsene „vor Ort“ (u.a. geschlechtsspezifischer Aspekt bei Mädchen Röteln-Impfung),
- Impfberatungen,
- speziell für Jugendliche Hepatitis B-Impfmöglichkeit mit Sexualaufklärung bzw. Informationen zu sexuell übertragbare Erkrankungen (Hepatitis B und C, Aids usw.)

Etwaige Kooperationspartner:

- Sozialamt (Gesundheitsamt),
- niedergelassene Ärzte in der näheren Umgebung,
- Universitätsklinikum Mainz (Institut für Mikrobiologie und Hygiene),
- Pharmaindustrie (als Sponsoren),
- Drogenberatungsstelle (Die Brücke, Cafe Balance),
- Aids-Beratungsstelle,
- Pro Familia,
- Krankenkassen.

(6) Gesundheitsinformation

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Aus der Pränatalforschung ist bekannt, dass die sozialen Verhältnisse, die Lebensbedingungen der Eltern, speziell der werdenden Mutter, sich auf die Gesundheit des sich im Mutterleib befindlichen Embryos auswirkt. Die Lebensweise und das Risikoverhalten der Eltern spielt hierbei eine wichtige Rolle. Dass sich Alkohol- und Zigarettenkonsum negativ auf die embryonale Entwicklung auswirkt bzw. dass es zu entsprechenden organischen Schädigungen kommen kann, ist genügend erforscht worden. Die Alkoholembryopathie kann diesbezüglich exemplarisch hervorgehoben werden. Das Risikoverhalten der Eltern bzw. der werdenden Mutter sollte im sozialen Lebenskontext gesehen werden und darf nicht ohne diese Form der Reflexion individualisiert werden.

Im Zusammenhang mit Schmerzsymptomen (Kopfschmerzen), die häufig von Kindern benannt werden, muss auch die Einnahme von Arzneimitteln problematisiert werden. So trägt, nach einer Studie der Barmer Ersatzkasse (GLAESKE 1999) der Medikamentenkonsum aufgrund von Kopfschmerzen bei Schülerinnen bis zu 40 Prozent, während er bei Schülern zwischen 15 bis 20 Prozent liegt. Verschiedene Untersuchungen belegen übereinstimmend, dass die Selbstmedikation bei Kopfschmerzen die häufigste Ursache für einen unkontrollierten Medikamentenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen darstellt. Zusätzlich ist der Zigaretten- und Alkoholkonsumanteil bei Schülerinnen mit häufig auftretenden Kopfschmerzen signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen, die eine geringere Kopfschmerzquote aufweisen.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Regelmäßige Informationsveranstaltungen zu speziellen medizinischen Themen (Ernährung, Zigarettenrauchen, Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, parasitäre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen),
- Info-Veranstaltungen zu den Themen Sucht und Suchtgefahren (legale und illegale Drogen),
- Beratungen zu Krankenkassenleistungen und -ansprüchen.

Etwaige Kooperationspartner:

- Pro Familia,
- Drogenberatungsstellen,
- Aids-Hilfe,
- Ärzt/innen,
- Krankenkassen,
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Fachforum „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“, Elterninformationen im gelben Untersuchungsheft (teilweise auch in Fremdsprachen – interkultureller Aspekt –) sowie Bewerbung der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9.

(7) Gesundheitserziehung

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Feststellung und Forderungen der Niedersächsischen Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit (2002):

„Bildung ist mehr als Schulbildung, und die notwendigen Grundlagen für den Bildungserwerb werden bereits früh gelegt. Sie müssen kontinuierlich überprüft und an die gesellschaftliche Entwicklung angepasst werden, die sich Privatisierungs- und Deregulierungs-

tendenzen entgegenstellt. Eine Vernachlässigung dieser Bemühungen führt andernfalls sowohl zu auffälliger Ungleichheit von Bildungschancen für Kinder und Jugendliche, wie auch zu ungleichen Gesundheitschancen mit einem erheblich höheren Erkrankungs- und Sterberisiko.

Im Gesundheitsbericht für Deutschland wird dem Bildungsstatus unter den Risikomerkmale der sozialen Lage ein besonderes Gewicht zugewiesen und der Einfluss des Bildungsniveaus auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ausdrücklich betont. Umgekehrt gilt, dass gesundheitsfördernde Schulprojekte positive Auswirkungen auf Klassen- und Schulklima, wie auch auf Leistungsbereitschaft und Leistungserfolg aller schulischen Akteure haben.“

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule (Konzept u.a. MediPäds – Ärzte und Lehrer als Team, Projekt Klasse 2000 – Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Grundschulen, CSH-Modell [Coordinated School Health/ USA])

Etwaige Kooperationspartner:

- Kindertagesstätte,
- Lehrer/innen aus der Grund- und Hauptschule,
- Drogenberatungsstellen,
- Ärzt/innen,
- Krankenkassen

Beispiel Kooperationspartner Krankenkasse:

Die Krankenkassen sind gemäß §20 Abs. 1 SGB V (GKV-Gesundheitsreformgesetz) zur Primärprävention verpflichtet. §20 Abs. 1 SGB V: „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Es wurden von den Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder für die Primärprävention benannt: (1) Bewegungsgewohnheiten, (2) Ernährung, (3) Stressreduktion/Entspannung, (4) Genuss- und Suchtmittelkonsum.

Zitat aus dem Leitfaden der Krankenkassen:

„Damit nicht eine stark mittelschichtspezifische Inanspruchnahme erfolgt, sind Leistungsangebote mit zielgruppenspezifischen Zugangswegen zu konzipieren — ggf. im Sinne ‚aufsuchender‘ Programme.“

4. Zur Gesundheitssituation wohnungsloser Kinder und Jugendlicher (Strassenkinder)

Die Situation von „Straßenkindern“ ist oft von ihrem illegalen Status bestimmt, der einen Arztbesuch sowie eine Kontaktherstellung zu Behörden (Sozial- und Jugendamt) teilweise verhindert (FITZNER 1991).

JORDAN und TRAUERNICHT (1981) unterscheiden zwischen:

- (1) Ausreißer/innen (kurzfristiges Weglaufen),
- (2) in Obdachlosensiedlungen lebende Kinder und Jugendliche und
- (3) Treber/innen.

Treber/innen definieren sie als Kinder und Jugendliche, „die aus massiven Konfliktlagen heraus aus den ihr Leben bestimmenden Sozialisationsinstanzen ausbrechen und in aller Regel ohne festen Wohnsitz und ohne regelmäßige Einkünfte eine häufig illegale Existenz in subkulturellen Lebenskontexten führen.“ (JORDAN/ TRAUERNICHT 1981).

Neuere Untersuchungen differenzieren zwischen den so genannten Straßenkindern, die besonders in den Cityszenen der Großstädte anzutreffen sind, und den sogenannten Stadtteilstraßenkids, die nicht nur in sozialen Brennpunkten, sondern auch in herkömmlichen Arbeitervierteln zu beobachten sind. Im Unterschied zu den klassischen Straßenkindern leben diese Kids mit „einem Bein“ noch zu Hause, haben jedoch in der Regel ebenfalls eine erhebliche Distanz zu Familie, Schule, Ausbildung und Arbeit.

Zur Anzahl der sogenannten Strassenkinder gibt es keine verlässlichen Daten: Die Zahlen schwanken zwischen 5000 bis 50.000 in Deutschland. Der Off-Road-Kids-Förderverein nennt eine Zahl von 1500 bis 2500 Strassenkinder in Berlin, Terre des Hommes betreute im Jahr 2001 9000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, wobei der Mädchenanteil bei 30 Prozent lag. Nach Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe lebten im Jahr 2002 72.000 Kinder in Deutschland in Obdachlosensiedlungen, das entspricht einem Anteil von 22 Prozent an der Gesamtzahl wohnungsloser Menschen in Deutschland.

In den alten Bundesländern sind besonders Stadtteile mit einem hohen Immigrantenteil betroffen, während in ganz Deutschland besonders Stadtteile mit einer hohen Arbeitslosenquote betroffen sind. Die Gründe, warum Kinder und Jugendliche das Elternhaus verlassen, sind mannigfaltig und können hier nicht im Detail differenziert dargestellt werden. Häufig spielen Gewalterfahrungen, Vernachlässigung oder Gleichgültigkeit in der Familie oder auch in Heimen, diverse Belastungen und Konflikte

in Schule und Beruf, die u.a. zu Spannungen hinsichtlich der sozialen Kontakte zu der Kernfamilie, Gleichaltrigen und z.B. Lehrpersonal führen, eine wichtige Rolle. Nach Expertenmeinung gibt es in den neuen Bundesländern besondere Bedingungen, die für die Flucht der Kinder aus ihren Familien verantwortlich sind. So seien viele Eltern mit den Folgen der Wende und der daraus resultierenden umfangreicheren Verantwortung für die Betreuung und Zukunftsgestaltung ihrer Kinder überfordert. Interessant ist des Weiteren, dass die so genannten Straßenkinder in den Innenstädten in der überwiegenden Mehrheit Jugendliche und junge Erwachsene sind, während es sich bei den so genannten Stadtteilstraßenkids eher um Kinder unter 14 Jahren handelt (PERMIEN 1998).

Eine besondere gesundheitliche Gefahr stellt die Prostitution dar. Geschlechtskrankheiten bzw. durch Geschlechtsverkehr übertragbare Krankheiten spielen hierbei eine bedeutende Rolle: Lues, Gonorrhoe, Aids, Hepatitis B/C (FITZNER 1991, GESUNDHEITSAMT KÖLN 1993)

Teilweise, wenn auch selten, konsumieren auch in Deutschland Strassenkids Schnüffelfstoffe als Billigdroge mit folgenden Gefahren:

- akute Gefahr: Bewusstlosigkeit und Atemlähmung mit Todesfolge bei Überdosis,
- Langzeitfolgen: Verätzung der Atemwege,
- neurotoxische Wirkung: spastische Lähmungen, bei längerem Konsum Demenz,
- multiple Organschäden (u.a. da leber- und nierentoxische Wirkung).

Des Weiteren spielen psychosomatische Beschwerdekompexe und Erkrankungen eine wichtige Rolle. Hierbei können die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zur Korrelation Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (COLLATZ, HURRELMANN) ebenfalls herangezogen werden.

Folgende Erkrankungen können gehäuft in diesem Zusammenhang festgestellt werden: psychosomatische Erkrankungen bzw. Beschwerdekompexe, Kopf- und Rückenschmerzen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Zahn- und Infektionskrankheiten sowie Erkrankungen der Atmungsorgane.

Bei sämtlichen Maßnahmen hinsichtlich einer niederschweligen medizinischen Versorgung von Straßenkindern bzw. Stadtteilstraßenkids ist, wie schon erwähnt, der illegale Status zu berücksichtigen. Hier ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gerade mit Vertreter/innen der Sozialarbeit, speziell der Streetworker, von besonderer Wichtigkeit und Notwendigkeit.

Ein Hemmnis dürfte die negativen Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen mit der Erwachsenenwelt generell darstellen. Unter-

suchungen ergaben, dass Kinder und Jugendliche vor der Welt der Erwachsenen flüchten, weil sie jetzt

- Kommunikationsschwierigkeiten mit ihren Eltern haben,
- in zu engen Wohnverhältnissen leben,
- sexuell mißbraucht werden,
- Schwierigkeiten mit ihren Lehrer/innen haben,
- von ihren Eltern keine Zuwendung bekommen,
- gewalttätig behandelt werden,
- Drogen konsumieren.

HEINZ stellt fest, dass das Phänomen der Straßenkinder in der Bundesrepublik mit der Problematik der Straßenkinder etwa in Lateinamerika überhaupt nicht zu vergleichen sei. „Während in den Ländern der so genannten Dritten Welt Kinder auf der Straße leben, weil ihre Eltern sie materiell nicht ernähren können, gehen unsere Kinder auf die Straße, weil ihre Eltern sie emotional verhungern lassen.“