



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Kinder und Jugendliche stellen in Deutschland mittlerweile diejenige Altersgruppe dar, die am häufigsten von Armut bedroht ist. Eine Armutslage in der Kindheit bedeutet einen schlechten Start ins Leben und hat oftmals nachhaltige Auswirkungen auf die soziale und gesundheitliche Entwicklung der Heranwachsenden. Das Themenheft »Armut bei Kindern und Jugendlichen« verdeutlicht dies anhand von Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen sowie verschiedener epidemiologischer Studien und Gesundheitssurveys. Schon vor der Einschulung werden bei Kindern aus sozial schwächeren Familien vermehrt Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen festgestellt. Sie sind außerdem häufiger von Unfallverletzungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. Im Jugendalter lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem psychosozialen Wohlbefinden, dem Vorkommen von Schmerzen sowie dem Gesundheitsverhalten herstellen. Eine benachteiligte Lebenslage geht aber nicht zwangsläufig mit Gesundheitsproblemen einher. Ein stabiles und unterstützendes soziales Umfeld, insbesondere in der Familie, Gleichaltrigengruppe und Schule, fördert die Ausbildung eines positiven Selbstbildes und sozialer Kompetenzen und damit den Umgang mit belastenden Lebensbedingungen. Sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen, die zum Ziel haben, die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit abzuschwächen, müssen hier ansetzen.



Heft 4 Armut bei Kindern und Jugendlichen

© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-125-9
ISSN 1437-5478



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 4

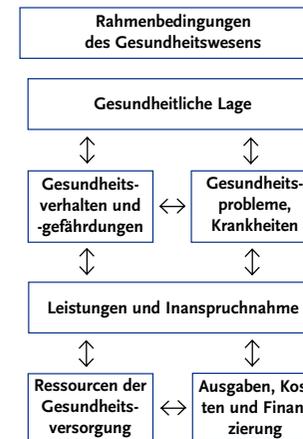
Armut bei Kindern und Jugendlichen

Autoren: Andreas Klocke und Thomas Lampert

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können gebün-

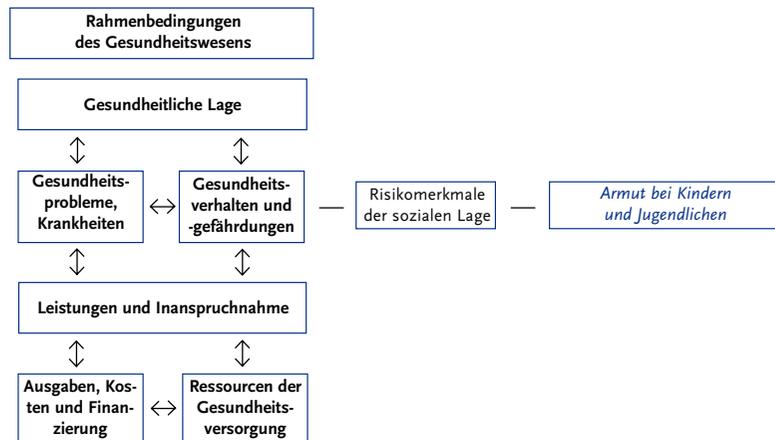
delt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.
www.rki.de

- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte und die Inhalte aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart, 1998) abgerufen werden.
www.gbe-bund.de
- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 26 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Armut bei Kindern und Jugendlichen« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Bislang erschienen:

- Themenhefte der GBE
- Heft 1 »Schutzimpfungen«
 - Heft 2 »Sterbebegleitung«
 - Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
 - Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
 - Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
 - Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
 - Heft 7 »Chronische Schmerzen«
 - Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
 - Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«
 - Heft 10 »Gesundheit im Alter«
 - Heft 11 »Schuppenflechte«
 - Heft 12 »Dekubitus«
 - Heft 13 »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«
 - Heft 14 »Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter«
 - Heft 15 »Hepatitis C«
 - Heft 16 »Übergewicht und Adipositas«
 - Heft 17 »Organtransplantation und Organspende«
 - Heft 18 »Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten«
 - Heft 19 »Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit«
 - Heft 20 »Ungewollte Kinderlosigkeit«
 - Heft 21 »Angststörungen«
 - Heft 22 »Hautkrebs«
 - Heft 23 »Selbsthilfe im Gesundheitsbereich«
 - Heft 24 »Diabetes mellitus«
 - Heft 25 »Brustkrebs«
 - Heft 26 »Körperliche Aktivität«

Schwerpunktberichte der GBE

- ▶ Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- ▶ Pflege

Adressen:

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 018 88.754-34 00
Fax: 018 88.754-35 13
gbe@rki.de
www.rki.de

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Informations- und Dokumentationszentrum
Gesundheitsdaten
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 018 88.644-81 21
Fax: 018 88.644-89 96
gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit

Viele Studien haben in den letzten Jahren auf den engen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hingewiesen. Auch bei Berücksichtigung weiterer Faktoren, wie Lebenswandel oder genetischer Disposition, bleibt ein eigenständiger Einfluss der Lebenslage, des sozioökonomischen Status, der Berufsgruppe oder des Wohnumfeldes auf die Gesundheit der Menschen bestehen. Für Kinder und Jugendliche kann sich der sozioökonomische Status ihrer Herkunftsfamilie in mannigfaltiger Weise auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirken. Die Zusammenhänge von sozialer Herkunft und Entwicklungsverzögerungen, wie sie in einer Vielzahl von sozialpädiatrischen Untersuchungen nachgewiesen wurden, zeichnen das Bild einer Kumulation und Verschränkung von Benachteiligungen bei Kindern aus sozial schwachen Familien. Neben schlechteren Startchancen in Schule und Beruf kommen ein oftmals schlechterer Gesundheitszustand und ungünstige Gesundheitsverhaltensmuster zum Tragen. Gleichzeitig weist die neuere sozialpsychologische Forschung aus, dass die Ergebnisse des Sozialisationsprozesses durch eine Vielzahl von sozioökonomischen Faktoren mitbestimmt werden. Armut muss aber nicht generell zu erhöhter Morbidität führen, da die mit der Armutslage verbundenen Belastungen unterschiedlich verarbeitet werden und etwa das Familienklima, die Gleichaltrigengruppe, die Nachbarschaft und die Schule Schutzfunktionen übernehmen können. Unbestritten ist dennoch: Kinder und Jugendliche in Armut tragen ein erhöhtes Risiko einer ungünstigen Gesundheitsbiografie.

Armutdefinitionen und -konzepte

Ein oftmals kontroverser Punkt in der Diskussion über Armut ist die Frage nach der Bezugsgröße. Offenkundig ist, dass Armut in Deutschland nicht mit der in anderen Regionen der Welt vergleichbar ist. Armut kann absolut und relativ gefasst werden. Absolute Armut bezeichnet das Fehlen der

unumgänglich lebensnotwendigen Grundlagen (Essen, Kleidung, Wohnen etc.) und die daraus resultierende existenzielle Bedrohung. Wenn in Deutschland oder anderen europäischen Ländern von Armut gesprochen wird, dann ist hingegen überwiegend eine relative Armut gemeint, im Sinne einer sozialen Benachteiligung im Verhältnis zum mittleren gesellschaftlichen Lebensstandard. Im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird Armut ausgehend von Amartya Sens Konzept der Verwirklichungschancen definiert [1]. Mit Verwirklichungschancen werden die Möglichkeiten bzw. Fähigkeiten von Menschen beschrieben, ein Leben zu führen, für das sie sich aus guten Gründen entscheiden können und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage stellt. Armut ist dann gleichbedeutend mit einem Mangel an Verwirklichungschancen und damit dem Ausschluss von einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe [2]. Zur Abgrenzung von Armut sind verschiedene Wege vorgeschlagen worden, die am Einkommen, der Versorgung in zentralen Lebensbereichen, dem für notwendig erachteten Lebensstandard oder politisch-normativen Vorgaben ansetzen [3, 4].

Relative Einkommensarmut (Ressourcenansatz)

Die Ressource Einkommen gilt nach wie vor als die zentrale Bestimmungsgröße für die Lebensbedingungen und Teilhabechancen der Menschen, zumal Defizite in anderen Lebensbereichen durch ein ausreichend hohes Einkommen kompensiert werden können. Um relative Einkommensarmut zu bestimmen, wird in aller Regel vom »bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommen« ausgegangen, das das monatliche Haushaltsnettoeinkommen in Beziehung zu der Anzahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder setzt (die so genannten Bedarfs- oder Personengewichte). Die Verwendung von Personengewichten ermöglicht den Vergleich unterschiedlich großer und im Hinblick auf die Altersstruktur unterschiedlich zusammengesetzter Haushalte. Zur Ermittlung der

Personengewichte wird in Deutschland zumeist auf die Äquivalenzskalen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zurückgegriffen. Die »alte« und die »neue« OECD-Skala unterscheiden sich vor allem in der Bemessung des Einkommensbedarfs von Kindern und Jugendlichen [5]. Daneben hängt die Höhe der Armutsbetroffenheit von dem angesetzten Mittelwert (arithmetisches Mittel oder Median) und der Entscheidung für einen Schwellenwert (z. B. 50 % oder 60 % vom Mittelwert) ab. Gemäß einer Vereinbarung zwischen den EU-Mitgliedstaaten wird künftig von einer »Armutsrisikoquote« ausgegangen, die den Anteil der Personen in Haushalten bezeichnet, deren Nettoäquivalenzeinkommen (neue OECD-Skala) weniger als 60 % des Mittelwerts (Median) aller Personen beträgt [2].

Unterversorgungsarmut (Lebenslagenansatz)

Seit einigen Jahren wird argumentiert, dass die einseitige Ausrichtung am Einkommen nicht genügt, um Armut angemessen zu erfassen. Armut sollte mehrdimensional als kumulative Unterversorgung und verminderte soziokulturelle Teilhabe beschrieben werden. Neben dem Einkommen wird damit der Bedeutung von Lebensbereichen wie Arbeit, Ausbildung, Wohnen, Freizeit und kulturelle Teilhabe entsprochen. Bisweilen wird auch die Gesundheit als eigenständige Dimension der Lebenslage betrachtet und Unterversorgung über einen schlechten Gesundheitszustand oder eingeschränkten Zugang zu Leistungen des medizinischen Versorgungssystems bestimmt. Keineswegs geklärt ist allerdings die Frage, welche Lebensbereiche in die Analyse einbezogen werden sollen, wie diese zu gewichten sind und welche Schwellenwerte eine sinnvolle Abgrenzung der Unterversorgungsarmut erlauben. Vor allem diesen methodischen Problemen ist zuzuschreiben, dass der Lebenslagenansatz bislang nur selten empirisch umgesetzt wurde. Eine Ausnahme stellt der Sozialreport 2000 der Arbeiterwohlfahrt (AWO) dar, der auf eine umfassende Beschreibung der Lebenslage und Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern zielt und dazu Angaben zur Einkommenssituation des elterlichen Haushaltes, materiellen Versorgung der Kinder, Versorgung im

kulturellen Bereich, Situation im sozialen Bereich sowie zum körperlichen und psychischen Gesundheitsstatus nutzt [6]. Auch die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung orientiert sich am Lebenslagenansatz und lässt sich als Beleg für das Bemühen um ein breiteres Verständnis von Armut und ihren Folgen anführen [2, 7].

Deprivationsarmut (Lebensstandardansatz)

Ein anderer Weg der Armutsmessung geht von dem als allgemein notwendig erachteten Lebensstandard aus. Fehlt ein Teil der Dinge, die dem gesellschaftlichen Lebensstandard zugerechnet werden, wird von Deprivation gesprochen. Welche Konsumgüter und Ausstattungsmerkmale zum Lebensstandard zählen, wird auf empirischer Basis aus Sicht der Bevölkerung ermittelt. In der Studie »Alltag in Deutschland« wurde den Befragten dazu eine Liste mit Items zum alltäglichen materiellen Bedarf, zur Wohnraumversorgung und Wohnraumqualität, zur Zahlungsfähigkeit, zum Freizeitverhalten, zu Sozialkontakten, zur Ausbildung, zur Gesundheit, zu Arbeitsplatzmerkmalen, zur Arbeitsplatzsicherheit sowie zum Bedarf für die eigenen Kinder vorgegeben. Als arm wurden in der Studie die Personen bezeichnet, die über 20 % der für notwendig angesehenen Ausstattungsmerkmale nicht verfügen, weil sie sich diese nicht leisten können. Der freiwillige Verzicht auf bestimmte Konsumgüter wird als Ausdruck des Lebensstils und nicht als Aspekt von Armut bewertet [8, 9].

Sozialhilfeabhängigkeit (Politisch-normativer Ansatz)

Ein in der Vergangenheit häufig herangezogener Indikator der Armutsentwicklung war der Bezug von Sozialhilfe. In der Regel wurde die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) als Sozialhilfebezug ausgewiesen. Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches II am 1. Januar 2005 und der damit verbundenen Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zum Arbeitslosengeld II hat sich die Empfängerstruktur erheblich verändert, so dass anhand des Sozialhilfebezugs nur noch ein

Tabelle 1

Armutsrisiko nach Altersgruppen 1992–2002

Quelle: Sozio-ökonomisches Panel (SOEP)

| Armutsrisiko | 1992 | | 1994 | | 1996 | | 1998 | | 2000 | | 2002 | |
|---|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|
| | West | Ost | West | Ost | West | Ost | West | Ost | West | Ost | West | Ost |
| Äquivalenzeinkommen (Median, in €) ^a | 938 | 586 | 1.005 | 761 | 1.057 | 851 | 1.073 | 885 | 1.148 | 933 | 1.215 | 1.002 |
| Armutsriskogrenze (in €) ^b | 563 | 352 | 603 | 457 | 634 | 511 | 644 | 531 | 689 | 560 | 729 | 601 |
| Armutsrisikoquoten (in %) | | | | | | | | | | | | |
| 0–6 Jahre | 12,0 | 14,0 | 11,5 | 19,0 | 11,6 | 14,8 | 16,0 | 14,3 | 14,5 | 20,1 | 13,0 | 14,7 |
| 7–14 Jahre | 13,8 | 8,9 | 13,3 | 11,1 | 12,7 | 11,2 | 10,9 | 9,8 | 13,1 | 13,5 | 13,6 | 17,1 |
| 15–17 Jahre | 16,3 | 10,9 | 14,4 | 11,9 | 17,8 | 12,7 | 18,8 | 11,0 | 16,7 | 15,1 | 20,2 | 16,4 |
| 18–64 Jahre | 9,7 | 7,8 | 9,8 | 9,2 | 11,3 | 9,6 | 11,5 | 8,6 | 11,1 | 8,9 | 11,3 | 12,9 |
| 65+ Jahre | 13,4 | 9,7 | 10,0 | 6,7 | 10,6 | 6,9 | 11,4 | 1,4 | 11,0 | 4,6 | 13,6 | 5,2 |
| Gesamt | 11,0 | 8,8 | 10,4 | 9,8 | 11,6 | 9,8 | 12,0 | 9,3 | 11,7 | 9,3 | 12,3 | 12,0 |

^a Berechnet nach den Regelsatzproportionen der neuen OECD-Skala

^b Schwellenwert zur Abgrenzung des Armutsrisikos bei 60% des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens (Median)

Ausschnitt der Armutsentwicklung abgebildet werden kann. Ein Problem der Sozialhilfe als Gradmesser der Armut war von jeher die Dunkelziffer. Schätzungen gingen von mindestens 50 % der Berechtigten aus, die aus unterschiedlichen Gründen von ihrem Rechtsanspruch keinen Gebrauch machten [10, 11].

Verbreitung und Ursachen der Armut im Kindes- und Jugendalter

Verbreitung und Entwicklung des Armutsrisikos in Deutschland lassen sich aus Tabelle 1 ersehen. Zur Abgrenzung des Armutsrisikos wird der auf EU-Ebene vereinbarte Schwellenwert (60 % vom Median des Nettoäquivalenzeinkommens) zugrunde gelegt. Es wird deutlich, dass Kinder und Jugendliche überproportional häufig in Haushalten leben, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind. Im Jahr 2002 waren 13–20 % der unter 18-Jährigen in den alten und 15–17 % in den neuen Bundesländern durch Armut bedroht. Die Vergleichswerte für die 18- bis 64-Jährigen (West: 11,3 %, Ost: 12,9 %) und auch der 65-Jährigen und Älteren (West: 13,6 %, Ost: 5,2 %) lagen deutlich niedriger.¹

Die hohe Armutsbetroffenheit der Kinder und Jugendlichen ist vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels und damit einhergehenden

Veränderungen der Ursachen von Armut zu sehen:

- ▶ Bis Mitte der 80er Jahre lebten überwiegend ältere Menschen und insbesondere Frauen mit unzureichender Rente in Armut. Heute ist die Arbeitslosigkeit, die in den vergangenen 20 Jahren sukzessive zugenommen hat und inzwischen im Jahresmittel fünf Millionen Menschen betrifft, eine der Hauptursachen für ein erhöhtes Armutsrisiko. Gemäß dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung lag die Armutsrisikoquote von Arbeitslosen im Jahr 2003 bei 40,9 % [2]. Kinder arbeitsloser Eltern wachsen in einer benachteiligten Lebenslage auf, wenn die Arbeitslosigkeit dauerhaft mit einer einschneidenden Einkommensminderung verbunden ist.
- ▶ Statistisch gesehen wird heute jede dritte Ehe geschieden. Bei jeder zweiten Scheidung sind

¹ Die höheren Armutsrisikoquoten in Westdeutschland hängen mit der größeren Einkommensspreizung zusammen; in Ostdeutschland sind die Haushaltseinkommen konzentrierter. Ein Blick auf die Nettoäquivalenzeinkommen zeigt aber auch, dass die Einkommen in den neuen Bundesländern immer noch deutlich unter denen in den alten Bundesländern liegen. Bei Vorgabe eines Schwellenwertes für das gesamte Bundesgebiet findet sich damit in Ostdeutschland ein höheres Armutsrisiko als in Westdeutschland.

Kinder betroffen. Gegenwärtig sind 16 % aller Familien in den alten und 22 % in den neuen Bundesländern Einelternfamilien. Da die Kinder in der Regel bei der Mutter aufwachsen, handelt es sich bei den allein Erziehenden zu 84 % um Frauen. Wenn die Mutter langfristig alleine für die Erziehung der Kinder sorgen muss, wirkt sich dies auf ihre Erwerbs- und Einkommenschancen aus. Damit nimmt unweigerlich auch das Armutsrisiko und die Abhängigkeit auf Sozialhilfe zu. So war im Jahr 2003 jeder vierte Haushalt von allein erziehenden Müttern von Sozialhilfe abhängig; unter den allein erziehenden Müttern mit drei und mehr Kindern war es sogar jeder zweite Haushalt [2].

- Kinderreiche Familien stellen eine weitere Bevölkerungsgruppe, die verstärkt von Armut bedroht ist. Die privaten monatlichen Konsumausgaben für jedes Kind betragen mindestens 250 bis 400 € pro Monat [9]. Bei mehreren Kindern ergeben sich schnell monatliche Ausgaben, die auch Familien mit mittlerem Einkommen in die Nähe des Armutsbereichs drängen, da die durchschnittlichen Kinderkosten weit über den Kerngrößen des Familienlastenausgleichs liegen.
- Vor dem Hintergrund der anhaltenden Zuwanderung nach Deutschland stellen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine stärker zu beachtende Gruppe dar. Migrantenfamilien sind häufig den Risiken einer benachteiligten sozialen Lage ausgesetzt, die durch kulturelle Unterschiede und sprachliche Barrieren noch verstärkt werden können. Ausländische Kinder und Jugendliche unterlagen im Jahr 2003 im Vergleich zu den Gleichaltrigen mit deutscher Nationalität einem mehr als doppelt so hohem Sozialhilferisiko (13,9 % gegenüber 5,9 %) [2].

Die Entwicklung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist aber nicht allein an der zunehmenden Armut zu bemessen. Neben einer wachsenden Minderheit, die in Armutsverhältnissen aufwächst, lebt auf der anderen Seite des sozialen Spektrums eine ebenfalls wachsende Zahl der Kinder und Jugendlichen in sehr wohlhabenden Familien. Gerade im Jugendalter spielen soziale Vergleiche eine wichtige Rol-

le für die soziale Integration und Teilhabe in der Gleichaltrigengruppe. Deshalb ist es häufig die Auseinanderentwicklung der Lebensbedingungen, die deutliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen hat.

Gesundheitliche Auswirkungen der Armut im Kindes- und Jugendalter

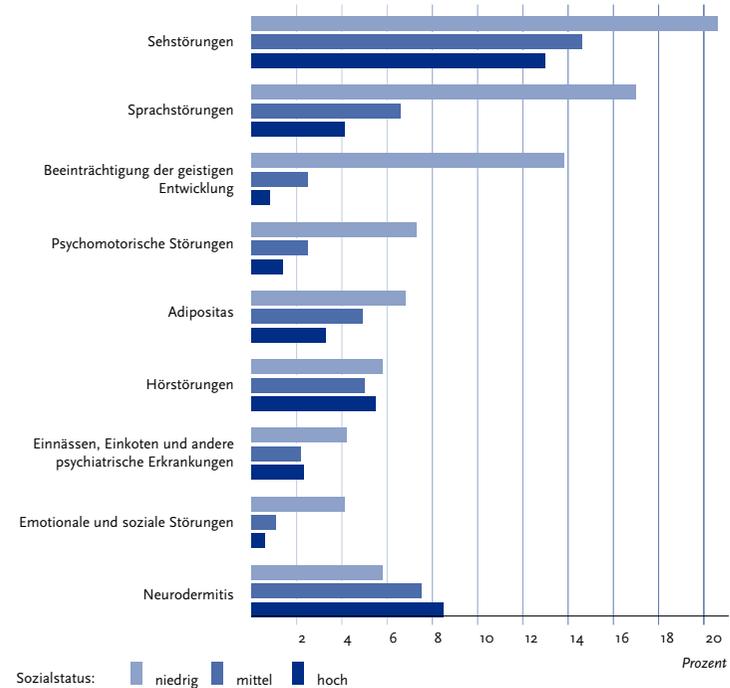
Dass Armut erhebliche Konsequenzen für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Heranwachsenden hat, wird mittlerweile durch eine Vielzahl empirischer Studien belegt [13, 14]. Im Hinblick auf das Kindesalter wurden bislang vor allem Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen, zum Teil auch Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme untersucht. Bei Jugendlichen gilt das Interesse darüber hinaus der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und deren Auswirkungen auf die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. In einigen Bereichen werden Untersuchungen bislang durch Datendefizite erschwert. Dies gilt z. B. für gesundheitsbezogene Einstellungen, Gesundheitswissen, Bewältigungsressourcen und die psychische Gesundheit der Heranwachsenden.

Ein weiteres Problem stellt die unterschiedliche Erfassung von Armut dar, weil dadurch Vergleiche zwischen den Studien erschwert werden. Häufig wird nicht Armut, sondern soziale Benachteiligung, im Sinne z. B. eines niedrigen Bildungsniveaus oder Berufsstatus der Eltern, betrachtet. Auch die bisweilen verwendeten Sozialindizes bilden eher soziale Ungleichheit ab und lassen nur bedingt Rückschlüsse auf eine Armutslage zu. Im Folgenden werden die jeweils zugrunde gelegten Armuts- und Sozialindikatoren benannt, um die Bewertung und Einordnung der Ergebnisse zu unterstützen.

Entwicklungsverzögerungen und Früherkennungsuntersuchungen

Aussagen über Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen von Kindern sind auf der Basis der vom Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführten Einschulungsuntersuchungen

Abbildung 1
Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen bei Einschulern nach Sozialstatus
Angaben in Prozent
Quelle: Landesgesundheitsamt, Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2001 [15]



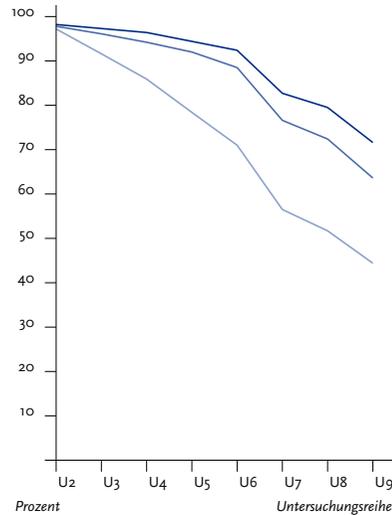
möglich. Die Untersuchungen zielen auf die Feststellung von medizinisch relevanten Auffälligkeiten und informieren die Eltern über Behandlungsmöglichkeiten. In einigen Bundesländern werden von den Eltern Angaben zu deren Erwerbsstatus und Schulbildung erhoben und auf dieser Basis der Sozialstatus ermittelt, so dass die Entwicklung der Kinder vor dem Hintergrund ihrer sozialen Herkunft betrachtet werden kann. Für Brandenburg wird z. B. berichtet, dass bei sozial benachteiligten Kindern vermehrt Seh- und Sprachstörungen, körperliche und intellektuelle Entwicklungsrückstände, Adipositas sowie kin-

derpsychiatrische Störungen vorkommen. Eine Ausnahme stellt lediglich die Neurodermitis dar, die wie auch einige andere atopische Erkrankungen in den sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen häufiger auftritt (Abbildung 1).²

² Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen lassen nur Aussagen auf lokaler oder Länderebene zu. Auch die Ergebnisse der Brandenburger Einschulungsuntersuchungen können keine bundesweite Geltung beanspruchen. Ergebnisse von Einschulungsuntersuchungen anderer Bundesländer und Kommunen zeigen aber, dass sich der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand dort ganz ähnlich darstellt wie in Brandenburg [16, 17].

Die vorliegenden Forschungsbefunde belegen darüber hinaus einen Einfluss des Sozialstatus auf die Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder. Die Früherkennungsuntersuchungen (U1–U9) gehören zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen; sie können also ohne Zuzahlungen in Anspruch genommen werden. Viele Krankenkassen erinnern ihre Mitglieder zudem mit Rundschreiben an die Untersuchungstermine. Trotzdem zeigt sich ein klarer sozialer Gradient in der Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms. Abbildung 2 verdeutlicht anhand von Daten der Berliner Einschulungsuntersuchungen, dass die Teilnahme an den U-Untersuchungen mit höherem

Abbildung 2
Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder^a nach Sozialstatus
Angaben in Prozent
Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berliner Einschulungsuntersuchung 1999 [18]



^a Vollständige Untersuchungsreihen bis zur jeweils betrachteten Untersuchung. Da die U1 in der Regel unmittelbar nach der Geburt durchgeführt wird, liegt die Teilnahme bei annähernd 100 %

Sozialstatus: ■ niedrig ■ mittel ■ hoch

Sozialstatus ansteigt, wobei die Unterschiede zwischen den Statusgruppen im Verlauf der Untersuchungsreihe, die sich bis in das 6. Lebensjahr erstreckt, noch zunehmen. Die Erfassung des Sozialstatus basiert dabei wiederum auf Angaben zum Erwerbsstatus und zur Schulbildung der Eltern.

Umweltbelastungen und Unfallgefahren

Für ein gesundes Aufwachsen sind die Umweltbedingungen, denen Kinder alltäglich ausgesetzt sind, von großer Bedeutung. Dazu lassen sich auch Unfallgefahren, z. B. im Wohnumfeld und Straßenverkehr, zählen. Seit einigen Jahren wird vermehrt auf die sozial ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen aufmerksam gemacht, die z. B. aus dem stärkeren Verkehrsaufkommen, der höheren Lärm- und Luftbelastung sowie den in geringerem Umfang vorhandenen Grünflächen und Spielmöglichkeiten in den sozial schwächeren Wohngebieten resultiert. Bislang ist die Datenlage zu Fragen der »Umweltgerechtigkeit« noch unzureichend. Einen Anhaltspunkt für die Diskussion und weiterführende Forschung liefert die Kinderkohortenstudie »Einfluss von Lebensbedingungen und Verhaltensweisen auf die Entwicklung von Immunsystem und Allergien im Ost-West-Vergleich (LISA)«, an der 3.097 zwischen November 1997 und Januar 1999 geborene Kinder aus vier deutschen Städten (München, Leipzig, Wesel und Bad Honnef) teilnehmen [19].

Erste Ergebnisse der LISA-Studie weisen auf einen Einfluss des Sozialstatus – gemessen über die Bildung der Eltern – auf die Exposition gegenüber verkehrsunabhängigen Umweltbelastungen hin. Statusniedrige Familien leben häufiger an viel befahrenen Hauptstraßen und sind stärkerem Verkehrslärm ausgesetzt. Soziale Unterschiede finden sich außerdem bei Luftschadstoffen in der Innenraumluft, u. a. als Folge des Heizens mit Holz oder Kohle sowie des höheren Tabakkonsums in den Haushalten mit niedrigem Sozialstatus. Besonders stark sind die Unterschiede in den Großstädten München und Leipzig ausgeprägt. Zumindest beim Tabakkonsum findet sich aber auch in den kleineren Studienregionen Wesel und Bad Honnef ein starkes soziales Gefälle [19].

Tabelle 2
Kariesbefall^a bei 12-jährigen Jungen und Mädchen nach besuchter Schulform
Angaben in Prozent
Quelle: Deutsche Mundgesundheitsstudie 1997 (n=1.032)[23]

| Kariesbefall | Sonderschule | Hauptschule | Realschule | Gesamtschule | Gymnasium |
|--------------|--------------|-------------|------------|--------------|-----------|
| DMFT = 0 | 28,0 | 35,9 | 36,0 | 39,3 | 54,2 |
| DMFT 1–2 | 24,0 | 31,2 | 31,4 | 23,2 | 25,6 |
| DMFT > 2 | 48,0 | 32,9 | 32,6 | 37,5 | 20,2 |

^a DMFT-Index = Anzahl der kariös zerstörten (Decayed), wegen Kariesbefall entfernten (Missing) oder gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen stellen im Kindes- und Jugendalter den häufigsten Grund für eine Krankenhauseinweisung und die mit Abstand bedeutendste Todesursache dar [20]. Die größte Rolle spielen dabei Unfälle in der Schule, zu Hause, in der Freizeit und im Verkehr. Zusammenhänge zur sozialen Lage der Heranwachsenden wurden bislang nur vereinzelt untersucht. Anhand von Routinedaten der AOK-Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996 konnte gezeigt werden, dass Kinder von un- und angelernten Arbeitern häufiger wegen einer Unfallverletzung im Krankenhaus behandelt werden als Kinder von Eltern mit einem höheren Berufsstatus. Diese Unterschiede zeigen sich vor allem bei Kindern bis 10 Jahren, während sie bei den 11- bis 16-jährigen nur noch sehr schwach zutage treten [21].³

Dass Kinder aus sozial schwächeren Verhältnissen einem erhöhten Unfallrisiko unterliegen, wird auch durch die Brandenburger Einschulungsuntersuchungen bestätigt: Von den im Jahr 2000 untersuchten Einschülern hatten insgesamt 15,4 % in den ersten Lebensjahren eine Unfallverletzung erlitten. Soziale Unterschiede zeigten sich vor allem bei Verkehrsunfällen und Verbrennungen, jeweils mit einem etwa doppelt so hohem Vorkommen bei Kindern von Eltern mit niedrigem Sozialstatus [22].

Mund- und Zahngesundheit

Aussagekräftige Daten zur Mund- und Zahngesundheit von Kindern werden durch die Mundgesundheitsstudien des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) bereitgestellt. Die letzte Erhebung wurde im Jahr 1997 durchgeführt und

erlaubt unter anderem Aussagen über die Karies- und Parodontitisprävalenz bei 12-jährigen Jungen und Mädchen nach der von ihnen besuchten Schulform. Die höchste Kariesprävalenz findet sich demnach bei Jugendlichen, die eine Sonderschule besuchen. Zwischen Haupt-, Real- und Gesamtschülern zeigen sich nur geringe Unterschiede. Gymnasiasten und Gymnasiastinnen sind die mit Abstand am wenigsten von Karies betroffene Gruppe (Tabelle 2). In Bezug auf die Parodontitisprävalenz konnte in der Deutschen Mundgesundheitsstudie festgestellt werden, dass bei Kindern schwere Formen wie Gingivitis (Zahnfleischentzündungen) und anderen Parodontalerkrankungen mit einem niedrigen Bildungsniveau assoziiert sind [23].

Subjektive Gesundheit und Beschwerden

Armut vermindert die Möglichkeiten zur Teilnahme an den Alltagsroutinen der Gleichaltrigen und erschwert den Prozess der personalen und sozialen Identitätsbildung. Viele Jugendliche nehmen den Ausschluss aus der Gleichaltrigengruppe als belastend wahr, mit entsprechenden Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden. In Tabelle 3 sind aktuelle Ergebnisse der von der WHO koordinierten Studie »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)« zusammengefasst, soweit sich diese auf selbstberichtete gesundheit-

³ Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass nur ein Teil der Unfälle erfasst wurde und die AOK wie auch die meisten anderen Krankenkassen eine selektive Mitgliederstruktur aufweist, die die berufliche Statushierarchie nicht umfassend abbildet.

Tabelle 3
Gesundheitsprobleme von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Armutsbetroffenheit
Angaben in Prozent (gerundet)

Quelle: HBSC-Studie 2002; Daten für Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin (N=5.650)

| Gesundheitsprobleme | Jungen | | | Mädchen | | |
|---|-------------|--------|-------------------------|-------------|--------|-------------------------|
| | Armutgruppe | Übrige | Odds Ratio ^a | Armutgruppe | Übrige | Odds Ratio ^a |
| Gesundheitszustand einigermaßen/schlecht | 15 | 11 | 1,5* | 20 | 17 | n.s. |
| Selbstbewusstsein selten/nie | 23 | 20 | n.s. | 33 | 29 | n.s. |
| Einsamkeit sehr/ziemlich oft | 13 | 8 | 1,6* | 17 | 13 | n.s. |
| Fühle mich allgemein schlecht öfters in der Woche | 7 | 3 | 2,4* | 10 | 6 | 1,7* |
| Schlafstörungen öfters in der Woche | 17 | 13 | 1,4* | 21 | 16 | 1,4* |
| Kopfschmerzen öfters in der Woche | 11 | 7 | 1,5* | 19 | 16 | 1,3* |
| Magenschmerzen öfters die Woche | 7 | 3 | 2,2* | 15 | 10 | 1,6* |

^a Die Odds Ratios geben an, um welchen Faktor das Risiko in der Armutsgruppe gegenüber der nicht-armen Vergleichsgruppe erhöht ist, dass die Jugendlichen die betrachteten gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen
* Zusammenhänge sind signifikant (p < 0,05)
n.s. Zusammenhänge sind nicht signifikant

liche Konsequenzen einer Armutslage im Jugendalter beziehen.⁴

In Armut aufwachsende Jugendliche weisen demnach verstärkt gesundheitliche Beeinträchtigungen und Beschwerden auf. Besonders deutlich wird dies im Hinblick auf das allgemeine Wohlbefinden und beim Auftreten von Schlafstörungen, Kopf- und Magenschmerzen. Bei Jungen treten außerdem Unterschiede in der Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes und im Empfinden von Einsamkeit zutage. An den Odds Ratios (OR) lässt sich ersehen, um welchen Faktor die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Beschwerden in der Armutsgruppe erhöht ist. Die größten Unterschiede zeigen sich beim allgemeinem Wohlbefinden: In der Armutsgruppe geben Jungen 2,4-mal und Mädchen 1,7-mal häufiger an, sich öfter in der Woche schlecht zu fühlen, im Vergleich zu den Gleichaltrigen aus ökonomisch besser gestellten Familien.

Diese Ergebnisse lassen erkennen, welche Konsequenzen eine Armutslage für die kindliche und jugendliche Sozialisation und die Sozialbeziehungen der Heranwachsenden haben kann. Vieles spricht dafür, dass bei Erwachsenen be-

kannte Reaktionsmuster auf Armut, wie z. B. der Rückzug aus sozialen Kontakten und eine zunehmende Einsamkeit, auch schon im Kindes- und Jugendalter von Bedeutung sind. Kinder und Jugendliche verfügen nicht nur über ein ausgeprägtes Gespür für soziale Ungleichheiten, sie erwarten darüber hinaus eine negative Reaktion der Umwelt auf die familiäre Armut und reagieren deshalb oftmals mit Rückzug aus sozialen Bezügen.

⁴ Armut wird in Anlehnung an die »Family Affluence Scale« [21] erfasst, die auf Fragen zu Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten, zum Vorhandensein eines eigenen Zimmers sowie zur Anzahl der Autos, der Bücher und der Computer in der Familie basiert. Aus den Antworten der Jugendlichen wird ein Summenscore errechnet, um anschließend fünf Wohlstandsgruppen zu unterscheiden, die jeweils 20% der Stichprobe umfassen (Quintile). Das unterste Quintil wird als Armutsgruppe verstanden und im Folgenden den übrigen Gruppen gegenübergestellt.

Tabelle 4
Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Armutsbetroffenheit
Angaben in Prozent (gerundet)

Quelle: HBSC-Studie 2002; Daten für Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin (N=5.650)

| Gesundheitsverhaltensmuster | Jungen | | | Mädchen | | |
|---|-------------|--------|-------------------------|-------------|--------|-------------------------|
| | Armutgruppe | Übrige | Odds Ratio ^a | Armutgruppe | Übrige | Odds Ratio ^a |
| Zigaretten rauchen täglich | 14 | 11 | n.s. | 13 | 12 | n.s. |
| Alkohol trinken täglich | 3 | 3 | n.s. | 2 | 1 | n.s. |
| Zähneputzen selten/nie | 4 | 2 | 2,4* | 1 | 0 | 4,8* |
| Sport kein mal in der letzten Woche | 4 | 3 | 1,5* | 6 | 3 | 2,0* |
| TV-Video Konsum mehr als 4 Std. an Schultagen | 32 | 21 | 1,8* | 28 | 15 | 2,2* |
| Obst, Früchte selten/nie | 15 | 10 | 1,6* | 11 | 6 | 1,7* |
| Gemüse, Salat selten/nie | 18 | 14 | 1,3* | 13 | 8 | 1,7* |
| Cola, Süßgetränke täglich | 42 | 33 | 1,5* | 35 | 23 | 1,8* |
| Frühstück an Schultagen nie | 22 | 13 | 1,8* | 22 | 18 | 1,3* |

^a Die Odds Ratios geben an, um welchen Faktor das Risiko in der Armutsgruppe gegenüber der nicht-armen Vergleichsgruppe erhöht ist, dass die Jugendlichen die betrachteten gesundheitsrisikanten Verhaltensmuster zeigen
* Zusammenhänge sind signifikant (p < 0,05)
n.s. Zusammenhänge sind nicht signifikant

Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten

Im Kindes- und Jugendalter prägen sich Gesundheitsverhaltensmuster aus, die oftmals im weiteren Lebensverlauf beibehalten werden. Die Analyse der für die Herausbildung und Verfestigung der Verhaltensmuster ausschlaggebenden Einflussfaktoren ist damit eine wesentliche Voraussetzung für Bemühungen um die Förderung einer gesunden und aktiven Lebensweise in der heranwachsenden Generation. Mit Blick auf Armut kann von einem umfassenden Einfluss ausgegangen werden, auch weil viele Verhaltensroutinen als Reaktion auf die benachteiligte Lebenslage zu verstehen sind. Die aktuellen Daten der HBSC-Studie machen deutlich, dass in Armut aufwachsende Jugendliche sich gesundheitsriskanter verhalten: Sie vernachlässigen häufiger die Zahnpflege, üben vermehrt keinen Sport aus, sitzen länger vor dem Fernseher, ihre Ernährung umfasst seltener frisches Obst, Gemüse und Salat und sie gehen an

Schultagen öfter ohne Frühstück aus dem Haus. Lediglich beim Tabak- und Alkoholkonsum zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Jugendlichen der Armutsgruppe und denen der besser gestellten Vergleichsgruppe (Tabelle 4).

Eine soziale Benachteiligung geht aber nicht zwangsläufig mit einem gesundheitsriskanten Verhalten der Jugendlichen einher. Die aufgezeigten sozialen Unterschiede sollten nicht den Blick darauf verstellen, dass sich auch in der sozial schlechter gestellten Gruppe der größte Teil der Jugendlichen weitgehend gesund verhält [25].

Soziales Kapital als Gesundheitsressource

Wie Kinder und Jugendliche eine Armutslage verarbeiten und welche gesundheitlichen Auswirkungen diese hat, hängt unter anderem von dem Rückhalt und der Unterstützung ab, die den Heranwachsenden in ihrem sozialen Umfeld zuteil

Tabelle 5
Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit schlechtem allgemeinem Gesundheitszustand und geringer sportlicher Aktivität nach familiärem Wohlstand und sozialem Kapital
 Angaben in Prozent (gerundet)
 Quelle: HBSC-Studie 2002; Daten für Hessen (N=3.234)

| Familiärer Wohlstand ^c | Gesundheitszustand einigermaßen/schlecht | | | Sport in den letzten 7 Tagen zweimal oder weniger | | |
|-----------------------------------|--|------|-------------------------|---|------|-------------------------|
| | Soziales Kapital ^a | | | Soziales Kapital ^a | | |
| | wenig | viel | Odds Ratio ^b | wenig | viel | Odds Ratio ^b |
| Jungen | | | | | | |
| 1. Quintil (geringer Wohlstand) | 16 | 8 | n.s. | 32 | 11 | 2,7* |
| 2. Quintil | 13 | -5 | 3,2* | 29 | 20 | 1,7* |
| 3. Quintil | 16 | 5 | 3,4* | 25 | 17 | 1,7* |
| 4. Quintil | 19 | 9 | 2,5* | 34 | 14 | 2,5* |
| 5. Quintil (hoher Wohlstand) | 18 | 7 | 3,4* | 30 | 15 | 2,9* |
| Insgesamt | 17 | 7 | 2,8* | 29 | 16 | 2,1* |
| Mädchen | | | | | | |
| 1. Quintil (geringer Wohlstand) | 30 | 10 | 3,4* | 38 | 20 | 2,5* |
| 2. Quintil | 17 | 15 | n.s. | 46 | 29 | 1,5* |
| 3. Quintil | 19 | 9 | 2,3* | 44 | 18 | 3,4* |
| 4. Quintil | 22 | 10 | 2,3* | 33 | 14 | 2,8* |
| 5. Quintil (hoher Wohlstand) | 19 | 11 | n.s. | 27 | 19 | n.s. |
| Insgesamt | 22 | 11 | 2,3* | 39 | 20 | 2,3* |

^a Das soziale Kapital wurde anhand des Medians in zwei Kategorien (eher wenig vs. eher viel Sozialkapital) eingeteilt
^b Die Odds Ratios geben an, um welchen Faktor das Risiko bei Jugendlichen mit eher wenig im Vergleich zu denen mit eher viel sozialem Kapital erhöht ist, den allgemeinen Gesundheitszustand als einigermaßen oder schlecht zu beurteilen bzw. selten Sport zu treiben
^c Family Affluence Scale: Quintile eines Punktsummenscores, der auf Basis von Angaben zu Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten, Vorhandensein eines eigenen Zimmers, Anzahl der Autos, der Bücher und der PCs im Haushalt errechnet wird [24]
 * Zusammenhänge sind signifikant (p < 0,05)
 n.s. Zusammenhänge sind nicht signifikant

wird. Eine gute Einbindung in soziale Netzwerke und die in diesen gewährte emotionale und instrumentelle Unterstützung hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit und erleichtert den Umgang und die Bewältigung von belastenden Lebenssituationen. Seit einigen Jahren wird die gesundheitsfördernde und protektive Wirkung der sozialen Unterstützung unter dem Begriff »soziales Kapital« diskutiert. Gemeint sind damit in erster Linie die auf Vertrauen basierenden Netzwerke, auf die zurückgegriffen werden kann, wenn Hilfe oder Unterstützung benötigt werden. Das soziale Kapital von Kindern und Jugendlichen lässt sich in vier zentralen Lebensbereichen verorten: Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern), Freundschaftsbeziehungen, Nachbarschaft und Einbindung in

Institutionen (Schule, Vereine). Um die Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals zu beschreiben, kann mit den HBSC-Daten anhand des Medians ein aggregierter Index gebildet und zwischen den Jugendlichen mit eher wenig und eher viel vertrauensbasierten Sozialbeziehungen unterschieden werden [26].

In Tabelle 5 ist erkennbar, welchen Einfluss soziales Kapital auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die sportliche Aktivität in Abhängigkeit vom familiären Wohlstand hat. In allen Gruppen – auch in der Armutgruppe – ist der Anteil der Jugendlichen mit einer eher schlechten Gesundheitseinschätzung und geringer Sportausübung bei hohem sozialen Kapital deutlich verringert. Jungen verfügen über eine etwas bessere Ausstattung mit sozialem Kapital und beur-

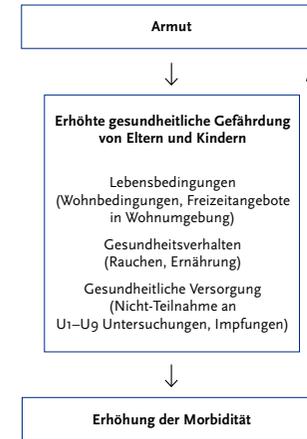
teilen ihre gesundheitliche Situation insgesamt gesehen besser als die gleichaltrigen Mädchen, die Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals und der protektive Effekt bei einer vorhandenen Armutslage ist aber auch bei den Mädchen zu beobachten.

Ausblick und Handlungsmöglichkeiten

Da in Deutschland bislang keine bundesweit repräsentativen Langzeitstudien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurden, sind die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen von Armut nicht eindeutig zu bestimmen. Vieles spricht aber dafür, dass sich früh aufgetretene gesundheitliche Probleme und gesundheitsriskante Verhaltensmuster verfestigen und das Krankheits- und vorzeitige Sterberisiko im Erwachsenenalter erhöhen. Gerade das Zusammenspiel von schon vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen einerseits und der Gesundheit abträglichen Verhaltensgewohnheiten andererseits steht oftmals am Anfang einer ungünstigen Gesundheitsbiografie. Dies soll durch das Modell in Abbildung 3 zum Ausdruck gebracht werden, das neben dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen auch deren Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen als vermittelnde Mechanismen zwischen der familialen Armut und einer eingeschränkten Gesundheit der Heranwachsenden betrachtet. Von Bedeutung ist daneben die gesundheitliche Versorgung, die maßgeblich von der sozialen Kompetenz der Eltern abhängt, z. B. wenn es um die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen geht.

Können kurzfristige Armutsepisoden von den Familien oftmals noch gut verarbeitet werden, so wirkt sich eine länger anhaltende Armutsbetroffenheit nachhaltig auf andere Lebensbereiche wie die Wohnsituation, die Bildungschancen oder die Freizeitmöglichkeiten aus und hat dann häufig auch Folgen für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Vor allem bei Kindern aus Familien mit spezifischen Problemlagen, z. B. aufgrund der Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten oder einer Suchtproblematik der Eltern, ist eine ungünstige Gesundheitsbiografie angelegt. Explizit hingewiesen wird

Abbildung 3
Mögliche Einflussbeziehungen zwischen Armut und Krankheit im Kindes- und Jugendalter
 Quelle: Mielck 2001 [13]



in dem Modell zudem auf die Möglichkeit von Rückwirkungen einer erhöhten Morbidität auf die Verfestigung von Armutslagen. Davon ist beispielsweise auszugehen, wenn die Versorgung von Kindern mit einer schwerwiegenden Krankheit oder Behinderung einen Großteil des Haushaltseinkommens in Anspruch nimmt oder aber die Eltern von der Realisierung ihrer Erwerbs- und Einkommenschancen abhält.

Inwieweit sich Armut auf die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter auswirkt, hängt maßgeblich von den sozialökologischen Rahmenbedingungen und den Ressourcen der Heranwachsenden ab. Wie die bisherigen Forschungsbefunde zur Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals verdeutlichen, fördert ein günstiges Klima in der Familie, Schule und Nachbarschaft die Ausbildung eines positiven Selbstbildes und sozialer Kompetenzen und damit den Umgang mit gesundheitsbelastenden Lebensbedingungen und Erfahrungen. Sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen, die zum Ziel haben, Armut zu verhindern bzw. in ihren Konsequenzen abzuschwächen, müssen hier ansetzen.

In der Familienpolitik wird zunehmend über Modelle der Vereinbarkeit von Beruf und Familie diskutiert, die es z. B. allein Erziehenden überhaupt erst ermöglichen, eine Berufstätigkeit aufzunehmen. Nicht nur eine materielle Besserstellung einzelner besonders deprivierter Familien ist hier angezeigt, sondern eine politische Schwerpunktsetzung in Richtung einer familien- und kinderfreundlichen Gesellschaft, die zugleich als eine Politik für eine soziale, seelische und körperliche Gesundheit der Kinder gelesen werden kann. In diesem Zusammenhang ist auf den Anfang 2005 im Bundeskabinett verabschiedeten Nationalen Aktionsplan »Für ein kindgerechtes Deutschland 2005–2010« zu verweisen, der eben diese Zielsetzung verfolgt [27].

Gefordert ist darüber hinaus die Bildungspolitik, da eine gute schulische und berufliche Ausbildung auch im Hinblick auf die Gesundheitsbiografie als wichtige Weichenstellung angesehen werden kann. Zunehmend mehr Schulen engagieren sich für Programme der Gesundheitsförderung, die häufig von den Bundesministerien oder nachgeordneten Behörden wie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und koordiniert werden. Die Schulökologie kann als Schutz- und Unterstützungsfaktor für problembelastete Schülerinnen und Schüler wirken und zumindest bis zu einem gewissen Punkt in der Familie erforderte Defizite kompensieren. Dazu erforderlich sind sowohl Programme zur Steigerung von Sozial- und Gesundheitskompetenzen der Schülerinnen und Schüler als auch eine flächendeckende Versorgung mit psychologischen und medizinischen Betreuungsangeboten. Neben einer entsprechenden Umgestaltung des Unterrichts und der Erweiterung in Richtung Ganztagschule könnten in diesem Rahmen beispielsweise auch Einrichtungen der Schulspeisung wieder aufgenommen werden, die für alle Kinder und Jugendlichen eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung sicherstellen. Die Gesundheitsförderung sollte aber nicht erst in der Schule ansetzen. Da sich gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltenskompetenzen bereits sehr früh entwickeln, sind daneben Programme erforderlich, die in der Kindertagesstätte umgesetzt werden können.

Einen wichtigen Ausgangs- und Orientierungspunkt für die Gesundheitsförderung von Kin-

dern und Jugendlichen geben die für Deutschland formulierten Gesundheitsziele vor [28]. Bislang sind Zielvorstellungen zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung formuliert worden, wobei ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen diesen drei Aspekten eines gesunden Aufwachsens vorausgesetzt wird. Die Empfehlungen zur Umsetzung der Gesundheitsziele beziehen sich neben der Familie, Schule und Kindertagesstätte auch auf die Freizeit und Gleichaltrigengruppe als weitere »Settings« für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Durch den settingbezogenen Ansatz wird unterstrichen, dass es auf die gesundheitsförderliche Aneignung und Gestaltung kindlicher Lebenswelten sowie auf die Entwicklung individueller Lebensperspektiven und die Stärkung der Eigenverantwortung der Heranwachsenden ankommt. In der Konsequenz wird die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Settings, insbesondere mit Blick auf eine gleichberechtigte Teilhabe der Kinder und Jugendlichen aus sozial schwächeren Familien, als gesondertes Ziel gesehen [29, 30].

Auf Grundlage der vorgegebenen Gesundheitsziele ist im Sommer 2002 mit dem Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung eine Plattform geschaffen worden, um die Akteure im Gesundheitswesen zu vernetzen und die bisherigen Maßnahmen und Aktivitäten zu koordinieren [31]. Zu den bereits in die Wege geleiteten gesetzlichen Maßnahmen gehört die Neugestaltung des § 20 SGB V. Dort ist festgeschrieben, dass Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Ein weiterer wichtiger gesundheitspolitischer Akteur ist der Öffentliche Gesundheitsdienst. Im Zusammenhang mit der praktischen Armutsbekämpfung fällt diesem insbesondere die Aufgabe zu, die beteiligten Institutionen und Träger im Sinne einer gemeinwesenorientierten Sozialpädiatrie zusammenzuführen. Auf der Ebene der stadtteilbezogenen Sozial- und Gesundheitspolitik gibt es zunehmend Initiativen, die eine Vernetzung bestehender Angebote der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung, also z. B. zwischen Ämtern, Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereinen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, Nachbarschaftshilfen, Bürgerbüros und Unternehmen, anstreben.

Eine wesentliche Voraussetzung der politischen Bekämpfung von Armut und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit sind regelmäßig verfügbare und verlässliche Daten, die auf Handlungsprobleme hinweisen und zugleich die Wirkungskontrolle der eingeleiteten Maßnahmen und Programme ermöglichen. Aussagekräftige Daten zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage bei Kindern werden z. B. durch die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die in unregelmäßigen Abständen durchgeführte Mundgesundheitsstudie bereitgestellt. Andere Datenquellen erlauben zwar Aussagen über die gesundheitliche Situation von Kindern (Todesursachenstatistik, Schwerbehindertenstatistik, Kinderkrebsregister, Fehlbildungsregister, Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz), enthalten aber keine Informationen über deren soziale Herkunft. Die HBSC-Studie stellt eine wichtige Datengrundlage bereit, um Aussagen über die Auswirkungen einer Armutslage auf den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten von Jugendlichen zu treffen. Ein großer Vorteil dieser Studie ist, dass sie internationale Vergleiche ermöglicht und in regelmäßigen Abständen wiederholt wird, so dass Veränderungen über die Zeit nachgezeichnet werden können. Weitere Einblicke in das Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden gewähren die Drogenaffinitätsstudie der BZgA und die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), die in Deutschland vom Institut für Therapieforschung durchgeführt wird. Insgesamt muss die Datenlage aber als un-

zureichend bewertet werden, da zu vielen Bereichen der Kinder- und Jugendgesundheit keine oder zumindest keine repräsentativen Informationen vorhanden sind. Dies gilt z. B. für chronische Krankheiten und Behinderungen, psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, Medikamentenkonsument und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Weiterhin muss ein Mangel an Längsschnittstudien zur Jugendgesundheit unter den Lebensbedingungen von Armut festgehalten werden. Zu einer deutlichen Verbesserung der Datenlage wird der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts beitragen, an dem bis Mai 2006 insgesamt 18.000 Jungen und Mädchen im Alter von 0–18 Jahre teilnehmen werden [32, 33]. Der Survey beinhaltet neben einer allgemeinen gesundheitsbezogenen Befragung insbesondere ein ärztliches Interview, eine körperliche Untersuchung sowie Laboranalysen von Blut- und Urinproben. Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage lassen sich herstellen, weil in dem Survey umfassende Informationen zur Einkommenssituation des Haushaltes, zur Familienkonstellation, zu den Wohnverhältnissen, zur Situation in der Kindertagesstätte oder Schule sowie zur Freizeitgestaltung der Kinder und Jugendlichen erhoben werden [34]. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wird damit künftig eine der wichtigsten Grundlagen für die Planung und Umsetzung von politischen Interventionen zur Bekämpfung von Armut und deren Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sein [35].

Literaturverzeichnis

1. Sen A (1999) *Development as Freedom*. University Press, Oxford
2. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005) *Lebenslagen in Deutschland. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMGS, Berlin
3. Klocke A (2000) *Methoden der Armutsmessung. Einkommens-, Unterversorgungs-, Deprivations- und Sozialhilfekonzepkt*. Zeitschrift für Soziologie 29 (4): 313–329
4. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) (1999) *Konzept- und Umsetzungsstudie zur Vorbereitung des Armuts- und Reichtumsberichtes der Bundesregierung*. Sozialforschung Forschungsbericht Br. 278. BMAS, Bonn
5. Volkert J, Klee G, Kleimann R et al. (2003) *Operationalisierung der Armuts- und Reichtums-messung. Schriftenreihe Lebenslagen in Deutschland – Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Deutschland*. BMGS, Berlin
6. Arbeiterwohlfahrt (2000) *Der Sozialbericht der Arbeiterwohlfahrt e.V.: Gute Kindheit – schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen*. AWO, Bonn
7. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) *Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMAS, Bonn
8. Andreß HJ (1999) *Leben in Armut. Analyse der Verhaltensweisen armer Haushalte mit Umfragedaten*. Westdeutscher Verlag, Opladen
9. Andreß HJ, Lipsmeier G (2001) *Kosten von Kindern – Auswirkungen auf die Einkommensposition und den Lebensstandard der betroffenen Haushalte*. In: Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg) *Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen*. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, S 29–35
10. Hauser R, Hübing W (1993) *Arme unter uns (Teil I und II). Ergebnisse und Konsequenzen der Caritas-Armutstudie*. Lambertus, Freiburg
11. Neumann U, Hertz M (1998) *Verdeckte Armut in Deutschland. Forschungsberichte der Friedrich-Ebert-Stiftung*. Eigenverlag, Frankfurt/Main
12. Andreß HJ, Lipsmeier G (1995) *Was gehört zum notwendigen Lebensstandard und wer kann ihn sich leisten? Aus Politik und Zeitgeschichte B31–32/95: 35–49*
13. Mielck A (2001) *Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland*. In: Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg) *Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen*. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, S 230–253
14. Jungbauer-Gans M, Kriwy P (2004) *Ungleichheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 9–23
15. Böhm A, Ellsäßer G, Kuhn J et al. (2003) *Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg*. Das Gesundheitswesen 65: 219–225
16. Schubert R (1996) *Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen*. In: Murza G, Hurrelmann K (Hrsg) *Regionale Gesundheitsberichterstattung*. Juventa, Weinheim, München, S 122–137
17. Mersmann H (1998) *Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligungen*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen*. BZgA, Köln, S 60–78
18. Delekat D, Kis A (2001) *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999*. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin
19. Bolte G, Elvers HD, Schaaf B et al. für die LISA-Studiengruppe (2004) *Soziale Ungleichheit bei der Belastung mit verkehrsmittelabhängigen Luftschadstoffen: Ergebnisse der Kinderkohortenstudie LISA*. In: Bolte G, Mielck A (Hrsg) *Umweltgerechtigkeit – Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*. Juventa, Weinheim und München, S 175–198
20. Schubert I, Horch K (2004) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
21. Geyer S, Peter R (1998) *Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status – Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK*. Das Gesundheitswesen 60: 493–499
22. Ellsäßer G, Böhm A, Kuhn J et al. (2002) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern – Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen*. *Kinderärztliche Praxis* 4: 248–257
23. Schifferer U, Reich E (1999) *Karies/Füllungen bei den Jugendlichen*. In: Micheelis W, Reich E (Hrsg) *Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S 201–230
24. Currie CE, Elton R, Todd J et al. (1997) *Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey*. *Health Education Research* 12: 385–397
25. Richter M, Settertobulte W (2003) *Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen*. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg) *Jugendgesundheits-survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Juventa, Weinheim/München, S 99–157
26. Klocke A (2004) *Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter*. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 85–96
27. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) *Nationaler Aktionsplan: Für ein kindgerechtes Deutschland 2005–2010*. BMFSFJ, Bonn
28. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003) *gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. BMGS, Berlin
29. Mann-Luoma R, Goldapp C, Khaschei M et al. (2002) *Integrierte Ansätze zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung – Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 45 (12): 952–959
30. Pott E, Lehmann F (2002) *Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 45 (11): 976–983
31. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005) *Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung* www.forumpraevention.de/
32. Kurth BM, Bergmann KE, Dippelhofer A et al. (2002) *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 45 (11): 852–858
33. Kurth BM, Bergmann KE, Hölling H et al. (2002) *Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheits-survey – Das Gesamtkonzept*. *Das Gesundheitswesen* 64 (Sonderheft 1): S3–S11
34. Lampert T, Schenk L, Stolzenberg H (2002) *Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheits-survey*. *Das Gesundheitswesen* 64 (Sonderheft 1): S48–S52
35. Lampert T, Schenk L (2004) *Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung*. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 57–83

Weiterführende Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Lebenslagen von Familien und Kindern. Materialien zur Familienpolitik Nr. 11. BMFSFJ, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe. BMFSFJ, Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Rauchen. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (1999) Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. BZgA, Köln
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W et al. (2000) Health and Health Behaviour among Young People. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA). Series, 1. Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen,
- Currie C, Roberts C, Morgan A et al. (2004) Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen,
- Deutsches Kinderhilfswerk (Hrsg) (2004) Kinderreport Deutschland 2004. Daten, Fakten, Hintergründe. kopaed, München
- Hackauf H, Winzen G (1999) On the state of young people's health in the European Union. München, Deutsches Jugendinstitut
- Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) (2003) Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim/München
- Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) (2004) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg) (2001) Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. 2. Überarbeitete Auflage. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg) (2000) Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999. Eigenverlag, Potsdam
- Richter M (2005) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Schlack HG (2000) Sozialpädiatrie. Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten. Urban & Fischer, München

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autoren

Prof. Dr. Andreas Klocke
Fachhochschule Frankfurt am Main
Thomas Lampert
Robert Koch-Institut

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Oktoberdruck, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

3-89606-125-9

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 4

2001, überarbeitete Neuauflage 2005

Armut bei Kindern und Jugendlichen

Berlin: Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-125-9

ISSN 1437-5478

Today, children and young people represent the age group that is most frequently threatened by poverty in Germany. Poverty during childhood means a bad start to life and often has long-term effects on an adolescent's social and health development. This is highlighted by this report on "Poverty among Children and Young People", which is based on data from the public health service, health insurance funds and various epidemiological studies and health surveys. Health problems are more frequent among preschool-age children from socially disadvantaged families. They are also more often affected by accidents and dental problems. In adolescence, links can be established between the social situation and psychosocial well-being, pain incidence and health behaviour. However, poverty does not inevitably go hand-in-hand with health problems. A stable and supporting social environment – particularly in families, peer groups and schools – promotes the development of a positive self-image and social skills, thus empowering the child to deal with demanding living conditions. Measures of social and health policy aimed at lessening the effects of poverty on health must start here.



Abbildung 1, Seite 11
Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen bei Einschülern nach Sozialstatus
 Angaben in Prozent
 Quelle: Landesgesundheitsamt, Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2001

| Gesundheitsstörung | Sozialstatus niedrig | Sozialstatus mittel | Sozialstatus hoch |
|---|-------------------------|------------------------|----------------------|
| Sehstörungen | 20,6 | 14,6 | 13,0 |
| Sprachstörungen | 17,0 | 6,6 | 4,1 |
| Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung | 13,8 | 2,5 | 0,8 |
| Psychomotorische Störungen | 7,3 | 2,5 | 1,4 |
| Adipositas | 6,8 | 4,9 | 3,3 |
| Hörstörungen | 5,8 | 5,0 | 5,5 |
| Einnässen, Einkoten u. and. Psychiatr. Erkrankungen | 4,2 | 2,2 | 2,3 |
| Emotionale und soziale Störungen | 4,1 | 1,1 | 0,6 |
| Neurodermitis | 5,8 | 7,5 | 8,5 |

Abbildung 2, Seite 12
Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder^a nach Sozialstatus
 Angaben in Prozent
 Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berliner Einschulungs-
 untersuchung 1999

| Untersuchungsreihe | Sozialstatus niedrig | Sozialstatus mittel | Sozialstatus hoch |
|--------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| U2 | 97,2 | 97,8 | 98,2 |
| U3 | 91,6 | 96,1 | 97,3 |
| U4 | 85,9 | 94,2 | 96,4 |
| U5 | 78,4 | 92,0 | 94,4 |
| U6 | 71,0 | 88,5 | 92,4 |
| U7 | 56,5 | 76,6 | 82,7 |
| U8 | 51,7 | 72,4 | 79,5 |
| U9 | 44,4 | 63,6 | 71,6 |

^a Vollständige Untersuchungsreihen bis zur jeweils betrachteten Untersuchung.
 Da die U1 in der Regel unmittelbar nach der Geburt durchgeführt wird, liegt die Teil-
 nahme bei annähernd 100 %