

## **Soziale Lage und Gesundheit**

### **Inhalt**

#### **1. Begriffe und Definitionen**

- Soziale Lage
- Soziale Benachteiligung
- Armut und Unterversorgung

#### **2. Subjektive und objektive Wahrnehmung von Armut**

- a) Subjektive Wahrnehmung
- b) Objektive Wahrnehmung von Armut - Armutsschwellen
  - Sozialhilfebezug
  - 50%-Einkommensgrenze
  - Exkurs: Die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen
  - Die Bestimmung von Armut nach dem Lebenslagenansatz

#### **3. Auswirkungen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit**

- Unterschiede in Morbidität und Mortalität
- Bildung
- Gesundheit
- Zum Zusammenhang von Bildung und Gesundheit
- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

#### **4. Handlungsvorschläge**

## **1. Begriffe und Definitionen**

### **Soziale Lage**

Der Begriff soziale Lage gibt die vertikale Aufgliederung einer Gesellschaft und die strukturell ungleiche Position von Personen in der Statushierarchie wieder. Er gilt als Oberbegriff für die ungleiche Verteilung von Ressourcen und Lebenschancen des Einzelnen bzw. von Gruppen und beinhaltet deren soziale Benachteiligung.

Zur empirischen Erfassung der sozialen Lage werden vor allem drei Indikatoren herangezogen:

- Bildungs-/Qualifikationsstand,
- beruflicher Status und
- Einkommen

In den meisten Untersuchungen über Gesundheitsrisiken/-defizite bei Erwachsenen, Jugendlichen oder Kindern steht der Begriff „soziale Lage“ für eine Analyse nach den Merkmalen „Bildung“ und „Beruf(stätigkeit)“. Dabei werden die Merkmale entweder jedes für sich oder in Kombination verwendet. Eine Analyse aufgrund des Merkmals „Einkommen“ allein oder in Kombination mit den anderen beiden Merkmalen ist sehr selten.

### **Soziale Benachteiligung**

Soziale Benachteiligung entsteht überall dort, wo bestimmten Gruppen der Zugang zu gesellschaftlich anerkannten Werten aufgrund von Schichtzugehörigkeit und Diskriminierung verwehrt oder erschwert wird. Sie beruht auf starken gesellschaftlichen Segregationstendenzen, die entweder sozioökonomisch (wirtschaftliches Potenzial) oder sozialethisch (Normen, Werte, Einstellungen, Verhaltensmuster) begründet sind. Soziale Benachteiligung ist auch das Ergebnis spezifischer Sozialisation und damit „vererbbar“ von einer Generation auf die nächste.

Soziale Benachteiligung wird sowohl durch sozialstrukturelle (z.B. Erwerbslosigkeit, geringes Einkommen usw.) als auch durch personale Merkmale (Verhaltensweisen, sozialer Status) sichtbar. Da sie genuiner Teil moderner Gesellschaften ist, lässt sie sich nie vollkommen vermeiden, sondern immer nur begrenzen. Gegenmaßnahmen

müssen immer durch staatliche Rahmensetzungen und das (politische) Handeln Einzelner beziehungsweise von Gruppen eingeleitet und wirkungsvoll umgesetzt werden. Sie ist zugleich Ursache und Folge einer Vielzahl individueller Benachteiligungen. Dazu zählen unter anderem Armut, als weitreichendstes Merkmal, sowie Krankheit, Behinderung, Geschlecht und Migrationshintergrund.

### **Armut und Unterversorgung**

Armut stellt die unterste und zugleich weitreichendste Form von Benachteiligung dar. Sie schränkt die Handlungsspielräume des Menschen gravierend ein und schließt eine gleichberechtigte Teilhabe an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft aus. Armut hat immer Unterversorgung in wesentlichen Lebensbereichen zur Folge.

## **2. Subjektive und objektive Wahrnehmung von Armut**

Oft wird gefragt „Was ist heute eigentlich Armut?“, was u.a. wegen der unübersichtlichen Datenlage nicht leicht zu beantworten ist. Denn Armutsforschung hat in Deutschland nicht die lange Tradition, wie z.B. in angelsächsischen Ländern. Und es wurde erst ein nationaler Armuts- und Reichtumsbericht herausgegeben, der im Jahr 2001 erschien, aber selbstverständlich auf wesentlich ältere Zahlen (die jüngsten Zahlen stammen aus dem Jahr 1998) zurückgreift. Verwirrend wirken manchmal auch die unterschiedlichen altersgruppenbezogenen Daten, die eine Vergleichbarkeit der Zahlen erschweren und jeden Interessierten vor die schwierige Aufgabe stellen, diese zu allererst von Überschneidungen zu bereinigen. Entsprechend dieser Ausgangssituation gibt es unterschiedliche Definitionen von Armut, die sich vor allem auf die *objektive* Messbarkeit beziehen, aber auch den Versuch, die individuell verschiedene *subjektive* Wahrnehmung von Armut und deren Auswirkungen auf die eigene Lebenssituation einzubeziehen.

### **a.) Subjektive Wahrnehmung von Armut**

Zur subjektiven Wahrnehmung von Armut ein kurzes Beispiel zur näheren Erläuterung.

Eine alleinerziehende Mutter kam regelmäßig mit ihren Kindern in die psychologische Beratungsstelle, in der ich früher tätig war, weil ihr Hausarzt keine körperlichen Ursa-

chen für die gesundheitlichen Probleme ihrer Kinder feststellen konnte. Sie betonte während der Beratungsgespräche mehrfach, sie sei arm und sah im Sozialhilfebezug eine der Ursachen ihrer familiären Probleme. Sie sagte mir: „*Man kann davon leben. Aber nicht in dieser Gesellschaft. Wir sind ja ganz unten, auf der untersten Stufe und die anderen sind alle über uns. Und die Kinder wachsen damit auf.*“<sup>1</sup>

Dem Gefühl, „nicht dazuzugehören“, „ganz unten zu sein“ und alle anderen „über sich“ zu sehen, entsprechen in der Alltagsrealität die geringen Teilhabechancen und eine zunehmende soziale Isolation, mit geringen Chancen, dieser Situation wieder zu entkommen.

Einer der Gründe dafür ist, dass Armut in unserer modernen Gesellschaft als *vermeidbar* gilt und zunehmend begleitet von der Frage nach persönlicher *Schuld*, *Versäumnis* und *Versagen*<sup>2</sup> ist. Kennzeichnend ist die *Abhängigkeit* von anderen Personen und staatlichen Institutionen und immer auch der Ausschluss aus den „üblichen“ Aktivitäten der Gesellschaft. In der gegenwärtigen Diskussion besteht Einigkeit darüber, dass Armut in einer hoch entwickelten Gesellschaft wie der unsrigen ein relatives Phänomen ist, d.h. keine Frage des Überlebens, sondern eine Frage des menschenwürdigen Daseins. Armut bedeutet heute in unserer Gesellschaft vor allem **mangelnde Teilhabe** und **Ausgrenzung**.

## **b.) Objektive Wahrnehmung von Armut**

Zur objektiven Berechnung von Armut werden i.a. Armutsgrenzen bzw. -schwellen bestimmt. Als solche gilt z.B. der Sozialhilfebezug, der in den letzten beiden Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen hat.

## **Bezug von Sozialhilfe**

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, erhielten am Jahresende 2003 in Deutschland rund 2,81 Mill. Personen in 1,42 Mill. Haushalten Sozialhilfe. Das waren 2,0%

---

<sup>1</sup> vgl. Richter, Antje: Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Aachen 2000, Seite 46

<sup>2</sup> Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Definition des Rates der europäischen Union vom 19. Dezember 1984, nach Arme „Personen, Einzelpersonen, Familien und Personengruppen (sind), die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar sind.“ Dieses Konzept richtet sich direkt auf die Verteilung von Ressourcen und indirekt auf die Ausgrenzung bzw. soziale Integration und soziale Teilhabe von Menschen.

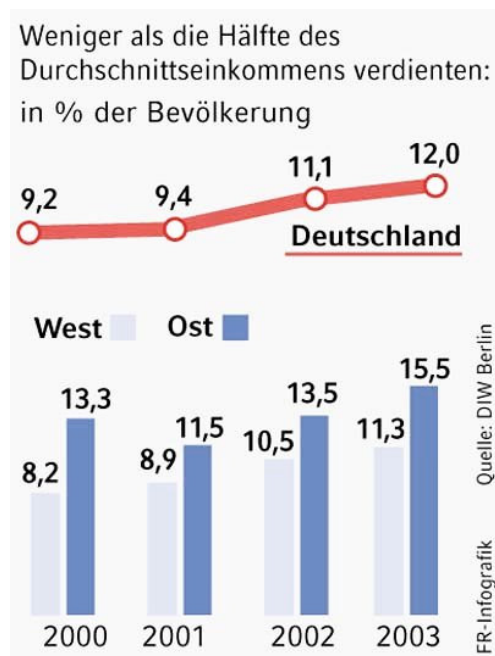
mehr als im Vorjahr. Die Sozialhilfequote erhöhte sich damit zum Jahresende 2003 auf 3,4%. Einige Gruppen (z.B. Frauen oder Ausländer/innen) sind davon mehr als andere betroffen.

- Frauen beanspruchen mit einer Quote von 3,7% etwas häufiger Sozialhilfe als Männer (3,1%)
- Ausländer haben mit 8,4% eine deutlich höhere Sozialhilfequote als Deutsche (2,9%)

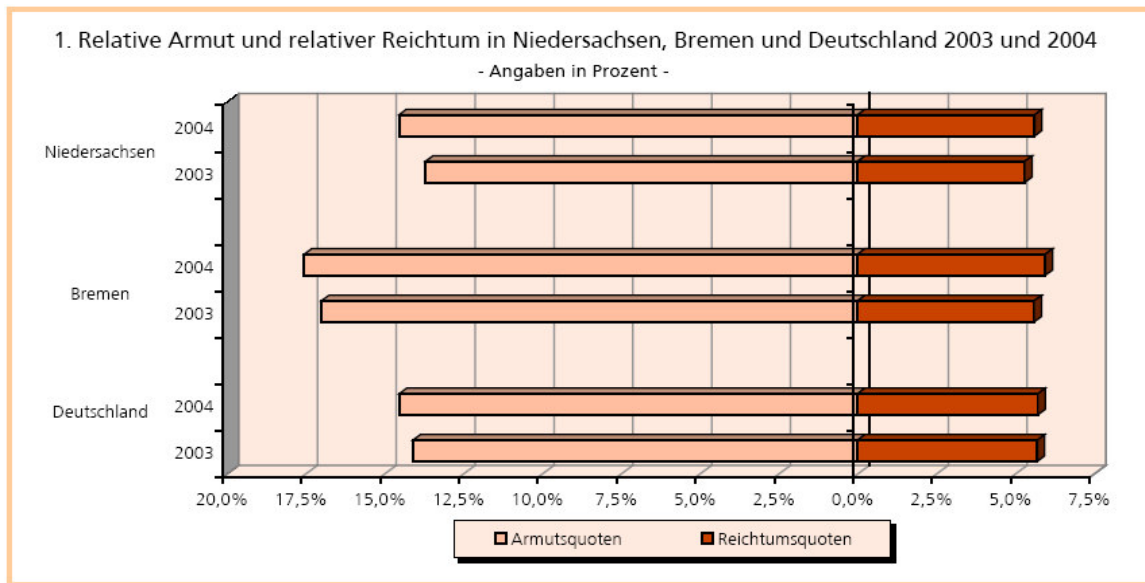
### Die 50%-Einkommenschwelle oder die „relative“ Armut

Als „arm“ gilt man auch, wenn man weniger als die Hälfte des momentanen Durchschnittseinkommens zur Verfügung hat; was bei ca. 540,-Euro/Monat liegt. In Deutschland ist die „relative“ Armutsquote in der Bevölkerung nach den Berechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) für den Datenreport 2004 auch in den letzten beiden Jahren stetig weiter gewachsen und zwar von 9,2 % im Jahr 2000 auf 12,0 % im Jahr 2003.

**Abb. 1: Relative Armut in Deutschland**



Im Jahr 2004 ist die relative Armut in Deutschland weiter angestiegen auf den Wert von 14,5 %, wie das Niedersächsische Landesamt für Statistik in seiner neuesten Veröffentlichung belegt (vgl. Die folgende Abbildung). Ein Anstieg auf 14,5% liegt 2004 auch in Niedersachsen vor.



### Armut in Niedersachsen in 2004

- Quote relativer Armut in Niedersachsen **14,5%**
- Mehr als **1,1 Millionen** Menschen in Niedersachsen
- Jede/r 7. in Niedersachsen
- Durchschnittliches Einkommen liegt bei **1.145 €**
- Armutsschwelle bei **572 €**
- Durchschnittliche Arbeitslosenquote **11,7%**
- Kinderreiche Familien zu **33,2%** arm

### Armut in Nordostniedersachsen 2004

- Quote relativer Armut in Nordostniedersachsen **13,6%**
- Durchschnittliches Einkommen bei **1.140 €**
- Armutsschwelle bei **570 €**
- Arbeitslosenquote **Celle 11%**
- Zahl der Sozialhilfeempfänger (31.12.04) **8072**, davon mind. **1/3 Kinder**

In die Armut führen bei uns heute neben Erwerbslosigkeit vor allem Niedrigeinkommen, Verschuldung, Krankheit und Trennung und Scheidung. Besonders häufig von Armut betroffen sind heute Familien mit folgenden Merkmalen:

- Junge Familien mit kleinen Kindern
- Familien mit mehr als drei Kindern
- Familien mit langzeitarbeitslosen Mitgliedern
- Familien mit „nur“ einem Ernährer
- Ein-Eltern-Familien
- Migrantenfamilien.

Hinter dieser Aufzählung verbirgt sich auch der Verweis auf Kinder und Jugendliche als der mit Abstand größten Altersgruppe unter den Betroffenen. Da dies bei uns in Deutschland nicht immer so war, spricht man bereits seit längerem von der „Infantilisierung der Armut“.

#### *Exkurs: Die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen*

Die Zahl der Kinder in der Sozialhilfe stieg bundesweit von 1980 bis heute stark an (1980 ca. 2,2% bis 1997 auf ca. 7%). Im Jahr 2003 betrug die absolute Zahl der sozialhilfebedürftigen Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren rund 1,08 Mill. (7,2%). Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Anstieg um 6,2%.

Kinder und Jugendliche sind heute aber nicht nur besonders häufig von Sozialhilfeabhängigkeit betroffen - sie sind auch überproportional bei der Arbeitslosenhilfe (der Eltern) vertreten. 7,2 % aller Minderjährigen leben im Jahr 2003 in einem Haushalt, der auf Arbeitslosenhilfe angewiesen ist.

#### **Abb. 3: Kinderarmut in Deutschland**

In Deutschland leben aktuell rund 15,5 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Zwei Millionen von ihnen oder jeder siebte Minderjährige leben in <u>relativer</u> Armut.
Mehr als eine Million Kinder oder jeder vierzehnte Minderjährige sind auf <u>Sozialhilfe</u> angewiesen. Das höchste Armutsrisiko tragen die <u>jüngsten</u> Altersgruppen. 461.000 oder jedes zwölfte Kind <u>unter sieben Jahren</u> ist von Sozialhilfe abhängig.
Deutschland weist nach Irland die zweithöchste Quote an Kinderarmut – 27% der Kinder

unter 16 Jahren – in der Europäischen Union auf.

Die Belastung und Benachteiligung von Klein-/Kindergartenkindern nimmt weiter zu; besonders betroffen sind Kinder in Ein-Eltern-Familien. Aktuell ist bald jeder zweite Haushalt Alleinerziehender mit Kind(ern) von Einkommensarmut betroffen.

Der Anteil belasteter Migrantenhaushalte stieg von 25% im Jahr 1998 auf 29,1% im Jahr 2001.<sup>3</sup>

Besonders betroffen sind die jüngsten Altersgruppen. Kinder unter 7 Jahren leben mit 8,4% (Stand 2003) mehr als doppelt so häufig von Sozialhilfe wie die Gesamtbevölkerung mit „nur“ 3,4%.<sup>4</sup> In Stadtstaaten und städtischen Ballungszentren wie z.B. in Hamburg galt dies sogar für 21.217 Kinder von insgesamt 107.676 Kindern dieser Altersgruppe, d.h. für fast 20% dieser Altersgruppe (Erhebungszeitraum 2000).

Nach einer Expertise<sup>5</sup> des *Paritätischen* werden bei der Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zum Arbeitslosengeld II zusätzlich zu den derzeit rund 2,8 Millionen Sozialhilfebeziehern weitere 1,7 Millionen Menschen in die Einkommensarmut geschickt. Die Zahl der sich darunter befindenden Kinder und Jugendlichen steigt dann voraussichtlich von 1,02 Millionen auf 1,5 Millionen. Und die Kinderarmutsquote würde – nur gemessen am Sozialhilfeniveau – von 7,2% auf 9,2% anwachsen. Und damit sind noch nicht jene eingerechnet, die ihre Kindheit und Jugend in Familien mit erwerbstätigen Niedrig-Einkommensbeziehern unterhalb der Armutsgrenzen verbringen oder beständig nahe an der Armutsgrenze leben, weil z.B. das Einkommen eines Ernährers kaum ausreicht, um die Familie ausreichend zu versorgen oder weil ihre Ansprüche aus verschiedensten Gründen nicht geltend gemacht werden.

### **Die Bestimmung von Armut nach dem Lebenslagenansatz**

Das verfügbare Einkommen ist einer der wichtigsten Gradmesser für Armut. Sie hat aber auch Dimensionen, die außerhalb des rein Materiellen liegen und die Lebenslage des Menschen beeinflussen. Bildungsstand, Gesundheit und Wohnsituation sind

<sup>3</sup> Holz, Gerda in: Richter, Antje u.a.: Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotentialen sozial benachteiligter Kinder im Elementarbereich. Frankfurt 2004.

<sup>4</sup> Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004

<sup>5</sup> Martens, Rudolf: Der Einfluss der Agenda 2010 auf Personen und Haushalte mit Kindern in Deutschland: Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe. Frankfurt a.M. 2003

wesentliche Bereiche, die die Auswirkungen finanzieller Armut beeinflussen. Anders ausgedrückt: Geld ist nicht alles, sondern die finanzielle Seite ist nur ein Aspekt der Lebenslage.

Um das besser abbilden zu können, wird bei der Bestimmung von Armut immer häufiger nach dem Lebenslagenansatz<sup>6</sup> gearbeitet, der die verschiedenen „Dimensionen der Lebenslage“ beinhaltet, in denen „Unterversorgung“ auftreten kann. Häufig summieren sich die verschiedenen Belastungen, so dass neben geringem Einkommen, geringer Bildung, hoher Verschuldung, auch das erhöhte Risiko seelischer und körperlicher Krankheiten gemessen werden kann. Der Lebenslagenansatz ermöglicht es, Armut differenzierter zu erfassen und auch Ressourcen leichter zu erkennen und zu nutzen.

#### **Abb. 4: Das Lebenslagenkonzept**

##### **Lebenslagenkonzept**

- Einkommen
- Arbeit
- Bildung
- Wohnen
- Soziale Beziehungen
- Gesundheitliche Faktoren (wie Versorgung mit gesundheitlichen und sozialen Diensten)

Wegen der Bedeutung für gesundheitsbezogene Untersuchungen möchte ich auf die Dimension Bildung gesondert eingehen.

#### **Bildung**

Noch immer ist der Bildungserfolg auch von den finanziellen Möglichkeiten der Eltern abhängig. Die im deutschen Schulsystem herrschende Chancenungleichheit verwehrt insbesondere sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen den Zugang zu weiterführenden Bildungsabschlüssen. Während 2001 nur jedes 4. Kind aus einem Arbeiterhaushalt die Oberstufe eines Gymnasiums besuchte, befanden sich immerhin rund die Hälfte der Jungen und Mädchen aus Angestellten- und Selbständigen-

---

<sup>6</sup> vgl. Stefan Hradil: Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen 1987

Familien auf dem Weg zum Abitur. Bei den Beamtenkindern hatten sogar zwei von drei Zugang zu höherer Bildung.<sup>7</sup>

Was das bedeutet, lässt sich am „PISA-Schock“ sehen, unter dem die Bildungspolitik noch immer steht, nachdem öffentlichkeitswirksam festgestellt wurde, dass deutsche Schulen im internationalen Vergleich schlecht abschneiden und die bei uns herrschende Chancenungleichheit insbesondere sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen den Zugang zu den weiterführenden Bildungsabschlüssen verwehrt. Der Skandal liegt darin, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Schulleistung in keinem der 31 untersuchten Länder enger als in Deutschland ist. Als folgerichtig erscheint dann auch, dass bei den Studienabschlüssen je Altersjahrgang Deutschland mit 16% weit unter dem Durchschnitt der OECD-Länder (25%) liegt (und ebenfalls weit zurück was die Ausgaben für Bildung betrifft).<sup>8</sup>

Allerdings verbinden nur die wenigsten den Bildungs- mit dem Gesundheitsstatus. Ganz anders der Gesundheitsbericht für Deutschland aus dem Jahr 1998. Dort wird die besondere Korrelation zwischen Bildungsstatus und Morbidität/Mortalität belegt. Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit sind in unteren sozialen Lagen besonders hoch und die Sterblichkeitsraten für Personengruppen mit kürzeren Ausbildungszeiten liegen fast zweifach höher als die jener Bevölkerungsgruppen mit den längsten Schul- und Berufsausbildungen.<sup>9</sup>

## **Gesundheit**

Der Gesundheitsstatus ist also nicht nur von der individuellen Konstitution und dem Gesundheitsverhalten des Einzelnen abhängig, er wird auch bedeutend durch die umgebenden Lebensverhältnisse bestimmt. Sind diese durch sozial benachteiligende Bedingungen geprägt, hat dies zum Teil tief greifende Auswirkungen auf die Erkrankungsraten. Diese Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bzw. Krankheit sind mittlerweile wissenschaftlich hinreichend für die folgenden Faktoren belegt:

- Rauchen

---

<sup>7</sup> Kahl, R.: LAU, sehr lau. Neue Irritationen über Schulleistungen. In: Erziehung Und Wissenschaft (Zeitschrift) 2/2002, 20-21.

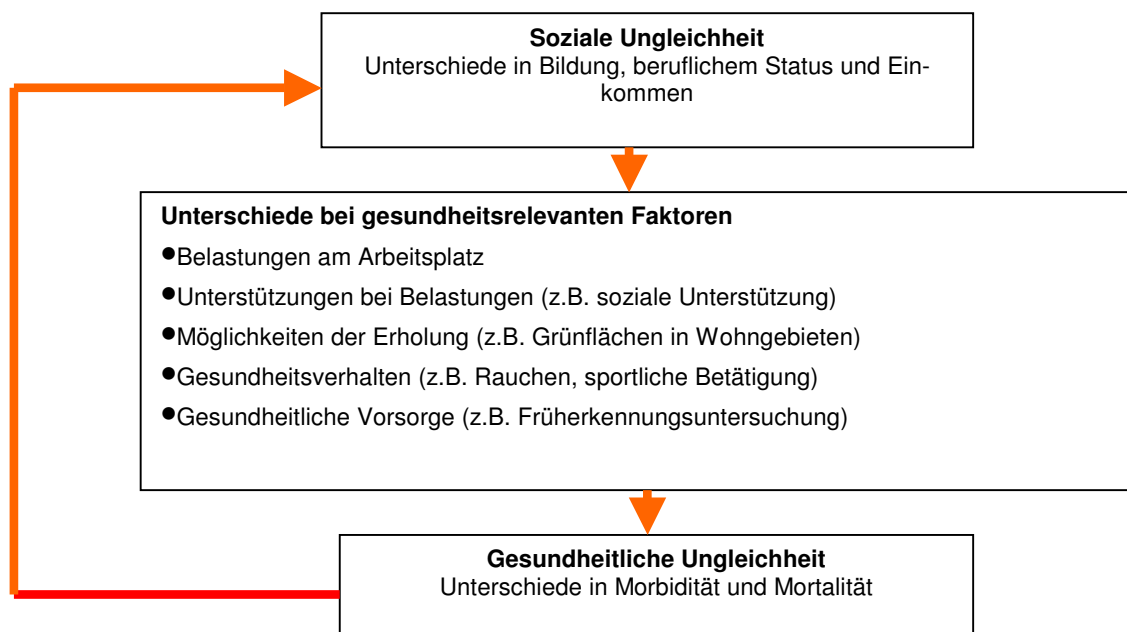
<sup>8</sup> DGB-Papier 2002

<sup>9</sup> vgl. auch: Soziale Ungleichheit in Europa – Teilbericht Deutschland, BZgA 2001

- Übergewicht
- Mangel an sportlicher Betätigung
- unausgewogene bzw. ungesunde Ernährung
- physische Arbeitsbelastungen (Lärm, Unfallgefahren)
- einige psychische Arbeitsbelastungen (z.B. Monotonie)
- Wohnbedingungen, Luftverschmutzung in der Wohnumgebung)
- und übrigens auch die *Sanierung des Zahnstatus*.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die unteren Statusgruppen durch die meisten gesundheitsgefährdenden Faktoren besonders stark betroffen sind und trotz höherer Morbidität einige Angebote der Gesundheitsversorgung weitaus weniger wahrnehmen als die oberen Statusgruppen<sup>10</sup> (z.B. Früherkennung, Vorsorgeuntersuchungen). Das folgende Modell von Mielk verdeutlicht sehr anschaulich das Bedingungsgefüge:

**Abb. 5: Das Bedingungsgefüge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit**



Quelle: Mielk 2000

<sup>10</sup> vgl. auch: Soziale Ungleichheit in Europa – Teilbericht Deutschland, BZgA 2001

Eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung sollte daher immer ganzheitlich konzipiert sein und die Wirkungen von Verhalten und Verhältnissen berücksichtigen. Ganzheitlichkeit gilt in diesem Zusammenhang auch als eines der wesentlichen Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung (nicht nur) sozial Benachteiligter.

### **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

Um noch einmal auf Kinder und Jugendliche als größter Gruppe unter den Armutsbetroffenen zurückzukommen: Ein Aufwachsen unter niedrigem sozio-ökonomischem Status erhöht die Wahrscheinlichkeit physischer, psychischer und psychosomatischer Erkrankungen um ein Vielfaches. Schon im Kindes- und Jugendalter gehören sowohl Fehlsteuerungen der Sinneskoordination, der Sprachentwicklung, des Bewältigungs- und Ernährungsverhaltens, Übergewicht und natürlich Zahnerkrankungen dazu.

### **Abb. 6: Einschränkungen und Fehlsteuerungen**

#### **Einschränkungen und Fehlsteuerungen im Kindes- und Jugendalter**

- im Sehen und Hören
- in der Sprachentwicklung
- in der Bewegungskoordination
- im Bewältigungsverhalten
- in Ernährung und Ernährungsverhalten sowie daraus folgend Zahnerkrankungen und Übergewicht
- Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
- Impfbereitschaft

Detaillierte Ergebnisse (u.a. zu Einschränkungen im Sehen und Hören, zu Sprachstörungen, psychomotorischer Entwicklung) finden sich in den Brandenburger Schulingangsstudien<sup>11</sup>, die sich nicht nur auf Großstädte oder Ballungszentren beziehen, sondern auch für den ländlichen Raum relevant sind.

<sup>11</sup> Böhm, A., Kuhn, J.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse von Eingangsstudien im Land Brandenburg. In: Soziale Arbeit 9/2000, S. 343-346.

## Abb. 7: Brandenburger Schuleingangsuntersuchungen

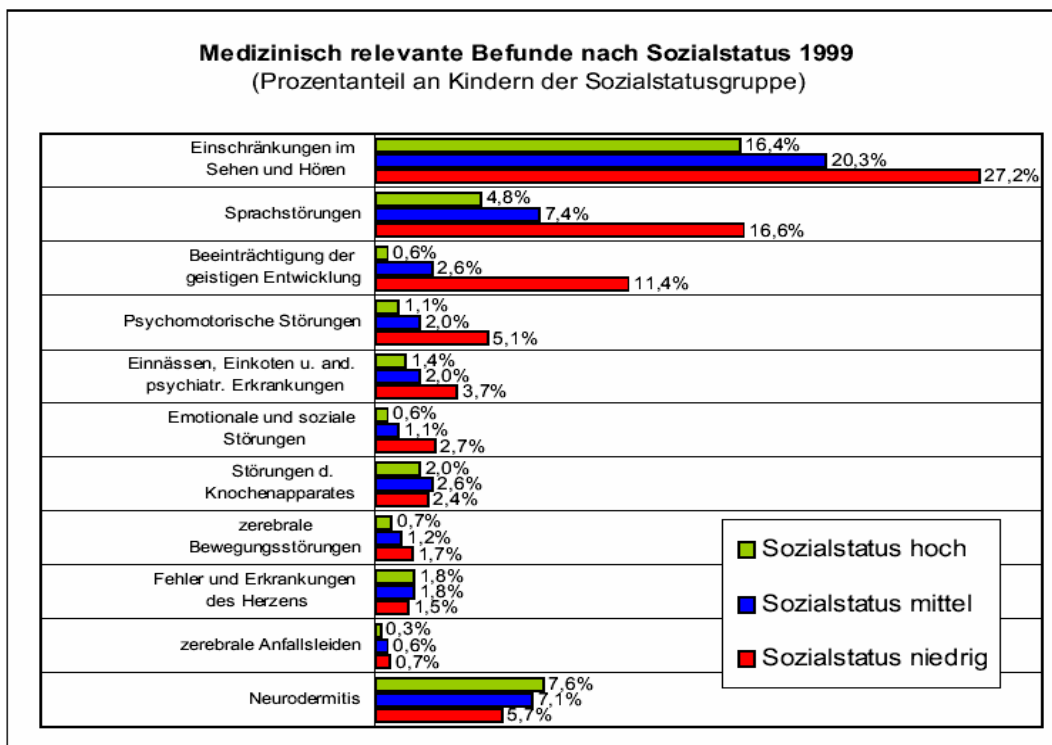


Abbildung 3: Medizinisch relevante Befunde in den Schuleingangsuntersuchungen 1999.

Die Auswirkungen von Armut auf Kinder lassen sich auch durch genaueres Hinsehen leicht erkennen. Die Leiterin einer „Brennpunkt-Kita“ aus der Stadt Wilhelmshaven hat den Einfluss von Armut auf die ihr anvertrauten Kinder in einem Interview mit einfachen Worten gut ausgedrückt. Sie sagt:

*„Einmal im Jahr kommt die Zahnärztin vom Gesundheitsamt, macht hier Reihenuntersuchungen aller Kinder, und das Ergebnis zeigt schon, dass es ganz schlecht ist. Und wie ich das so als Laie von außen sehe, ist das extrem mit den zerfressenen Zähnen bei den Kindern, von denen ich weiß, dass da wenig ist, ein Minimum ist. Und dass ich bei denen auch sehe, was die da für Lebensmittel mitbekommen als Frühstück: Snickers und Fruchtzwerge und diese komischen Lutschtücher, Joghurtschläuche oder was auch immer das sein soll.“*

und weiter berichtet sie

„Ich kann das nicht medizinisch sagen, aber manche Kinder sehen richtig käsig und blaß aus. Ich denke, dass in der Gesichtsfarbe so ein Mangel deutlich wird. Ich weiß es nicht genau, aber das habe ich beobachtet. Schlechte Haltungen bei manchen Kindern, vermehrt ... so motorische Unsicherheiten, ..... Sprachprobleme, denke ich mal, da wo wenig geredet wird, da ist auch ganz wenig Anregung für Sprache: Also ganz viele Kinder, die Sprachprobleme haben und das steigt sehr an.“<sup>12</sup>

Aus einzelnen Städten oder Landkreisen werden immer wieder Daten veröffentlicht, die ähnliche Zusammenhänge verdeutlichen, so aus den niedersächsischen Städten Hannover und Braunschweig oder aus dem Kreis Northeim. Belegt wurde hier u.a.:

- das Kariesrisiko für sozial benachteiligte Kinder, welches um das Zweieinhalbfache höher als das anderer Kinder liegt,
- die geringere Inanspruchnahme der U-Untersuchungen (siehe Abbildung 7)
- die Impflücken insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern (z.B. Gesundheitsamt der Stadt Braunschweig).

**Abb. 8: Nicht-Teilnahme an den U 1- bis U 9-Untersuchungen in Braunschweig nach beruflichem Status der Eltern (in Prozent)**

Untersuchungen	Niedriger beruflicher Status der Eltern	Mittlerer oder höherer beruflicher Status der Eltern
U 1 (1. Lebenstag)	4,8	1,9
U 2 (3. bis 10. Lebenstag)	4,6	2,1
U 3 (4. bis 6. Woche)	7,4	2,8
U 4 (3. bis 4. Monat)	7,9	2,8
U 5 (6. bis 7. Monat)	9,4	4,0
U 6 (10. bis 12. Monat)	10,5	4,8
U 7 (21. bis 24. Monat)	12,2	6,7
U 8 (43. bis 48. Monat)	13,5	9,4
U 9 (60. bis 64. Monat)	31,4	29,8

Datenbasis: Schuleingangsuntersuchung 1993 in Braunschweig, N = 1.588.  
Quelle: Schubert 1996, zitiert nach Mielck 2000b: 211.

<sup>12</sup> Richter, Antje: Frühe Armut – Prävention durch gesundheitsförderliches Handeln. In: Ressourcen stärken – Benachteiligten ausgleichen. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen. Tagungsdokumentation der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Hamburg 2003.

Sozial Benachteiligte haben nicht nur eine schlechtere Mundgesundheit als Personen in bessergestellten Lebenslagen und ihr Zustand verrät nicht nur den sozialen Status, sondern kann auch ein Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand sein.

**Abb. 9: Soziale Lage und Zahngesundheit bei Schulkindern – Anteil der Kinder mit kariösen, wegen Karies entfernten oder gefüllten Zähnen (in Prozent)**

Alter	Soziale Lage der Eltern		
	Untere Lage	Mittlere Lage	Obere Lage
<b>Alte Bundesländer:</b>			
8 bis 9 Jahre (Milchzähne)	5,0	3,4	2,2
10 bis 12 Jahre	2,1	1,3	1,0
13 bis 14 Jahre	6,1	5,1	2,9
<b>Neue Bundesländer:</b>			
8 bis 9 Jahre (Milchzähne)	4,3	3,9	3,2
10 bis 12 Jahre	1,1	1,0	1,1
13 bis 14 Jahre	4,9	4,3	3,6

Mit mangelhaftem Zahnstatus sind oft falsches Ernährungsverhalten und auch Bewegungsdefizite gepaart, mit allen negativen Folgen im Jugend- und im Erwachsenenalter. Ernährung ist in Armutslagen häufig verbunden mit einer vermehrten Zufuhr von Nährstoffen, denen bei hohem Konsum negative Wirkungen auf Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus oder verschiedene Krebsarten zugeschrieben werden können. Gleichzeitig geht sie mit einer Unterversorgung an Nährstoffen einher, die eine Schutzwirkung vor bestimmten Krankheiten (z.B. Darmerkrankungen) entfalten könnten.

Die falschen Essgewohnheiten werden bereits früh erworben und meistens auch im Erwachsenenalter beibehalten. Hinreichend belegt ist beispielsweise, dass

- Kleinkinder aus Armutshaushalten eine erhöhte Zufuhr an Zucker und gesättigten Fettsäuren und eine geringere Versorgung mit Ballaststoffen, Mineralien

und Vitaminen haben. Sie langsamer heran wachsen und öfter Übergewicht und Zahnkaries haben.<sup>13</sup>

- arme Kinder weniger gesunde Lebensmittel erhalten und schlechtere Verzehrsgewohnheiten haben. Sie essen weniger Vollkornbrot, Obst und Gemüse. Sie nehmen dafür häufiger Limonaden, Chips und Fast-Food-Produkte zu sich als andere und leiden entsprechend häufiger an Übergewicht.<sup>14</sup>
- Übergewicht häufig bei Kindern aus Migrantenfamilien festzustellen ist, wobei die kulturell bedingten Ernährungsgewohnheiten eine große Rolle spielen. Zu beachten ist dabei, dass in den Herkunftskulturen vieler Migrantenfamilien gut genährte Kinder als ein Zeichen des Wohlstands gelten.

Man sollte allerdings unreflektierte Vorverurteilungen der Eltern vermeiden, denn bewiesen ist auch, dass

- sich Ernährungsumfang und -qualität in Haushalten, die Sozialhilfe empfangen, vor allem in der zweiten Monatshälfte verschlechtern, wenn das Geld knapp wird.
- Mütter aus Armutshaushalten versuchen, die armutsbedingten Belastungen soweit wie möglich von ihren Kindern fernzuhalten, indem sie selbst auf vieles (auch auf eigene Nahrung) verzichten, nur um ihre Kinder ausreichend versorgen zu können. Dieses Verhalten ist besonders bei alleinerziehenden Müttern aufzufinden.<sup>15</sup>

In Verbindung mit Bewegungsmangel kann das bei Mädchen und Jungen bereits früh zu Übergewicht führen, das im Erwachsenenalter nur mit großen Anstrengungen wieder abgebaut werden kann. Verstärkend wirkt auch die geringe Beteiligung an sportlichen Angeboten durch sozial Benachteiligte, die bereits im Kindes- und Jugendalter zu beobachten ist (vgl. Abb. 9). Die postulierte Niedrigschwelligkeit des Freizeitangebots an Kinder und Jugendliche erweist sich leider viel zu oft als reine

---

<sup>13</sup> vgl.: Feichtinger, Elfriede: Ernährung in Armut. In: Suppenküchen im Schlaraffenland. Ernährung und Armut von Familien und Kindern in Deutschland. Tagungsreader hrsg. von der Landesvereinigung für Gesundheit Nds., der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Sektion Nds. u.a. Hannover 2000.

<sup>14</sup> vgl.: die Untersuchungen durch Gesundheit Berlin am Kottbusser Tor „Chinanudeln statt Schulkantine“ 2003; Kamensky, Jutta: Gesunde Kinder – Gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe. Hg. vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Bielefeld 2003.

<sup>15</sup> vgl.: Feichtinger 2000, a.a.o.

Legende. In der Realität sind gerade sportliche, musische und kulturelle Aktivitäten eindeutig auf Mittelschichtsangehörige ausgerichtet, oftmals sogar ohne dass dies von den Akteuren des Kinder- und Jugendhilfebereichs überhaupt bemerkt wird.<sup>16</sup>

**Abb. 10: Mitgliedschaft im Sportverein und Sozialstatus**

Mitgliedschaft	Sozialer Status			
	Niedrig	Niedrig-mittel	Mittel-niedrig	Hoch
Nie im Verein	26,2	12,1	7,0	6,3
Nicht mehr im Verein	37,6	37,7	31,0	23,8
In mindestens einem Verein	36,2	50,1	62,0	70,0

N = 1.192; die Gesamtuntersuchung umfasste 2.016 Kinder (Alter 10-14 Jahre), repräsentativ verteilt auf Geschlecht und Schulbildung (Hauptschule, Gesamtschule, Realschule, Gymnasium).

Quelle: Schmidt/Hartmann-Tews/Brettschneider 2003: 124.

## Handlungsansätze

Alle genannten Faktoren wirken auf den Gesundheitsstatus und können darüber hinaus kumulieren, mit nachweisbaren Folgen im weiteren Lebensverlauf. Um Menschen mit niedrigem Bildungsstand, Berufsstatus und geringem Einkommen die gleichen gesundheitlichen Chancen zumindest zu eröffnen, müssen *zielgruppenspezifische* Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und vorhandene Lebens- und Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden. Denn Präventionsanstrengungen sind dann am wirksamsten, wenn sie a) ganzheitlich und themenübergreifend und b) zielgruppenspezifisch und –übergreifend angelegt sind.

Viele traditionellen Angebote und Interventionsstrategien mangelt es allerdings genau an diesen Charakteristika, d.h. sie berücksichtigen weder von den Inhalten noch von der Form ihrer Vermittlung die sozial differentiellen Erfordernisse der Zielgruppen. Daher erfolgt ihre Inanspruchnahme verstärkt durch Personen, die geringere Gesundheitsgefährdungen und einen höheren Sozialstatus aufweisen. Individuelle Maßnahmen, die nur auf Appell und Information

<sup>16</sup> Vgl. Richter, Antje, 2000, a.a.o.

setzen, gehen an den Betroffenen vorbei und isolierte, nicht in ein Gesamtkonzept eingebettete Maßnahmen sind bei sozial Benachteiligten fast schon zum Scheitern verurteilt.

Vor diesem Hintergrund rücken Präventionsstrategien, die spezifische und niederschwellige Zugangswege bereitstellen, in das Blickfeld. Gemeint sind Maßnahmen und Programme, die Schulen, Kindertagesstätten, Stadtteile und ähnliches fokussieren. Sie bieten die Chance, die Zielgruppe dort zu erreichen, wo sie ihren Alltag verbringt. Gesundheitsförderung ist in diesen Zusammenhängen jedoch als eine Querschnittsaufgabe zu sehen, die von den verschiedenen Akteuren im Handlungsfeld getragen werden muss.

Dem Settingansatz kommt dabei besondere Bedeutung zu (z.B. in Kindergarten, Schulen, Stadtteil etc.). Er zielt auf eine nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse und die Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens. Aufsuchende Information und Intervention sind bedeutende Erfolgsfaktoren dieses Vorgehens und die aktive Beteiligung der Betroffenen, sowie die Kooperation im Setting und die Vernetzung, spielen dabei eine entscheidende Rolle. Allerdings ist in der Settingarbeit unbedingt auf die Einhaltung wesentlicher Qualitätskriterien wie z.B. Ganzheitlichkeit, Integration<sup>17</sup> und Partizipation zu achten.

*Zielgruppenübergreifendes Vorgehen*, das beispielsweise in Kindertagesstätten und Schulen die Einbeziehung aller Akteure im Setting erfordert (d.h. Mädchen und Jungen, Eltern, Erzieherinnen, hauswirtschaftliches Personal, kommunale Dienste), ermöglicht auch die bessere Nutzung externer Ressourcen (z.B. mehr Nachhaltigkeit durch die Einbeziehung der Eltern). Ein *themenübergreifendes Vorgehen* erlaubt im Setting z.B. die Verbindung verschiedener Entwicklungsaspekte im Kindesalter und ermöglicht so eine umfassendere

---

<sup>17</sup>d.h. Gesundheit gilt als Organisationsziel und wird bei allen wichtigen Entscheidungen im Setting berücksichtigt.

Förderung in verschiedenen Bereichen und die Verknüpfung von Lernerfahrungen mit sinnlicher Wahrnehmung (z.B. Zahngesundheit + Ernährung + Bewegung **oder** Sprachentwicklung + sinnliche Wahrnehmung + Bewegung), was die Nachhaltigkeit der Maßnahmen verbessert.

Auf übergeordneter Ebene wäre zur Erreichung des Ziels „Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit“ ein national koordiniertes Vorgehen dringend erforderlich, das neben der Bestandsaufnahme des Problems, der Zieldefinition ebenso die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen, deren Evaluation und erneute Zieldefinition enthält. Beispiele für eine solches Vorgehen lassen sich in verschiedenen europäischen Nachbarländern problemlos finden.