

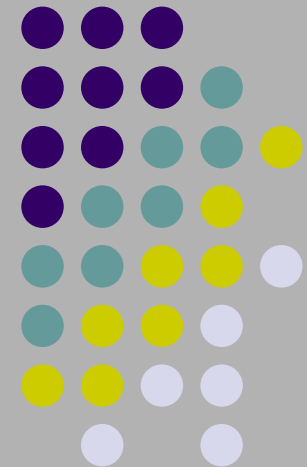
Kinderarmut und Gesundheit: wie macht Armut Kinder krank ?

Hungernde Kinder in Sachsen-Anhalt ?
Kinderarmut in einem reichen Land
21. Februar 2006

Halle

Friedrich-Ebert-Stiftung + Deutscher Kinderschutzbund
Sachsen-Anhalt + Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

Prof. Dr. Gerhard Trabert
Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg





Abraham Lincoln:

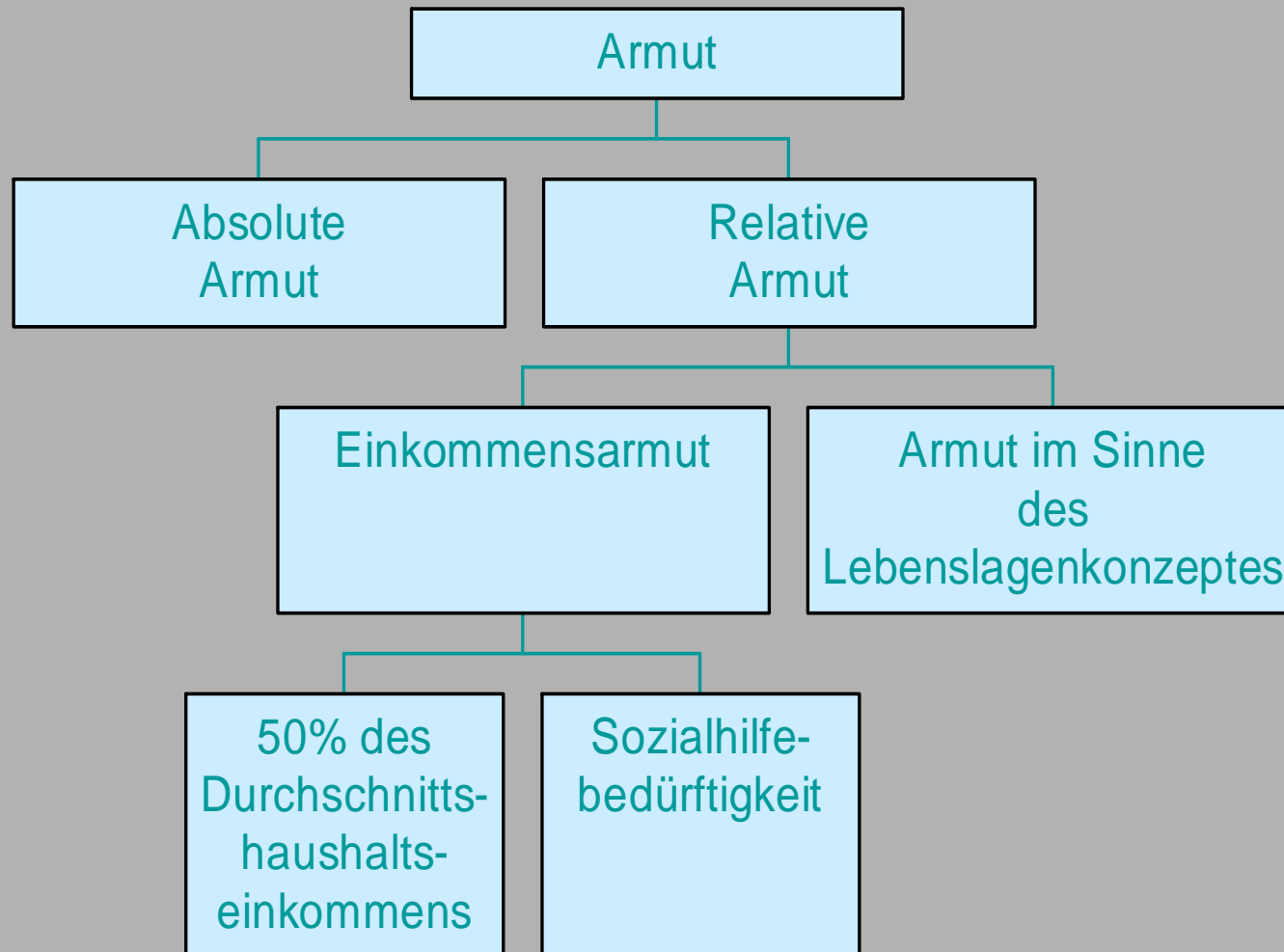


***„Alle Menschen kommen
gleich auf die Welt.***

***Doch es ist das letzte Mal,
dass sie es sind.“***



Armutsdefinitionen:



Lebenslagenkonzept

Kumulation von Unterversorgungslagen in den Bereichen:

- Wohnen
- Bildung
- Arbeit, Arbeitsbedingungen
- Einkommen
- Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur



Niehoff et al. (Sozialmedizin, 1995):

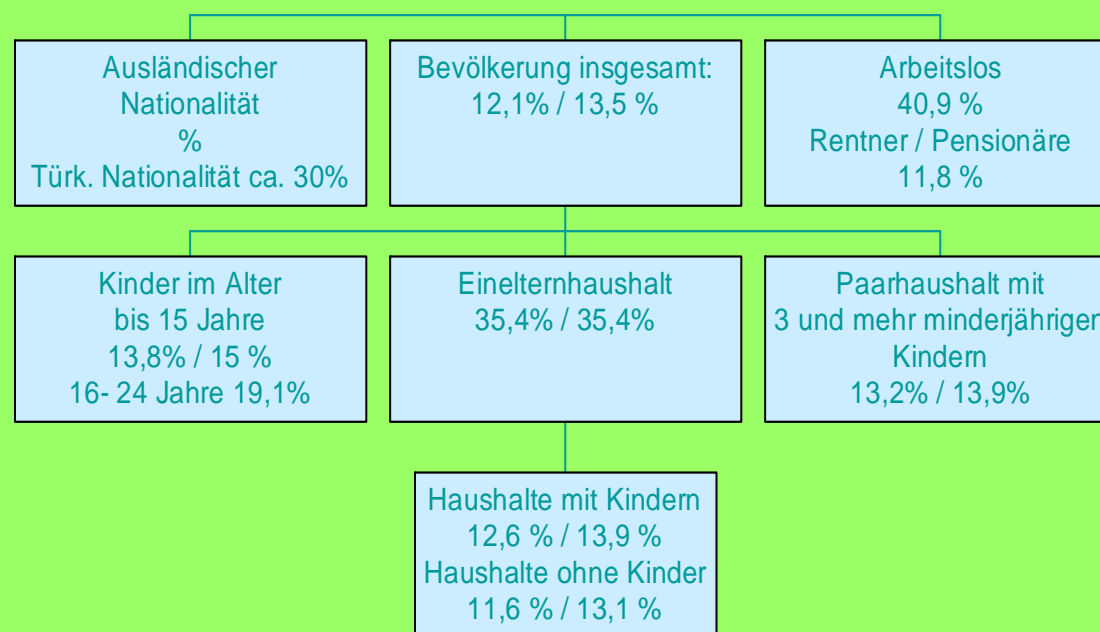


„Da in Armut Lebende in reichen Ländern zumeist **marginalisiert** werden und **keine Öffentlichkeit** haben, haben sie auch kaum Möglichkeiten, **ihre Probleme als prioritär zur Anerkennung zu bringen.**“



Niedrigeinkommen in Deutschland 1998 / 2003 (1. (2001) + 2. (2005) Armuts- und Reichtumsbericht Deutschlands):

Betroffenheit von Armut und Niedrigeinkommen in Deutschland nach Haushaltsmerkmalen und Bevölkerungsgruppen im Jahre 1998/2003 (1. u. 2. Armuts- und Reichtumsbericht Deutschland)



Risikofaktoren für Kinder- und Jugendarmut:



- Armutsrisiko für Kinder steigt, bei
 - kinderreichen Familien
 - Kinder mit allein erziehendem Elternteil
 - ausländischen Familien
- Ursache der ungleichen Risikoverteilung:
 - Arbeitslosigkeit
 - ungenügender Familienlastenausgleich
 - sozialstaatliche Sicherungssysteme an Kernfamilie orientiert bzw. generell Benachteiligung von Lebensgemeinschaften mit Kindern
 - Gesundheitsreform; Hartz IV/Arbeitslosengeld 2

Kinderarmut nach Altersklassen unterteilt (2002):



- 232.000 Kleinkinder (unter 3 Jahren)
- 240.000 Kinder im Kindergartenalter (3-7 Jahren)
- 415.000 Kinder im schulpflichtigen Alter (7-14 Jahren)
- 130.000 Jugendliche (14-18 Jahren)
- 2002 waren 1.02 Millionen Kinder auf Sozialhilfe angewiesen. (Statist. Bundesamt 2003)
- Nach Umsetzung der Hartz-Gesetzgebung sind ca. 500.000 Kinder zusätzlich von Armut betroffen
- 1,5 Mill. Kinder auf Sozialhilfeniveau (DPWV 2005)

Daten für das Bundesland Sachsen-Anhalt:



Sozialgeld unter 15 Jahren:

- Sachsen-Anhalt: 26,7%
- Halle (Saale) Stadt: 34,6 %
- Bernburg: 31,3 %
- Aschersleben-Straßfurt: 30.9 %
- Merseburg-Querfurt: 30,9 %
- Schönebeck: 30,1 %
- Quedlinburg: 30,0 %
- Dessau, Stadt: 30,0 %



Selektionseffekt

(Kranke werden eher arm):

- Bei Erwachsenen liegt vorwiegend soziale Selektion vor:
- Chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko Armut.

(Studie der Marburger Universität zu „Armutsläufen.“)



Kausationseffekt

(Arme werden eher krank):

- Hinweise für einen Kausationseffekt ergeben sich für Kinder.
- Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.

(Studie der Marburger Universität zu „Armutslebensläufen.“)

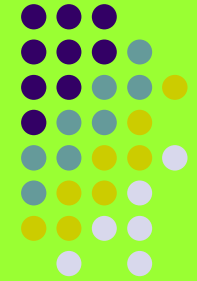
Lebenserwartung (ab Geburt)



	Lebenserwartung (in Jahren)	
	Männer	Frauen
Nach Stat. Bundesamt	74	80
Äquivalenz-Einkommen		
a) > Mittelwert	81	85
< Mittelwert	77 (- 4)	83 (- 2)
b) obere 25 %	82	86
untere 25 %	72 (-10)	81 (- 5)

Sozio-ökonomisches Panel, 1984-1997, neue Bundesländer, Deutsche
(5.811 Personen ab 50 Jahre, 939 Todesfälle)

Quelle: Reil-Held 2000



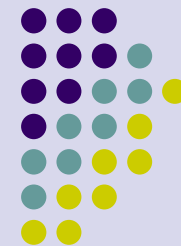
Medizinische Aspekte von Kinderarmut:

Auswirkungen von Armut auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden:

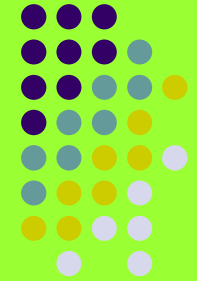


- **1. Auf das körperliche Wohlbefinden:**

- mangelhafte Ernährung sowie Fehlernährung (untergewichtige Neugeborene, Wachstumsstörungen, Zahnkrankheiten, Gewichtsprobleme /Adipositas)
- **Verzögerte Sprachentwicklung**
- **psychomotorische Defizite**



**Das Thema Ernährung als ein
Beispiel für eine strukturelle
Benachteiligung– Hartz IV und
schichtabhängige individuelle
Wissensdefizite :**



**Individuelle Wissens- und
Informationsdefizite,
Verhaltenscharakteristika:**



Richter (2005):

Befragung von Jugendlichen nach ihren Ernährungsgewohnheiten:

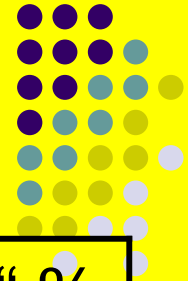
- Ergebnis: Die Ernährung in Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau ist deutlich schlechter !
- U. a. wird signifikant weniger Obst und mehr Softdrinks konsumiert.
- Deutlich seltener wird vor Schulbeginn gefrühstückt.



Feichtinger (2000):

- Säuglinge / Kleinkinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status:
 - - werden kürzer und seltener gestillt
 - erhöhte Zufuhr von Kohlenhydraten (Zucker) und gesättigten Fettsäuren
 - geringere Zufuhr von Vitaminen, Mineralien, Ballaststoffen
- Folge: Häufigeres Vorkommen von Infektionskrankheiten, Anämien, Zahnkrankheiten, Adipositas

Andreas Klocke (1995): (Ernährung Kinder/Jugendlicher 11-15 J.)



Lebensmittel	„arme Kinder“ %	„reiche Kinder“ %
Gemüse, wöchentl.	48	54
Obst, mehrmals tägl.	32	42
Vollkornbrot, tägl.	26	51
Vollmilch, mehr. tägl.	31	43
Chips, täglich	54	36
Pommes Frites, wöch.	55	37
Hamburger, wöchentl.	23	22
Cola, Fanta, täglich	45	28
Süßigkeiten, meh. tägl.	30	25
Kaffee, wöchentlich	37	24

Ernährungsassoziierte Erkrankungen:



- Herz- Kreislauferkrankungen
(Herzinfarkt, Schlaganfall,
Bluthochdruck usw.)
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Hyperurikämie (Gicht)
- Krebserkrankungen
- Usw.



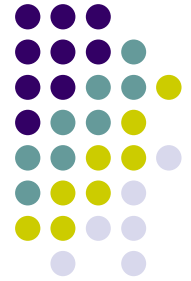
Strukturelle Benachteiligungsaspekte – Hartz IV:

Finanzielle Ausgangssituation:



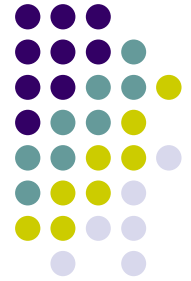
- Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe = Arbeitslosengeld 2:
 - West: 345 €
 - Ost: 331 €
- Für eine allein stehende Person sind **4,02 €** pro Tag für Lebensmittel vorgesehen !
- Für eine z.B. allein erziehende Mutter mit einem 10 Jährigen Kind stehen **pro Tag 7,05 € für Lebensmittel** zur Verfügung !
- Dies bedeutet konkret folgendes:

Experiment der Redaktion der Sendung Planet-Wissen zum Thema: Schattendasein – Armut in Deutschland (7.11.2005)

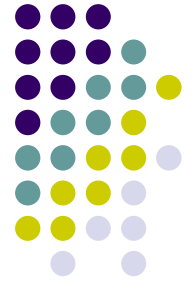


- Nachfrage bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, was für eine ausgewogene Ernährung notwendig ist, was also eine Mutter und ein Kind um die 10 Jahre täglich essen sollten, um gesund zu leben.

Tagesration nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung:



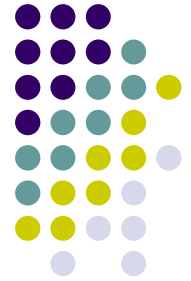
- 450 g Vollkornbrot (0,45 €)
- 100g Früchtemüsli (0,45 €)
- 1,5 l Apfelsaft (0,70 €)
- 1,5 l Mineralwasser (0,20 €)
- 500 g Gemüse (0,50 €)
- 500 g Kartoffeln, Nudeln oder Reis (Spaghetti: 0,30 €)
- 500 g Frischmilch (0,30 €)
- 200 g Joghurt, fettarm (0,20 €)



Fortsetzung der Ernährungsliste:

- 80 g Käse (45% Fett) (0,50 €)
- 100 g Wurst (1,00 €)
- 125 g fettarmes Fleisch oder Fisch oder Geflügel (Schweinefleisch: 1,25 €)
- 40 g Butter (0,12 €)
- 35 ml Sonnenblumenöl (0,04 €)
- 35 g Marmelade (0,08 €)
- 160 g Kuchen (1,30 €)

Einkaufsorte:



- Fleisch und Wurst wurden frisch beim Metzger eingekauft
- Die sonstigen Lebensmittel wurden in einem Supermarkt gekauft.



Ergebnis:

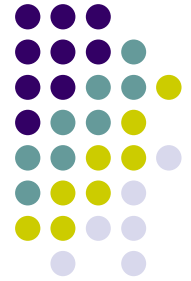
- Insgesamt wurden 8,39 € ausgegeben.
- Zur Verfügung standen 7,05 €!
- Differenz pro Tag: **1,34 €**
- Minusbetrag in einem Monat: **40,20 €**
- Also: Auf frische Wurst verzichten, alles im Supermarkt abgepackt kaufen!
Frischgemüse durch Konserven ersetzen.

Der „Ernährungsposten“ innerhalb des Arbeitslosengeldes 2:



- Entspricht mit ca. 35% dem höchsten Einzelposten !
- In absoluten Zahlen:
 - 120,75 € West
 - 115,85 € Ost
- D. h. aber auch, dass dieser Posten variabel benutzt / genutzt werden kann. Aus diesem Budget werden deshalb häufig andere, nicht aufschiebbare Kosten oder sonstige Investitionen finanziert.

Besonders dominierende Erkrankungen:



- Psychosomatische Erkrankungen bzw. Beschwerdekompexe
 - Kopf- und Rückenschmerzen
 - Einschlaf- Durchschlafstörungen
- Zahnkrankheiten
- Infektionskrankheiten
- Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma bronchiale)

Physischer und psychischer Gesundheitszustand: Kinder (Angaben in %) ^a



	Soziale Schicht der Eltern ^b		
	1 (untere)	3 (mitlere)	5 (obere)
(Anteil in der Stichprobe)	(5,3)	(24,2)	(6,2)
Schlechte Gesundheit allg.	16	8	1
Kopfschmerzen ^c	22	13	9
Rückenschmerzen ^c	16	9	7
Nervosität ^c	22	15	8
schlechtes Einschlafen ^c	26	18	16
Hilflosigkeit ^d	14	6	3
Einsamkeit ^e	19	9	9

a: Kontrolle von Alter und Geschlecht

b: Index (Ausbildung/Beruf der Eltern, finanzielle Lage der Familie)

c: täglich, öfters pro Woche; d: immer / sehr oft; e: sehr oft / ziemlich oft

Befragung von 3.328 Schüler (11-15 Jahre) in Nordrhein-Westfalen

Quelle: Klocke/Hurrelmann 1995



Vorgeburtliches Risiko:

- Früh- und Mangelgeburtenzahl signifikant erhöht bei sozio-ökonomisch benachteiligten Müttern
- 30% der Frühgeborenen zeigen später Lernstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Intelligenzentwicklungsstörungen

(Straßburg 1998)



Frühförderung:

- Fast doppelt so hohe Frühförderungsindikationsstellung bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien (Brandenburg 2000)
- Frühförderung bei Kindern aus der sozialen Unterschicht werden häufig vor Ende der als notwendig erachteten Förderungszeit beendet (Compliance/Arztverhalten ?!)
- Frühförderung bei Kindern aus oberen sozialen Schichten gehen oft länger als die als notwendig erachtete Zeit

Zahngesundheit von Kindern : Stadt Brandenburg

(Angaben in % der Schulanfänger)



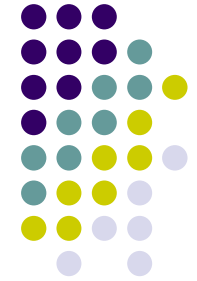
	Soziale Schicht ^a		
	obere	mittlere	untere
(in % aller Schulanfänger)	16	60	24
kariesfrei	43	40	24
saniert	33	23	19
behandlungsbedürftig	24	37	57
	100	100	100

a: Index aus Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern

Daten: 788 Schulanfänger in der Stadt Brandenburg

Quelle: Böhm 2000

Besonderes Risiko: Zahnstatus



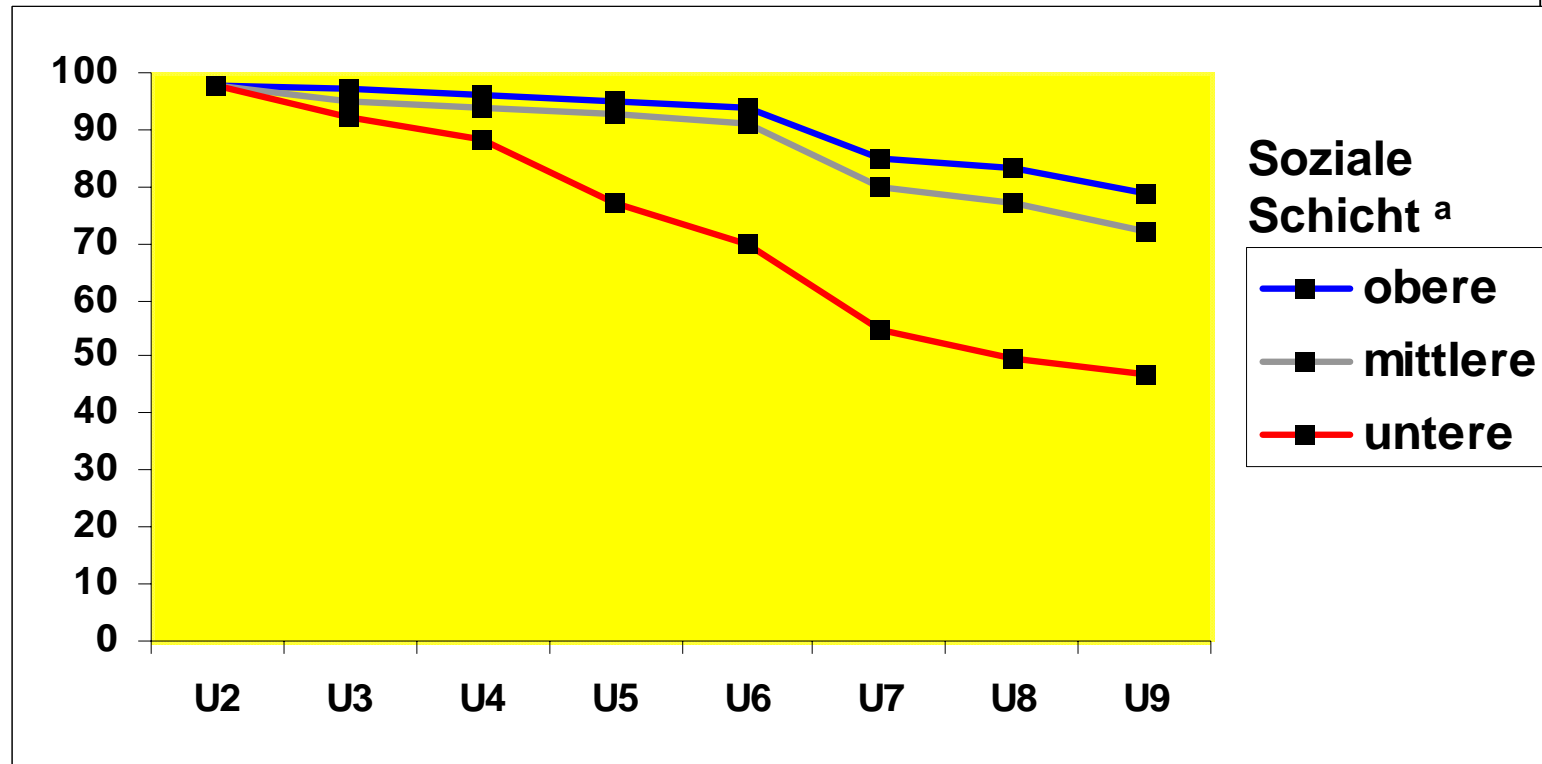
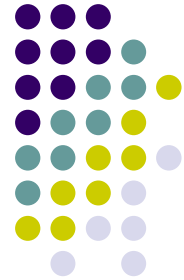
Wird man in Zukunft den Sozialstatus am
Zahnstatus ablesen können ??!!



Gesundheitsprävention !?

In Armut lebende Kinder
haben häufig einen
**unzureichenden
Impfschutz** und nehmen
**Vorsorgeuntersuchungen
nicht in Anspruch**

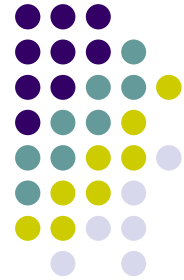
Vollständige Reihe von U2-U9 Untersuchungen



a: Index aus Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern
Schulanfänger in Berlin 1999 (n=20.807)

Quelle: Delekat/Kis 2001(Gesundheitsbericht Berlin, S. 72)

Impfungen (Angaben in %)



	Schultyp			
	Sonder-	Haupt-	Real-	Gymnasium
Hepatitis B (vollst. Grundimmun.)	17,2	25,4	31,7	33,9
Röteln (2 Impfungen)	29,2	36,6	48,6	47,9
Diphtherie (incl. 1. Auffrischung)	72,1	81,8	87,2	90,2

Daten: 5.800 Schüler/innen der 5. und 6. Klasse (Landkreis Göppingen)

Quelle: Oettinger et al. 2000

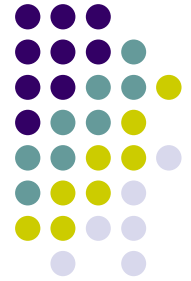
Auswirkungen von Armut auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden:



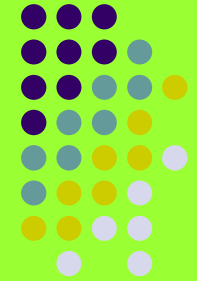
● 2. Auf das psychische Wohlbefinden:

- erhöhter **Suchtmittelkonsum** (Zigaretten, Alkohol)
- fehlende **Zukunftsperspektiven**
- Gefühl von **Vernachlässigung, Hilflosigkeit, Einsamkeit**
- Statussymbolproblematik (Kleidung)

In Armut lebende Kinder



- fühlen sich häufiger hilflos und einsam
- sind schlechter sozial integriert
- haben ein geringeres subjektives Wohlbefinden
- weniger Selbstvertrauen



Soziale Aspekte von Kinderarmut:

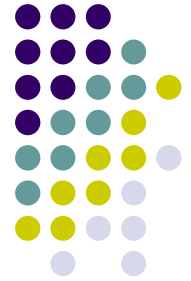
Auswirkungen von Armut auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden:



● 3. Auf das soziale Wohlbefinden:

- **Wohnbedingungen**
- **Wohnumfeld** (u.a. Wohn- und Spielbedingungen, erhöhter Verkehr und erhöhte Unfallhäufigkeit, Fehlen von adäquaten Erlebnisräumen)
- Problem der **sozialen Integration** (u.a. Kontext Armut und Schule)
- eingeschränktes **Freizeitverhalten und Freizeitmöglichkeiten**

Kinderarbeit:

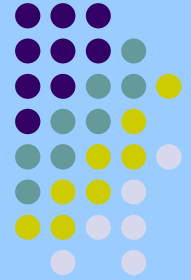


- Schätzungen des Kinderschutzbundes: **ca. 700.000** Minderjährige gehen regelmäßig einer Tätigkeit nach, um Geld zu verdienen (oft zur Anschaffung von Konsumgüter)
- Hypothese: unfreiwillige Kinderarbeit zur finanziellen Absicherung der Herkunftsfamilie nimmt zu (Hilgers 2001, Kinderschutzbund)



Kinderarbeit:

- Kinderarbeit ist mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden
- 1/3 der minderjährigen Erwerbstätigen klagt über Rückenschmerzen
- 40% klagen über körperliche und psychische Belastungen
- jeder Zehnte hatte sich im vergangenen Jahr verletzt („Arbeitsunfall“)
- 50% der untersuchten Arbeitsverhältnisse verstießen gegen Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes

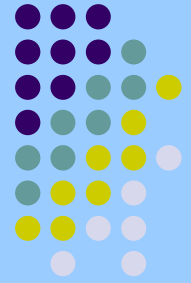


***Pathogenese
versus
Salutogenese***



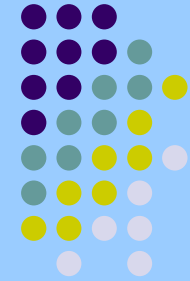
Resilienzforschung

Resilienz-Forschung:



Unter Resilienz versteht man die Fähigkeit(en) von Individuen oder Systemen (z.B. Familie), erfolgreich mit belastenden Situationen (z.B. Unglücken, Notsituationen, traumatischen Erfahrungen, Risikosituationen, Misserfolgen u.ä.) umzugehen.

Stärkung der Resilienz bei Kindern (Basiskompetenzen, einige Beispiele):



- Positives Selbstkonzept
- Anpassungsfähigkeit im Umgang mit Belastungen oder übermäßigen Reizen (einschließlich der Fähigkeit, sich innerlich zu distanzieren)
- Fähigkeit zu konstruktivem Denken (auch bei widrigen Umständen)
- Fähigkeit, sich zu entscheiden und zu organisieren (Selbstmanagement)

§ 20 SGB V : Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung

**Gesundheits-Reform-Gesetz 1989
(bis Beitrags-Entlastungs-Gesetz 1996)**

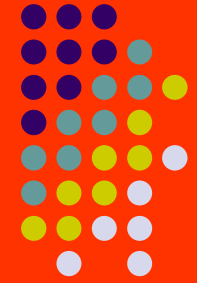


	S o z i a l e S c h i c h t ^a		
	untere	mittlere	obere
Männer			
- Teilnahme jemals	8,9 %	12,4 %	13,4 %
- Teilnahme 1993/1994	5,0 %	5,2 %	5,3 %
Frauen			
- Teilnahme jemals	14,6 %	22,0 %	29,6 %
- Teilnahme 1993/1994	6,4 %	9,1 %	14,3 %

a: altersstandardisierte Unterschiede

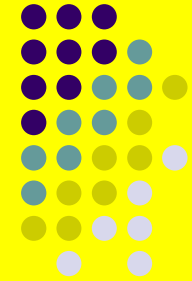
Befragung im Jahr 1994 (5.057 Personen, Deutsche, ab 14 Jahre)

Quelle: Kirschner et al. 1995 (S. 72)



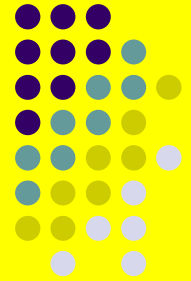
Konsequenzen !?

Konsequenzen „speziell“ (I):



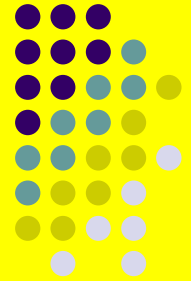
- Gesundheitsprävention unter Berücksichtigung des Settingansatzes (KIGA, KITA, Schule) (§20 Abs. 1 SGB V)
- Screening-Untersuchungen im KIGA/KITA (z.B. Zahnstatus, Gewichtskontrolle)
- Gewichts – und Impfscreeninguntersuchungen in der Schule (nicht nur bei der Einschulung)
- Gesundheitserziehung von Kindern in KIGA und Schule (Fach: Gesundheit)
- Gesundheitserziehung von Eltern sozialer Risikogruppen (Settingansatz)

Konsequenzen „speziell“ (II):



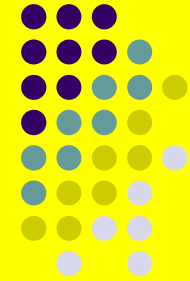
- Verbesserung der ökonomischen Lebensbedingungen von Lebensgemeinschaften mit Kindern
- Kurzzeitkinderbetreuungsmöglichkeiten
- Keine weitere Privatisierung im Gesundheitsbereich, Aufrechterhaltung des Solidarprinzips
- Stärkung von Selbsthilfe-Ressourcen und Eigeninitiative betroffener Familien (Resilienzforschung)

Konsequenzen „speziell“ (III):

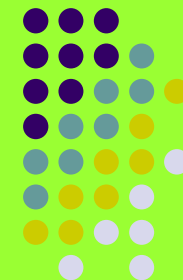


- Niederschwellig angelegte medizinische Sprechstunden („vor Ort“) - Arzt geht zum Patienten („Geh-Struktur“), Sprechstunden in sozialen Brennpunkten (z.B. Ernährungskurse, Beratungen)
- interdisziplinäre Versorgungskonzepte (Sozialpädagogik / Pädagogik & Psychologie & Medizin)
- §37a SGB V Möglichkeit der Soziotherapie auf die interdisziplinäre Betreuung von gefährdeten Kinder ausdehnen

Konsequenzen „speziell“ (IV):

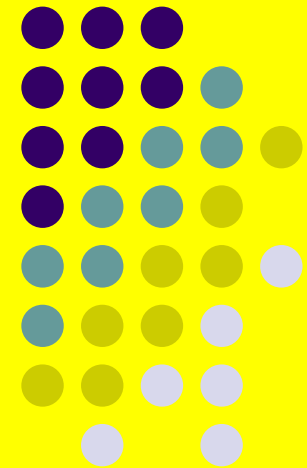


- Stärkere Vernetzung vorhandener zielgruppenorientierter Einrichtungen (z.B. KIGA, KITA, Schule, Jugendhilfe, Jugend-, Sozial-, Gesundheitsamt, Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung / Gesundheitsförderung)
- Einbeziehung der Betroffenen (also auch der Kinder)
- Implementierung von Gesundheitsaspekten, -informationen in den Lebensalltag

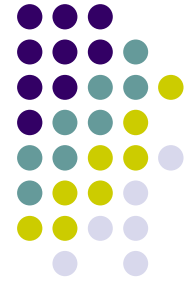


Praxisbeispiel

Gesundheit jetzt - in sozialen Brennpunkten!



Entspannung pur!



Bertrand Russell:

(1872-1970 - brit. Philosoph und Mathematiker)



„Das einzige, was die Menschheit zu retten vermag, ist Zusammenarbeit, und der Weg zur Zusammenarbeit nimmt im Herzen der einzelnen seinen Anfang.“