



ROBERT KOCH INSTITUT  
Statistisches Bundesamt

Kinder und Jugendliche stellen in der Bundesrepublik Deutschland inzwischen diejenige Altersgruppe dar, die am häufigsten von Armutsrisiken betroffen ist. Die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen kann an Umfragedaten und medizinischen Schuleingangsuntersuchungen nachgezeichnet werden. Dabei wird ein ungünstigerer Gesundheitsstatus der Kinder und Jugendlichen aus Armutsfamilien gegenüber ihren Altersgleichen aus den höheren sozialen Schichten erkennbar. Die langfristigen Perspektiven sind nicht klar zu benennen, jedoch muss von einer erhöhten Morbiditätsrate im weiteren Lebensverlauf ausgegangen und mit zusätzlichen Kosten für das Gesundheitswesen gerechnet werden.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes  
Heft 03/01

## Armut bei Kindern und Jugendlichen

© Robert Koch-Institut

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

Gesundheitsberichterstattung des Bundes  
Heft 03/01

**Armut bei Kindern und Jugendlichen  
und die Auswirkungen auf die Gesundheit**

Children and adolescents are the most likely group in Germany, being affected by poverty. The impact of poverty on the health status and the health behaviour of young people can be demonstrated on survey data and school entering medical screenings. The main finding is that young people from less well-off families have a significant less favourable health-status than children from higher status families.

*Autor: Prof. Dr. Andreas Klocke*

*Herausgeber: Robert Koch-Institut*

## Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die GBE des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei. Nicht zuletzt bietet sie allen Interessierten eine daten-gestützte Informationsgrundlage.

Nach dem Erscheinen des ersten kompletten *Gesundheitsberichts für Deutschland*<sup>1</sup> wird die Gesundheitsberichterstattung durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten und weiter ausgestaltet. Dies gewährleistet:

- ▶ aktuelle Berichte,
- ▶ ein flexibles Themenspektrum,
- ▶ die Berücksichtigung des Leserinteresses.

Schwerpunktberichte und Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung ergänzen und vertiefen die regelmäßig erscheinenden Hefte.

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- ▶ Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- ▶ Gesundheitliche Lage
  - ▶ Gesundheitliche Lage ausgewählter Bevölkerungsgruppen
    - ▶ *Armut bei Kindern und Jugendlichen* (03/01)

- ▶ Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
- ▶ Krankheiten / Gesundheitsprobleme
- ▶ Ressourcen der Gesundheitsversorgung
- ▶ Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Dieser Aufbau liegt dem 1998 erschienenen *Gesundheitsbericht für Deutschland* mit über 100 verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen zugrunde und ist kompatibel mit dem Aufbau der GBE in den Bundesländern. In diese Struktur integrieren sich auch die bereits erschienenen Themenhefte.

Der *Gesundheitsbericht für Deutschland* ist über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) abrufbar. Darüber hinaus bietet das Informationssystem eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Informationen und Kennziffern zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. Die Zusammenarbeit des Robert Koch-Instituts mit dem *Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten* am Statistischen Bundesamt gewährleistet die Einbeziehung valider und aktueller Daten in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 01/00 »Schutzimpfungen«
- Heft 01/01 »Sterbebegleitung«
- Heft 02/01 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«

Die Berichte können über das Robert Koch-Institut bezogen werden und stehen außerdem unter [www.rki.de](http://www.rki.de) zur Verfügung.

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart (Metzler-Poeschel) 1998

## Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit

### Einleitung

Aus der sozialepidemiologischen Forschung ist bekannt, dass soziale Ungleichheit die Gesundheit von Menschen mitbestimmt. Auch bei Berücksichtigung weiterer Faktoren, wie Lebenswandel, Gesundheitsverhalten oder genetische Disposition, bleibt ein eigenständiger Einfluss der Lebenslage, des sozioökonomischen Status, der Berufsgruppe oder des Wohnumfeldes auf die Gesundheit der Menschen bestehen. Wohl lässt sich auch der Umkehrschluss vornehmen, nach dem chronische Krankheiten zu einem langfristigen sozioökonomischen Abstieg der Betroffenen bzw. deren Familie führen können, da mitunter nur noch eine eingeschränkte Teilnahme am Arbeitsmarkt möglich ist und finanzielle Einbußen sowie soziokulturelle Einschränkungen nicht völlig kompensiert werden können. Mit Bezug auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen ist eine familiäre Armutssituation im Allgemeinen jedoch nicht über gesundheitliche Beeinträchtigungen der Kinder herbeigeführt, obwohl dies z. B. bei gravierenden chronischen Erkrankungen der Kinder auch möglich ist, indem die Eltern für Betreuungsaufgaben und -ausgaben auf andere Verdienstmöglichkeiten verzichten bzw. hohe Kosten tragen müssen. Wenn Kinder und Jugendliche in Armut aufwachsen, dann ist dies in der Regel über eine Armutssituation der Eltern begründet. Dabei lassen sich eigenständige Effekte der Armut nicht von Einflüssen der sozialen Schichtung bzw. des sozialen Milieus trennen. So ist bekannt, dass etwa die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter oder der Sanierungsstand

der Zähne mit dem beruflichen Status bzw. der Schichtzugehörigkeit der Eltern variiert (Tabelle 1 und 2).

Gut erkennbar ist, dass sowohl die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) als auch der aktuelle Zustand der Zahngesundheit nach der sozialen Schichtzugehörigkeit verteilt ist. Dabei gehören die Früherkennungsuntersuchungen zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, sie können also ohne private 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: Je höher der soziale Status, desto größer der Anteil der Inanspruchnahme. Ähnlich verhält es sich mit der Zahngesundheit, die ebenfalls soziale Milieunterschiede zum Ausdruck bringt. Neben verschiedenen Ernährungsmustern greift hier eine soziokulturell geprägte Selbstverständlichkeit der

**Tabelle 1**  
Nicht-Teilnahme an den U1- bis U9 Untersuchungen  
in Prozent

Datenbasis: Einschulungs-Untersuchung 1993 in Braunschweig, N=1.588  
Quelle: Schubert 1996, zit. nach Mielck 2000

Untersuchungen	Niedriger beruflicher Status der Eltern	Mittlerer oder Höherer beruflicher Status der Eltern
U1 (1. Lebenstag)	4,8	1,9
U2 (3.-10. Lebenstag)	4,6	2,1
U3 (4.-6. Woche)	7,4	2,8
U4 (3.-4. Monat)	7,9	2,8
U5 (6.-7. Monat)	9,4	4,0
U6 (10.-12. Monat)	10,5	4,8
U7 (21.-24. Monat)	12,2	6,7
U8 (43.-48. Monat)	13,5	9,4
U9 (60.-64. Monat)	31,4	29,8

Tabelle 2

**Soziale Schicht und Zahngesundheit bei Schulkindern – Anzahl der kariösen, wegen Karies entfernten oder gefüllten Zähne**

Stichprobe: 895 bzw. 788 Kinder aus den alten bzw. neuen Bundesländern (Deutsche)

Datenbasis: Befragung/Untersuchung in den alten (1989) und neuen (1992) Bundesländern

Quelle: Micheelis &amp; Bauch 1991, 1993; zit. nach Mielck 2001; Darstellung bearbeitet

Alter	Soziale Schicht der Eltern		
	untere Schicht	mittlere Schicht	obere Schicht
Alte Bundesländer			
8-9 Jahre*	5,0	3,4	2,2
8-9 Jahre	2,1	1,3	1,0
13-14 Jahre	6,1	5,1	2,9
Neue Bundesländer			
8-9 Jahre*	4,3	3,9	3,2
8-9 Jahre	1,1	1,0	1,1
13-14 Jahre	4,9	4,3	3,6

\* Milchzähne

Zahnhygiene. Deutlich ist an diesen Statistiken eine soziale Stufenfolge des Gesundheitsverhaltens ablesbar. Armut, als unterste Stufe der sozialen Schichtung, kann als eigenständige Kategorie ausgewiesen, nicht aber logisch von dem Gefüge sozialer Ungleichheit getrennt werden. Damit sind auch die Einflüsse der Armut auf die Gesundheit der Menschen nicht von den Einflüssen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungsschicht oder zu einem sozialen Milieu zu trennen.

Die Zusammenhänge von sozialer Herkunft und Entwicklungsverzögerungen, wie sie in den letzten Jahren in einer Vielzahl von sozialpädagogischen Untersuchungen nachgewiesen wurden, zeichnen das Bild einer Kumulation und Verschränkung von Benachteiligungen der Kinder aus sozial schwachen Familien: Neben schlechteren Startchancen in Schule und Beruf kommen ein oftmals schlechterer Gesundheitszustand und ungünstige Gesundheitsverhaltensmuster zum Tragen. Entsprechend belegen Schuleingangsuntersuchungen einen erhöhten Förderbedarf bei Kindern aus sozial schwachen Familien, auch zeigt sich ein erhöhter Bedarf in Stadtteilen mit einer überdurchschnittlichen Sozialhilfedichte. Gleichzeitig weist die neuere sozialpsychologische Forschung aus, dass die Ergebnisse des Sozialisationsprozesses durch eine Vielzahl von Faktoren mitbestimmt werden, also Armut nicht generell zu erhöhter Morbidität führt, sondern auch, dass das Familienklima, die Gleichaltrigengruppe, die Nachbarschaft und die Schule Schutzfunktionen

übernehmen können. Unbestritten ist aber: Kinder und Jugendliche in Armut tragen ein objektiv erhöhtes Risiko einer ungünstigen Gesundheitsbiografie.

### Verbreitung und Ursachen der Armut im Kindes- und Jugendalter

Ein oftmals kontroverser Punkt in der Diskussion über die Verbreitung von Armut in Deutschland ist die Frage nach der Bezugsgröße. Offenkundig ist, dass Armut in Deutschland nicht mit der anderer Regionen der Welt vergleichbar ist. Es wird folglich kurz das Grundverständnis von Armut betrachtet: Armut kann absolut und relativ gefasst werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass es in Wohlfahrtsstaaten wie der Bundesrepublik Deutschland absolute Armut nur in sehr geringer Zahl gibt. Mit absoluter Armut ist ein Niveau bezeichnet, unterhalb dessen die unumgänglich lebensnotwendigen Grundlagen (Essen, Kleidung und Wohnen) fehlen.

Wenn von Armut in Deutschland gesprochen wird, dann ist überwiegend eine relative Armut gemeint. Die relative Armut bezeichnet Personen oder Familien (Haushalte), die über nur so geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in der Bundesrepublik als unterste Grenze des Akzeptablen angesehen wird. Zur Bestimmung

dieser Grenze sind verschiedene Wege vorgeschlagen worden, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

### Relative Einkommensarmut

Von relativer Einkommensarmut wird gesprochen, wenn das Nettoeinkommen einer Person weniger als die Hälfte des durchschnittlichen äquivalenzgewichteten Nettoeinkommens in der Bundesrepublik Deutschland beträgt. Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen wird in Beziehung zu der Anzahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder gesetzt (die so genannten Bedarfs- oder Personengewichte). Die Verwendung von Personengewichten ermöglicht den Vergleich unterschiedlich großer Haushalte. Diese Gewichte steuern neben der Auswahl des verwandten Mittelwertes, z. B. arithmetisches Mittel oder Median, und der Entscheidung für einen Schwellenwert, z. B. 50 % oder 60 %, maßgeblich die Höhe der Armutsquote.

### Unterversorgungsarmut (Lebenslagenansatz)

Armut wird in diesem übergreifenden Konzept über eine kumulative Unterversorgung in einzelnen Lebensbereichen ermittelt. Das Konzept geht von mehreren Lebensbereichen aus, die für ein soziokulturell angemessenes Leben als zentral angesehen werden. Zu diesen Lebensbereichen gehören: Einkommen, Arbeit, Ausbildung und Wohnen. Darüber hinaus lassen sich noch weitere Bereiche anführen, wie Gesundheit, Freizeit oder kulturelle Teilhabe. Keineswegs geklärt ist allerdings die Frage, welche dieser Lebensbereiche in die Analyse einbezogen werden sollen und wie die Schwellenwerte zu bestimmen sind. Obwohl in der Armutsdiskussion einhellig der multidimensionale und ganzheitliche (sozialökologische) Charakter der Armut hervorgehoben wird, gibt es nur wenige Studien, die dieses Konzept in der Analyse nutzen.

### Deprivationsarmut

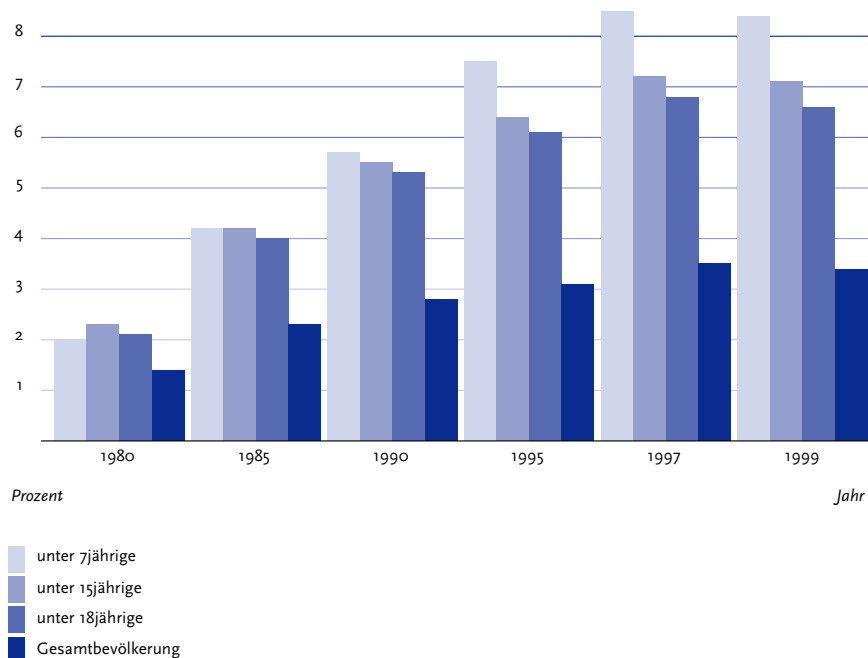
Ein anderer Weg der Armutsmessung geht so vor, dass zunächst auf empirischer Basis der allgemein notwendige Lebensstandard aus Sicht der Bevölkerung ermittelt wird. Als arm werden dann die Personen klassifiziert, die über eine bestimmte Anzahl dieser als notwendig angesehenen Ausstattungsmerkmale des Lebensstandards nicht verfügen, weil sie sich diese aus finanziellen Gründen nicht leisten können. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Dinge, auf die bewusst verzichtet wird (»Lebensstil«), nicht als Deprivation gewertet werden.

### Armut, gemessen an politisch-normativen Vorgaben

Ein häufig in der öffentlichen Diskussion herangezogener Indikator der Armutsentwicklung ist der Bezug von Sozialhilfe. Im Rückgriff auf das Verständnis von Armut als Bedürftigkeit findet dieses Maß aber auch in wissenschaftlichen Analysen Anwendung. In der Regel wird die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt als Sozialhilfebezug ausgewiesen. Die Vermittlung eines unmittelbaren Zusammenhanges zwischen Sozialhilfe und Armut ist jedoch problematisch. So kann sich beispielsweise durch eine Anhebung der Leistungen der Sozialhilfe der Kreis der Anspruchsberechtigten ausweiten. Eine derartige Entwicklung ist dann nicht als Anzeichen steigender Armut, sondern als Verbesserung der Lebenslage auf Sozialhilfe angewiesener Menschen anzusehen. Ein weiteres Problem der Sozialhilfe als Gradmesser der Armut ist die Dunkelziffer. Schätzungen gehen, je nach sozialer Gruppe, von mindestens 50 % der Berechtigten aus, die von ihrem Rechtsanspruch, aus welchem Grund auch immer, keinen Gebrauch machen. Auch wenn die Sozialhilfe ein staatliches Instrument zur Bekämpfung der Armut ist, kann eine länger dauernde Angewiesenenheit auf Sozialhilfe zu einem Leben auf unterem Lebensstandard führen.

Trotz aller Unterschiede in der Berechnung hat sich die Position durchgesetzt, dass Armut erstens eine relative Größe ist und dass sie zweitens

**Abbildung 1**  
Kinder und Jugendliche in der Sozialhilfe<sup>1</sup> am Jahresende im Zeitvergleich, Anteil an der Bevölkerung gleichen Alters in Prozent (bis einschließlich 1990: früheres Bundesgebiet, ab 1991: Deutschland)  
Quelle: Zimmermann, G. E. 2001, bearbeitete grafische Darstellung



mehrere Facetten und Aspekte der Lebenswelt umfasst, ohne jedoch deren jeweilige Dimensionen einvernehmlich zu benennen. Hinzu kommt, dass Armut in einer Gesellschaft oder für eine Altersgruppe nicht mit einer einzigen Ziffer bzw. Quote »richtig« angegeben werden kann, denn es gibt gegenwärtig keine wissenschaftlich allgemein akzeptierte Definition von Armut. In Abbildung 1 wird zunächst ein Überblick über den Anstieg der Zahl der Sozialhilfeempfänger in den letzten zwei Jahrzehnten gegeben.

Die Abbildung verdeutlicht zum einen den generellen Anstieg des Anteils von Sozialhilfeempfängern in Deutschland, und zum anderen ist erkennbar, dass insbesondere die Gruppe der sozialhilfebeziehenden Kinder und Jugendlichen überproportional angewachsen ist. In Tabelle 3 wird ergänzend hierzu ein Überblick über das

Betroffensein der Kinder und Jugendlichen von relativer Einkommensarmut in den letzten zehn Jahren gegeben.

Es kann festgehalten werden, dass Kinder und Jugendliche überproportional stark von relativer Einkommensarmut betroffen sind. So sind im Jahre 1998 15 % der unter 18jährigen in West- und 8 % in Ostdeutschland arm<sup>2</sup>. Die Vergleichszahlen der Erwachsenen liegen mit 9 % in Westdeutsch-

- 1 Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen
- 2 Die höheren Armutsquoten in Westdeutschland hängen mit der größeren Einkommensspreizung zusammen. In Ostdeutschland sind die Haushaltseinkommen konzentrierter, was zu niedrigeren Armutsquoten führt. Ein Blick auf die Äquivalenzeinkommen zeigt aber auch, dass in Ostdeutschland die Einkommen um etwa ein Fünftel unter denen in Westdeutschland liegen.

**Tabelle 3**  
Armutsquoten nach Altersgruppen 1988-1998; Personenquoten in Prozent  
Quelle: SOEP 1988-98, gewichtete Daten

Armut	1988*		1990		1992		1994		1996		1998	
	West	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	
Äquivalenzeinkommen**	1502	1690	783	1833	1145	1960	1486	2061	1644	2073	1708	
Armutsquote***	751	845	392	917	572	980	743	1030	822	1036	854	
Armutsquote (%)	10,1	9,1	3,7	8,6	5,9	9,5	7,5	9,5	4,6	9,4	4,7	
Nach Altersgruppen												
0-18 Jahre	17,1	13,9	5,2	12,8	9,2	14,6	12,1	14,2	7,8	15,2	7,9	
19-65 Jahre	8,6	8,3	2,4	7,3	5,4	8,5	6,8	8,7	4,2	8,5	4,6	
über 65 Jahre	7,6	6,2	7,4	8,0	1,7	6,2	2,7	6,3	1,4	5,2	0,9	

\* nur Westdeutschland; \*\* Äquivalenzeinkommen in DM, berechnet nach den OECD-Regelsatzproportionen (alt), arithmetischer Mittelwert; \*\*\* Armutsquote in DM, 50 % Schwellenwert vom äquivalenzgewichteten Durchschnittseinkommen, für West- und Ostdeutschland getrennt berechnet

land und 5 % in Ostdeutschland signifikant unter den Armutsquoten der Kinder und Jugendlichen. Weiterhin ist bekannt, dass Alleinerziehende, Haushalte mit mehreren Kindern sowie ausländische Haushalte ein erhöhtes Armutsrisiko tragen. Das häufigere Betroffensein der Kinder und Jugendlichen von Armut hängt mit strukturellen Veränderungen in der Gruppe der Armutsbevölkerung zusammen:

- Bis etwa Mitte der 80er Jahre galt, dass überwiegend ältere Menschen und insbesondere Frauen mit unzureichender Rente in Armut lebten. Heute ist die Hauptursache für das Betroffensein von Armut die Arbeitslosigkeit. Arbeitslosigkeit bezieht sich auf Personen im erwerbsfähigen Alter, also Menschen im Alter von etwa 20 bis 60 Jahren, die in der überwiegenden Zahl in Familien (Eltern mit Kindern) leben. Somit wachsen immer mehr Kinder über eine kürzere oder längere Zeit in Armut auf.
- Trennungen und Scheidungen haben in der Bundesrepublik in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen, statistisch wird heute jede dritte Ehe geschieden. Bei jeder zweiten Scheidung sind Kinder betroffen. Die Mehrheit der Frauen und Mütter hat durch Scheidung mit sehr viel größeren Einkommenseinbußen zu rechnen als Männer. Frauen sind es jedoch in der ganz überwiegenden Zahl, die als Allein-

erziehende die Nachscheidungsfamilie »ernähren« müssen:

- So hat der Anteil von Alleinerziehenden in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Insgesamt sind 17 % aller Familien in West- und 30 % in Ostdeutschland Einelternfamilien. Von diesen Familien lebt knapp ein Drittel an der Armutsquote.
- Kinderreiche Familien stellen eine weitere Bevölkerungsgruppe, die von Armut bedroht ist. Kinder verursachen in der Bundesrepublik monatliche Kosten, die gegenwärtig mit mindestens 500 bis 800 DM pro Kind zu veranschlagen sind. Bei drei und mehr Kindern ergeben sich monatliche Ausgaben, die eine Familie mit durchschnittlichem Einkommen in den Bereich der Einkommensarmut drängen.

Diese Entwicklungen machen deutlich, warum Kinder und Jugendliche stark von Armut betroffen sind. Neben einer wachsenden Minderheit der Kinder und Jugendlichen, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, lebt auf der anderen Seite des sozialen Spektrums eine ebenfalls wachsende Zahl in sehr wohlhabenden Familien. Die Auseinanderentwicklung der Lebensbedingungen der heranwachsenden Generation hat deutliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher.

## Gesundheitliche Auswirkungen der Armut im Kindes- und Jugendalter

Eine Vielzahl von Studien belegt: Soziale Ungleichheit und Armut wirken sich auf den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen aus. Die körperliche Leistungsfähigkeit und die psychische Ausgeglichenheit steuern weiterhin viele der alltäglichen Interaktionschancen und die Teilhabe an der Jugendkultur und berühren somit den gesamten Prozess des Aufwachsens der jungen Generation. Eine Untersuchung der Arbeiterwohlfahrt in Kindertagesstätten verdeutlicht den kumulativen Effekt der Armut im Kindesalter, demnach ist jedes dritte arme Kind in mehr als einem

Lebensbereich benachteiligt. So kommen etwa 16 % der armen Kinder hungrig in die Kindertagesstätten, 15 % werden als ungepflegt und vernachlässigt charakterisiert, weitere 15 % sind häufig krank, 11 % haben eine chronische Erkrankung und etwa 10 % sind in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben. Entwicklungsverzögerungen bei Kindern aus sozial schwachen Familien werden auch in Schuleingangsuntersuchungen aufgedeckt: Kinder aus sozial schwachen Elternhäusern zeigen mehr Sprach- und Sprechstörungen, weisen körperliche und intellektuelle Entwicklungsrückstände, Übergewicht sowie kinderpsychiatrische Störungen, wie z.B. Einnässen auf.

**Tabelle 4**  
Gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen nach der sozialen Lebenslage in Prozent (gerundet)  
Datenbasis: HBSC Survey 1998, Universität Bielefeld, Altersgruppe der 12- bis 16jährigen

Gesundheitsindikatoren	Armutgruppe*	Übrige	Odds Ratio**
Gesundheitszustand Nicht sehr gut	12	7	1,8
Subjektives Wohlbefinden Nicht sehr glücklich	20	11	2,1
Selbstbewusstsein Selten/Nie	24	16	1,6
Hilflosigkeit Häufig/Immer	9	4	2,3
Einsamkeit Sehr/Ziemlich oft	16	9	1,9
Fühle mich allgemein schlecht Öfters in der Woche	9	5	2,0
Schlafstörungen Öfters in der Woche	25	20	1,4
Kopfschmerzen Öfters in der Woche	14	12	***
Magenschmerzen Öfters in der Woche	11	7	1,8
N = 3272	588	2575	

die Zusammenhänge sind signifikant auf dem Niveau  $p < 0,05$ ; \* Armut ist in Anlehnung an den Lebenslagenansatz berechnet. Der berechnete Summenwert sozialer Ungleichheit wurde in Quintile eingeteilt. Das unterste Quintil wird als Armutgruppe verstanden; \*\* die Odds Ratio-Werte zeigen hier an, um das Wievielfache das Risiko in der Armutgruppe erhöht ist, seelische und gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erfahren; \*\*\* nicht signifikant

Den Auswirkungen sozialer Randstellung auf die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kommt aus entwicklungspsychologischer Sicht unfraglich eine große Bedeutung zu. Eine Nichtteilnahme an den Alltagsroutinen der Gleichaltrigen und ein partieller Ausschluss von den Symbolen der Warenwelt wird in dieser Entwicklungsphase von den Jugendlichen als besonders belastend empfunden und erschwert den Prozess ihrer sozialen und gesellschaftlichen Platzierung in diesem Lebensabschnitt. In Tabelle 4 sind Ergebnisse einer Befragung von Schulkindern aufgeführt.

Es kann durchgängig ein Einfluss der sozialen Lage auf die von den Kindern und Jugendlichen empfundene psychosoziale Gesundheit abgelesen werden. In Armut aufgewachsene Kinder und Jugendliche, weisen hierbei eine signifikant höhere psychosoziale Morbidität auf: Ängstlichkeit, Hilflosigkeit und ein geringeres Selbstvertrauen. Dass nicht alle Kinder und Jugendliche Armut gleichermaßen belastend empfinden und entsprechend stabil und unbeeindruckt Armut verarbeiten, ist ebenfalls erkennbar und verschiedentlich behandelt worden. So berichtet beispielsweise ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Armut, dass sie ihr subjektives Wohlbefinden als »nicht sehr glücklich« einschätzen, vier Fünftel geben aber eine positive(re) Bewertung ab. Im Aggregat betrachtet, ist jedoch der Zusammenhang von Armut und psychosozialen gesundheitlichen Belastungen unübersehbar. Die Odds Ratio-Werte in der Tabelle 4 zeigen an, um das Wievielfache das Risiko in der Armutgruppe erhöht ist, seelische und gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erfahren. So ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder und Jugendlichen ihren Gesundheitszustand als »nicht sehr gut« bewerten, in der Armutgruppe gegenüber den nicht-armen Jugendlichen um das 1,8fache erhöht. Die Wahrscheinlichkeit, gesundheitliche Belastungen auf Grund der Armut zu erfahren, schwankt je nach Indikator, ist jedoch immer erhöht (> 1). Damit wird deutlich, dass durchgängig ein Einfluss der Armutlage auf das gesundheitliche Befinden und die Lebensfreude der Kinder und Jugendlichen vorliegt. Die erhöhte psychosoziale Morbidität der Kinder und Jugendlichen aus den sozial schwachen Familien weist auf Konsequenzen für die kindlichen und jugend-

lichen Sozialbeziehungen und die Sozialisation hin. Rückzug aus sozialen Kontakten und eine zunehmende Einsamkeit, wie es als Reaktionsmuster von armen Menschen im Erwachsenenalter bekannt ist, zeigt nach den präsentierten Befunden seine Gültigkeit auch für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen in Armutfamilien. 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 oftmals mit Rückzug.

## Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten

Da die im Jugendalter eingespielten und verfestigten Gesundheitsverhaltensmuster oftmals im weiteren Lebensverlauf beibehalten werden, kommt der Analyse der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen eine große Bedeutung zu. Der Einfluss der Armut auf einige ausgewählte Felder des Gesundheitsverhaltens ist in Tabelle 5 dargestellt.

Gut erkennbar ist, dass die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus Armutfamilien durchgängig ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweist. So ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die als regelmäßige (tägliche) Raucher anzusehen sind, in der Armutgruppe erhöht. Ähnliche, auf Grund der geringen Prävalenzraten jedoch nur mit Vorsicht zu interpretierende Unterschiede zeigen sich beim regelmäßigen Alkoholkonsum. Die Zahnhygiene (vgl. auch Tabelle 2) ebenso wie die nur geringe Teilnahme an sportlichen Aktivitäten (außerhalb des Schulsports) oder der überdurchschnittliche TV Konsum belegen hingegen klar ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus den sozial schwachen Familien.

Jugendliche Ernährungsmuster sind vor dem Hintergrund von sozialer Herkunft, Einbindung in die Jugendkultur und Jugendtreffpunkten (oftmals Fastfood-Restaurants) zu interpretieren. Eine Bewertung des jugendlichen Ernährungsverhaltens als gesundheitsförderlich bzw. gesundheits-

**Tabelle 5**  
**Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen nach der sozialen Lebenslage**  
*in Prozent (gerundet)*  
 Datenbasis: HBSC Survey 1998, Universität Bielefeld, Altersgruppe der 12- bis 16jährigen

Gesundheitsverhaltensmuster	Armutsgroupe*	Übrige	Odds Ratio**
Zigaretten rauchen Täglich	21	15	1,5
Alkohol trinken Täglich	2	1	***
Zähneputzen Selten/Nie	7	3	2,7
Sport Selten/Nie	13	8	1,6
TV Konsum Mehr als 4 Std./Tag	31	20	1,8
Obst Selten/Nie	10	9	***
Vollkornbrot Selten/Nie	35	27	1,4
Gemüse, gekocht Täglich	19	25	1,5
Hamburger Täglich	5	3	2,0
Kaffee Täglich	20	13	1,6
Pommes Frites Täglich	6	5	***
Cola, Süßgetränke Täglich	54	45	1,4
N = 3272	588	2575	

die Zusammenhänge sind signifikant auf dem Niveau  $p < 0,05$ ; \* siehe Anmerkung \* in Tabelle 4; \*\* die Odds Ratio-Werte geben hier das relative Risiko an, in welchem Umfang unerwünschte Gesundheitsverhaltensmuster auf Grund der Armutslage erhöht sind; \*\*\* nicht signifikant

abträglich kann zudem nur im Zusammenhang von Art und Zubereitung der Nahrungsmittel (qualitativer Aspekt) sowie der Menge und der Regelmäßigkeit der Nahrungszufuhr (quantitativer Aspekt) vorgenommen werden. Trotz dieser methodologischen Schwierigkeiten kann man resümieren, dass Mangel-, Fehl- oder Überernährung für eine Vielzahl von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden verantwortlich sind. Im Kindes- und Jugendalter stehen insbesondere hyperkalorische und fettreiche Lebensmittel für eine gesundheitsabträgliche Ernährung. Wie die Ernährungsindikatoren in Tabelle 5 zeigen, weisen die Kinder und Jugendlichen aus Armuts-

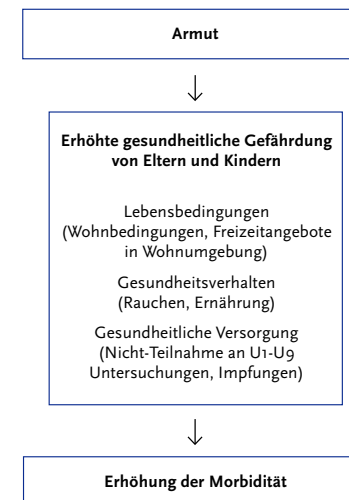
familien oftmals ein ungünstigeres Ernährungsverhalten auf. Da Ernährungswissenschaftler und Sozialepidemiologen darauf hinweisen, dass eine Vielzahl von Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden im Erwachsenenalter auf Fehlernährung zurückzuführen sind, die im Kindes- und Jugendalter »eingeebnet« wurden, muss eine ungünstigere Gesundheitsbiografie der Kinder und Jugendlichen aus Armutsfamilien angenommen werden.

Der von BMG und BMBF finanzierte bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Institutes wird umfassende Aussagen über diese wichtige Fragestellung ermöglichen.

## Ausblick und Handlungsmöglichkeiten

Die langfristigen Auswirkungen von Armut auf die Gesundheitsbiografie der Kinder und Jugendlichen sind keineswegs eindeutig zu bestimmen. Dass gesundheitliche Einschränkungen und insbesondere verfestigte ungünstige Gesundheitsverhaltensmuster langfristige Auswirkungen auf die Vitalität bzw. Morbidität der Menschen haben und damit auch nachdrücklich die zukünftigen Aufgaben und Kosten des Gesundheitswesens mitbestimmen, ist hingegen erwartbar. Die hier zusammengestellte Querschnittsbetrachtung verweist auf deutliche Beeinträchtigungen der psychosozialen Gesundheit ebenso wie auf unerwünschte Gesundheitsverhaltensmuster der Kinder und Jugendlichen aus Armutsfamilien. Gerade das Zusammenspiel von einerseits unerwünschten Gesundheitsverhaltensmustern und andererseits schon vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen skizziert eine ungünstige Gesundheitsbiografie dieser Jugendlichen (Abbildung 2).

**Abbildung 2**  
**Modell der Verknüpfung von Armut und Krankheit im Kindes- und Jugendalter**  
 nach Mielck, 2001



tionen skizziert eine ungünstige Gesundheitsbiografie dieser Jugendlichen (Abbildung 2).

Das Modell formuliert eine Vermittlung von Armut im Elternhaus auf die Erhöhung der Morbidität der Kinder und Jugendlichen und greift dabei sowohl auf die sozialen Rahmenbedingungen (Wohnumfeld) als auch auf das Gesundheitsverhalten (Rauchen und Ernährung) sowie auf die soziale Kompetenz der Eltern (Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen) zurück. Auf die möglichen Rückwirkungen einer erhöhten Morbidität auf die Verfestigung von Armutslagen wird ebenfalls hingewiesen. Armut steht also in einem Wechselverhältnis zu anderen Lebensbereichen (Wohnen, Bildung, Freizeit) und hat dadurch für die von Armut betroffenen Kinder unterschiedliche Folgen. Können kurzfristige Armutsepisoden von den Familien oftmals noch gut verarbeitet werden, so ist insbesondere für Kinder aus besonders belasteten Familien (Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten, unzureichende Wohnbedingungen, schlechte Bildungschancen) eine riskante Gesundheitsbiografie angelegt. Insgesamt muss festgehalten werden: Die Folgen der Armut für Kinder sind maßgeblich durch die sozialökologischen Rahmenbedingungen (Familienklima, Schulkultur und Nachbarschaft) beeinflusst.

Armut wirkt sich auf die gesamte Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen aus, zugleich können zahlreiche Schutzfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen unterschieden werden. Ansätze und 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. Alleinerziehenden überhaupt erst ermöglichen, eine Berufstätigkeit aufzunehmen. Nicht nur eine materielle Besserstellung einzelner besonders privater Familien ist hier angezeigt, sondern eine Schwerpunktsetzung der Familienpolitik in Richtung einer kinderfreundlichen Gesellschaft, die zugleich als eine Politik für eine soziale, seelische und körperliche Gesundheit der Kinder gelesen werden kann. Ganztagesbetreuung für Kinder, Ganztagschulen sowie flexible und moderne Firmenkonzepte können gemeinsam Armutsrisiken zurückdrängen und die Lebens-

und Gesundheitsperspektiven der Kinder verbessern. Eine solche Veränderung braucht politische Unterstützung und Förderung. Weiter werden für die angesprochenen Themenbereiche bessere und detailliertere Daten benötigt, die eine differenziertere Analyse zur Interaktion sozialer Situation und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erlauben.

Viele Schulen engagieren sich zunehmend für Programme der Gesundheitsförderung. Die Schule stellt eine der zentralen Sozialisationsinstanzen im Leben der Kinder und Jugendlichen dar. Die Schulökologie kann hier als Schutz- und Unterstützungsfaktor für problembelastete Schülerinnen und Schüler wirken. Eine flächendeckende Versorgung mit psychologischen und medizinischen Betreuungsangeboten in Zusammenarbeit mit Programmen der Steigerung von Sozial- und Gesundheitskompetenzen der Schülerinnen und Schüler ist angeraten. Neben den oben schon angesprochenen Erweiterungen in Richtung einer Ganztagschule können in diesem Rahmen beispielsweise auch Einrichtungen der Schulspeisung wieder aufgenommen werden, die für alle Kinder und Jugendlichen eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung sicherstellt. Weiterhin ist die Jugend- und Familienhilfe aufgerufen, betroffenen Familien durch diverse Programme der Unterstützung und Beratung Hilfe und Orientierung im Alltag zu geben.

Die Gesundheitspolitik im engeren Sinne kann beispielsweise Rahmenbedingungen schaffen, die gerade armen Familien den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern. Zu den bereits in die Wege geleiteten gesetzlichen Maßnahmen der Gesundheitspolitik, die Bevölkerungsgruppen mit Armutsrisiken und damit auch betroffenen Kindern und Jugendlichen zugute kommen können, 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.

In ihrem Leitfaden »Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V« sind die Krankenkassen übereingekommen, spezifische und niedrigschwellige Zugangswege zu Personen mit einem niedrigen

Sozialstatus zu erproben. Eine weitere gesundheitspolitische Entscheidung in diesem Themenkontext ist die Gestaltung der Härtefallregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die dafür sorgen, dass Kranke und Behinderte durch gesetzliche Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden. So sind Versicherte mit geringem Einkommen von Zuzahlungen vollständig befreit.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann koordinierend die beteiligten Institutionen und Träger im Sinne einer gemeinwesenorientierten Sozialpädiatrie zusammenführen, denn praktische Armutsbekämpfung ist vornehmlich eine kommunale Strategie. Auf der Ebene der stadtteilbezogenen Sozial- und Gesundheitspolitik gibt es zunehmend Initiativen, die eine Vernetzung bestehender Angebote der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung (zwischen Ämtern, Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereinen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, Nachbarschaftshilfen, Bürgerbüros und Firmen) anstreben, die jüngst auch von der Gesundheitsministerkonferenz (2000) in dem Bericht »Qualitätsstandards zur Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern« positiv bewertet und als Politikleitlinie fixiert wurden.

## Weiterführende Literatur

- Arbeiterwohlfahrt (AWO) (2000) Der Sozialbericht der Arbeiterwohlfahrt e. V.: Gute Kindheit – schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen. Eigenverlag, Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bericht, Berlin.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J (2000) Health and Health Behaviour among Young People. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA). Series, 1. Copenhagen, World Health Organization.
- Fürniss T, Beyer Th, Guggenmos J (1997) Psychische Auffälligkeiten von Einschulkindern. In: Stadt Münster (Hrsg) Gesundheitsbericht über 5-jährige Kindergartenkinder. Eigenverlag, Münster.
- Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg) (2001) Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. 2. Überarbeitete Auflage. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Mersmann H (1999) Gesundheit von Schulanfängern. Auswirkungen sozialer Benachteiligungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Eigenverlag, Köln.
- 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.
- Schlack HG (2000) Sozialpädiatrie. Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten. Urban & Fischer, München.



Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** präsentiert ihr Daten- und Informationsangebot auch im Internet unter

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

Die dort angebotenen Informationen geben Ihnen einen umfassenden Überblick über alle Teilaspekte des tief gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland.

Sie haben die Möglichkeit anhand der vorliegenden Daten Ihre eigenen Tabellen zu erstellen. Die Tabellen sowie die darüber hinaus angebotenen Grafiken und Texte können Sie zur weiteren Verarbeitung auf Ihren eigenen Rechner übertragen.

Das Informationsangebot der Gesundheitsberichterstattung steht Ihnen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es wird ständig erweitert und aktualisiert.

Zur Anmeldung verwenden Sie bitte den Nutzernamen "gast". Dieser Name benötigt kein Passwort.

Weitere Auskünfte erhalten Sie unter **01888 - 643 - 8121**.

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme  
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Robert Koch-Institut  
Gesundheitsberichterstattung  
Dr. Thomas Ziese (v.i.S.d.P.)  
General-Pape-Str. 62-66  
12101 Berlin

#### Autor

Prof. Dr. Andreas Klocke  
Fachbereich Sozialarbeit  
Fachhochschule Frankfurt am Main

#### Abonnentenservice

Die Hefte "Gesundheitsberichterstattung des Bundes" erscheinen in der Regel monatlich. Sie können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden:

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.gbe-rki.de](http://www.gbe-rki.de)  
Tel.: 018 88 .7 54 - 3400  
Fax: 018 88 .7 54 - 3513

#### Gestaltungskonzept

MetaDesign, Berlin

#### Druck

Paul Fieck KG, Berlin

#### ISBN

3-89606-125-9

#### ISSN

1437-5478

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

*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

**Heft 03/01**

**Armut bei Kindern und Jugendlichen  
und die Auswirkungen auf die Gesundheit**

**Berlin: Verlag Robert Koch-Institut**  
ISBN 3-89606-125-9  
ISSN 1437-5478