

Richter, Shirin

**Armut macht Kinder krank – Aufwachsen in prekären  
Lebenslagen  
Der Einfluss von Armut auf den Gesundheitszustand von  
Kindern**

eingereicht als

**BACHELORARBEIT**

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCE**

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2022

ErstprüferIn: Prof. Dr. phil. Isolde Heintze

ZweitprüferIn: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

### Bibliographische Beschreibung:

Richter, Shirin:

Armut macht Kinder krank – Aufwachsen in prekären Lebenslagen

Der Einfluss von Armut auf den Gesundheitszustand von Kindern. 52 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit, 2022

---

### Referat:

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt darin, anhand einer intensiven Literaturrecherche, die Armutsbetroffenheit von Kindern unter dem Aspekt ihrer Gesundheit zu betrachten. Es wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich Armut auf die Gesundheit von Kindern in Deutschland auswirkt und wie Armutsprävention sowie Gesundheitsförderung stattfinden. Es ist von Bedeutung, (Kinder-)Armut zu definieren und den Gesundheitsbegriff beziehungsweise gesundheitliche und (-soziale) Ungleichheit zu beleuchten, um im späteren Verlauf der Bachelorarbeit auf die beeinflussenden Faktoren einzugehen. Anhand dieser Faktoren wird sich auf die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand spezialisiert. Im Anschluss soll untersucht werden, wie Armutsprävention sowie Gesundheitsförderung stattfinden. Die Handlungsmöglichkeiten/ Unterstützungsmaßnahmen der Sozialen Arbeiten bilden den Schluss.

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	I
II.	Abbildungsverzeichnis.....	II
III.	Einleitung.....	III
1	Erklärung und Definition von Armut.....	- 5 -
1.1	Armut im Allgemeinen.....	- 5 -
1.2	Absolute und Relative Armut.....	- 7 -
1.3	Wie definiert man Kinderarmut?.....	- 8 -
2	Kinderarmut und Gesundheit.....	- 14 -
2.1	Gesundheitsdefinition.....	- 14 -
2.2	Gesundheitliche- (und soziale) Ungleichheit.....	- 16 -
3	Die Bedeutung von Gesundheit im Kindesalter.....	- 18 -
3.1	Beeinflussende Faktoren.....	- 19 -
3.1.1	Soziale Lage.....	- 19 -
3.1.2	Familiensituation.....	- 21 -
3.1.3	Wohnsituation und Umweltbedingungen.....	- 23 -
4	Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Kindes.....	- 25 -
4.1	Psychische und soziale Auffälligkeiten.....	- 27 -
4.2	Auswirkungen auf Ernährung.....	- 31 -
4.3	Auswirkungen auf Bewegung und Gewicht.....	- 32 -
5	Armutsprävention/ Armutsreduzierung.....	- 34 -
5.1	Politische Maßnahmen.....	- 34 -
5.2	Resilienzförderung als Maßnahme.....	- 39 -
6	Gesundheitsförderung.....	- 41 -
6.1	Frühe Hilfen für Kinder.....	- 41 -
6.2	Der ‚Settingansatz‘.....	- 43 -
6.3	Konzept der Salutogenese.....	- 45 -
6.4	Familiäre Gesundheitsförderung.....	- 47 -
7	Handlungsmöglichkeiten/Unterstützungsmaßnahmen der Sozialen Arbeit.....	- 48 -
IV	Fazit.....	V
V	Literaturverzeichnis.....	VII
VI	Quellenverzeichnis.....	XV
VII	Eigenständigkeitserklärung.....	XVII

## I. Abkürzungsverzeichnis

<b>a.a.O.</b>	Am angegeben Ort
<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>BMZ</b>	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>d.h.</b>	das heißt
<b>ebd.</b>	ebenda
<b>et al.</b>	et alii (und andere)
<b>etc.</b>	et cetera
<b>HBSC</b>	Health Behaviour in School-aged Children
<b>Hrsg.</b>	HerausgeberIn
<b>KiGGS</b>	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
<b>mind.</b>	mindestens
<b>NZFH</b>	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut
<b>SES</b>	Sozioökonomischer Status
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>US-dollar</b>	United States dollar
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der UNO)
<b>vgl.</b>	vergleiche
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation
<b>z.B.</b>	zum Beispiel

## **II. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Hrsg. Bertelsmann Stiftung (2020): Kinderarmut in Deutschland.....	- 11 -
Abbildung 2: Hrsg. Bertelsmann Stiftung (2020): Kinderarmut in Deutschland.....	- 12 -
Abbildung 3: Hrsg. RKI (2018): KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen.....	- 26 -

### III. Einleitung

Zwischen Armut und Gesundheit ist ein komplexer und vielseitiger Zusammenhang zu erkennen. Zu den vielfältigen Aspekten zählt der Einfluss sozialer Benachteiligung auf die allgemeine gesunde Entwicklung, insbesondere auf die sozial-emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern. Seit 1990 werden bei Kindern vermehrt komplexe chronische Erkrankungen, vor allem psychische und psychosomatische Gesundheitsstörungen, auch ‚neue Morbidität‘ genannt, beobachtet (vgl. Richter-Kornweitz/ Weiß, 2014, S.8). „Sie weisen einen sozialen Gradienten auf, d. h., ihre Auftretenshäufigkeit steigt mit einem abnehmenden sozioökonomischen Status“ (ebd., 2014, S.8). Der Gesundheit von Kindern wird oft wenig Beachtung geschenkt, da Kinder im Vergleich zu Erwachsenen einen guten Gesundheitszustand aufweisen. Sowohl empirische Untersuchungen als auch Gesundheitsberichte deuten jedoch darauf hin, dass bestimmte Gruppen von Kindern von schwerwiegenden körperlichen und psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind. Vor allem gesundheitliche Beeinträchtigungen im Kindesalter zeigen langanhaltende Auswirkungen, häufig bis ins Erwachsenenalter hinein. Dadurch verringern sich auch die Entwicklungsmöglichkeiten und Chancen in anderen Bereichen wie Schule, Freizeitgestaltung und Ausbildung. Insbesondere ist der Gesundheitszustand von Kindern mit niedrigem sozialem Status deutlich schlechter und ihr subjektives Wohlbefinden ist stärker beeinträchtigt (vgl. Bund, 2003, S.17). Ungleiche Bedingungen im Leben zeigen sich in der Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken: Von Armut betroffene Kinder kommen mit geringem Geburtsgewicht zur Welt, weisen eine geringere Körpergröße bei Eintritt in die Schule, haben häufig Bauch- oder Kopfschmerzen, schätzen ihre Gesundheit und ihre Lebensqualität schlechter ein, weisen vermehrt Verzögerungen in ihrer Entwicklung auf und haben eine größere Prädisposition für gesundheitsgefährdendes Verhalten, wie ungesunde Ernährung oder seltene körperliche Aktivitäten. Sozial benachteiligte Kinder leben mit ihren Familien unter Bedingungen, die ihre Gesundheit stark gefährden: z.B. durch die Wohnlage an stark befahrenen Straßen (Lärm und Luftverschmutzung), durch zu kleine oder oft nicht vorhandene Spiel- und Grünflächen und durch feuchtere Wohnverhältnisse (z.B. Schimmelpilzbefall). Das Fehlen von wetterfester Kleidung, Vereinsmitgliedschaften oder Smartphones führt zu einem Nichtdazugehörigkeitsgefühl bei Kindern. Darüber hinaus entstehen Zukunftsängste und Bedenken, die mit der Familie und vor allem ihren Eltern geteilt

werden. Erlebte Ausgrenzung, Zurückweisung und Stressfaktoren erzeugen in den meisten Fällen psychische Belastungen (vgl. Wade, o.J., S.7f.). Im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit wird sich daher mit dem Thema ‚Armut macht Kinder krank – Aufwachsen in prekären Lebenslagen, Der Einfluss von Armut auf den Gesundheitszustand von Kindern‘ auseinandergesetzt. Inhaltlich fokussiert sich diese Arbeit auf folgende Frage: ‚Inwiefern wirkt sich Armut auf die Gesundheit von Kindern in Deutschland aus und wie findet Armutsprävention sowie Gesundheitsförderung statt?‘ Aus der Fülle der Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern, wird dem gesundheitlichen Befinden und dem Gesundheitszustand nachgegangen. Dabei soll zunächst in dieser Arbeit Armut im Allgemeinen und die relative und die absolute Armut definiert, um im Anschluss Kinderarmut zu erklären. Hierbei wird anhand von Veranschaulichungen (Statistiken) die Armutsbetroffenheit von Kindern analysiert. Eine große Rolle spielt dabei auch ‚wie Armut von Kindern wahrgenommen wird‘. Im Kapitel 2 wird auf den Schwerpunkt Kinderarmut und Gesundheit eingegangen. Außerdem wird der Begriff Gesundheit erläutert und gesundheitliche- (und soziale) Ungleichheit näher betrachtet. Anhand der beeinflussenden Faktoren (Soziale Lage, Familiensituation, Wohnsituation und Umweltbedingungen) wird die Bedeutung von Gesundheit im Kindesalter im nächsten Kapitel näher beleuchtet. Anschließend wird sich auf den Hauptschwerpunkt ‚Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Kindern‘ konzentriert, in dem psychische und soziale Auffälligkeiten, die Auswirkungen auf Ernährung sowie die Auswirkungen auf Bewegung und Gewicht deutlich gemacht werden. Außerdem wird in diesem Kontext der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern in Bezug auf den sozialen Status anhand von Zahlen verdeutlicht. Des Weiteren wird in Kapitel 5 und 6 die Armutsprävention/ Armutsreduzierung und die Gesundheitsförderung in den Fokus gestellt und mit verschiedenen Maßnahmen und Ansätzen vorgestellt. Die Handlungsmöglichkeiten beziehungsweise Unterstützungsmaßnahmen der Sozialen Arbeit bilden den Schluss. In einem Fazit wird abschließend Bezug auf die Forschungsfrage genommen. Diese Arbeit beruht auf einer intensiven Literaturrecherche. Anhand ausgewählter Literatur von beispielsweise Margherita Zander und Christoph Butterwegge können Themen und Inhalte genauer und umfangreicher erklärt werden. Diese Arbeit umfasst Zitate, um die Ausdrucksweise der AutorInnen zu verdeutlichen.

# 1 Erklärung und Definition von Armut

## 1.1 Armut im Allgemeinen

Möchte man sich mit der Thematik Kinderarmut auseinandersetzen, muss zunächst geklärt werden, was genau Armut bedeutet. Armut ist allgemein ein mehrdimensionaler und relationaler Grundbegriff, der durch die kulturellen, natürlichen und wirtschaftlichen Forderungen und Perspektiven in der Gesellschaft bestimmt wird. Wird Armut als Diskriminierung oder Unterversorgung in den bedeutsamen Lebensbereichen verstanden, ergeben sich andere Aspekte von Armut. Dazu gehören die Bereiche Arbeit, Wohnen, Bildung, Ernährung, Gesundheit und Umweltbedingungen (vgl. Bröskamp, 2000, S. 4ff.). Es wird davon ausgegangen, dass Menschen als arm gelten, wenn die verfügbaren materiellen, sozialen sowie kulturellen Mittel so unzureichend sind, dass sie an einem minimalistischen Lebensstil nicht teilhaben können. Armut stellt somit eine individuelle Lebenssituation dar, die durch die Bedingungen der Gesellschaft gekennzeichnet sind. Persönliche Lebensumstände können durch eine defizitäre Lebenslage bestimmt werden. In dieser Lebenslage finden sich Personen wieder, deren Handlungs- Lebens- und Entscheidungsspielraum beschränkt ist. Ihre unzureichende Versorgung mit materiellen und immateriellen Gütern der Grundversorgung, der Gesundheit, des Sozialen sowie der Bildung schränkt Zukunftschancen enorm ein. Ein weiteres Hauptmerkmal der persönlichen Lebenssituation ist die soziale Ausgrenzung. Das bedeutet, dass Menschen an sozialer Kommunikation und Partizipation teilnehmen, also sich aktiv an begrenzten und eingeschränkten gesellschaftlichen Prozessen beteiligen (vgl. Baumgart, 2013, S. 6ff.). Armut wird aus der Perspektive des Individuums betrachtet, indem sie mit einer Mangelsituation verknüpft wird. Armut kann daher als eine Situation beschrieben werden, in der die Bedürfnisse des täglichen Lebens nicht aus eigener Kraft befriedigt werden können. Unter Armut werden sichtlich unterschiedliche Begriffe verstanden. Beispiele hierfür wären: Leiden, Not, Entbehrung, soziale Ausgrenzung oder Mittellosigkeit verstanden. Obwohl die Begriffe im weiteren Sinne unterschiedlich sind, versuchen sie alle im Grunde dasselbe zu benennen (vgl. Kayser, 2019, S. 7), „nämlich „[...] eine gesellschaftliche Beziehung, bei der die gesellschaftliche Zugehörigkeit als gefährdet gilt.“ (Barlösius 2018: 35)“ (ebd., 2019, S.7).



Im Folgenden werden Unterschiede zwischen ‚alter Armut‘, ‚neuer Armut‘ und ‚Migrationsarmut‘ dargestellt. Margherita Zander bezeichnet ‚alte Armut‘ als eine Armutsform, in der Familien über längere Zeit in Armut leben. Insbesondere erwähnte sie Familien, die in ständig unsicheren sozialen Verhältnissen leben. Oft sind Eltern von Arbeitslosigkeit betroffen und beziehen daher in den meisten Fällen Sozialleistungen. Diese haben des Öfteren geringe Bildung oder fehlende Bildungsabschlüsse. Eine solche Form von Armut wird oftmals von Generation zu Generation weitergegeben. Mangelnde Ressourcen erschweren es auch, die Begabungen sowie Neigungen der Kinder angemessen zu fördern. Ein weiteres Hauptmerkmal, das Zander bei dieser Armutsform erwähnt, ist der Mangel an konstruktiver Nutzung der begrenzt verfügbaren Ressourcen. Daher ist es wahrscheinlich, dass Kinder mit der Realität der Armut und ihren Folgen allein fertig werden müssen.

Die sogenannte ‚neue Armut‘ hat als signifikante Eigenschaft, dass die betroffenen Menschen in der Vergangenheit, nicht schon immer von Armut betroffen waren. Diese Armutsform tritt beispielsweise bei Arbeitsverlust, Scheidung oder Trennung auf. Es wird davon ausgegangen, dass es sich um einen vorübergehenden Zustand handeln kann, zum Beispiel zur Überwindung von herausfordernden Phasen im Lebenslauf. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass Menschen oder Familien, die unter dieser Armutsform leiden, oft noch über immaterielle Ressourcen verfügen.

Zander definiert des Weiteren ‚Migrationsarmut‘ als eigene Form der Armut, weil Kinder mit Migrationshintergrund häufig in materieller Armut leben. Dies hat zu einem erheblichen Anstieg der Arbeitslosigkeit der Eltern und des Rechtsbeziehungsweise Aufenthaltsstatus der Familie geführt. Zander schilderte, dass es für diese Menschen oftmals äußerst schwierig sei, aus dieser misslichen Lage herauszukommen, so dass ‚Migrationsarmut‘ als eigene Form von Armut betrachtet werden muss (vgl. Zander, 2015a, S. 47ff.).

Der Begriff Armut ist ‚hoch angesehen‘. Einerseits wird eine Schwelle definiert, die die Grenze zwischen ‚arm‘ und ‚nicht arm‘ zulässt und maßgeblich bestimmt und andererseits Aufschluss über Armutsgrenzen und gesellschaftliche Grenzziehung und Randbereiche gibt. Definition, Messung und Interpretation von Armut stehen in engem Zusammenhang mit den daraus gezogenen politischen Schlussfolgerungen. Daran lässt sich ein großes Problem in der Armutsforschung erkennen, wo es schwer fällt objektive Kriterien zur Beurteilung von Definitionen zu finden. Die jeweils bestehenden Theorien sowie Erscheinungsformen von Armut sind geprägt von gesellschaftlichen Wahrnehmungen von Lebensstandards

und historisch entwickelter Lebensbedingungen. Dies zeigt deutlich, dass Armut nur in ihrem spezifischen, gesellschaftlichen und sozialen Kontext verstanden werden kann. Bedeutende Begriffe sind hierbei absolute und relative Armut, die unter Punkt 1.2 analysiert werden (vgl. Irmischer, 2010, S. 22).

## **1.2 Absolute und Relative Armut**

Das herkömmliche Maß für die Armutsermittlung ist das Einkommen. Dabei wird zwischen den Begriffen der absoluten und der relativen Armut unterschieden. Diese sollen im Folgenden einmal genauer betrachtet werden.

### **Absolute Armut**

Booth und Rountree gelten als Begründer der absoluten Armut. Um die Jahrhundertwende versuchten sie, den existenzsichernden Mindestlebensstandard zu bestimmen. Dieser sollte die absolute Armutsgrenze kennzeichnen (vgl. Irmischer, 2010, S. 26). Wenn es Menschen an Grundbedürfnissen wie Nahrung, Unterkunft und Kleidung mangelt, spricht man von absoluter Armut. Diese Personen leben unterhalb des absoluten Existenzminimums (vgl. Bund, 2003, S. 11). Absolute Armut ist definiert als der Zustand, in dem eine Person ihre grundlegenden wirtschaftlichen und sozialen Bedürfnisse nicht befriedigen kann (vgl. Hrsg. BMZ, 2022). Da das deutsche Sozialsicherungssystem jedoch relativ gut ist, betrifft dies nur diejenigen, die keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben beziehungsweise haben können, wie zum Beispiel illegale Einwanderer. Erwähnenswert ist, dass Familien außerdem davon betroffen sind, in denen Sozialhilfe nicht zweckgebunden eingesetzt wird, beispielsweise aufgrund einer bestehenden Suchtproblematik. (vgl. Bund, 2003, S. 11). „In den Wohlfahrtsstaaten gilt die Absolute als Überwunden. Sie stellt das physische Existenzminimum des Überlebens dar“ (Baumgart, 2013, S8.).

### **Relative Armut**

Relative Armut basiert auf dem durchschnittlichen Lebensstandard der Bevölkerung und wird anhand der einkommensbezogenen Armutsgrenze gemessen (vgl. Baumgart, 2013, S. 8). Sie liegt vor, wenn der Lebensstandard und die Lebensbedingungen der Menschen viel niedriger sind als der durchschnittliche Lebensstandard und die Lebensgewohnheiten der Bevölkerung eines Landes.

Diese Individuen leben unterhalb des in einem Land herrschenden soziokulturellen Existenzminimum. Beim Konzept der relativen Armut muss zwischen dem Ressourcenansatz und dem Lebenslagenkonzept unterschieden werden. Diese beiden Ansätze spiegeln eine Dichotomie zwischen rein wirtschaftlichen und soziokulturellen Armutsmessungen wider (vgl. Hauser, 2008, S.94ff.). Mit dem Begriff relative Armut wird das gesellschaftliche Gefälle in Wohlstandsgesellschaften bezeichnet, in denen absolute Armut nur geringfügig auftaucht. Relative Armut ist kein Existenzbedürfnis, sondern wird als die unzureichende Versorgung an materiellen und immateriellen Gütern und die Einschränkung der Lebenschancen im Vergleich zum Wohlstand der entsprechenden Gesellschaft definiert. Dieses Konzept beschreibt also Armut in Bezug auf das jeweilige gesellschaftliche und soziale Umfeld einer Person.

### Messung der Armut

Armut zu messen ist komplex und jeder erlebt sie anders. Zum Beispiel sind Hunger, Krankheit oder Angst schwer messbar. Deshalb gibt es international anerkannte Standards, die helfen zu bestimmen, was arm ist und wer als arm gilt. Es haben sich unterschiedliche Ansätze durchgesetzt, Armut zu messen (vgl. Hrsg. BMZ, 2022). „Menschen sind extrem arm, wenn sie weniger als 1,90 US-Dollar pro Tag zur Verfügung haben. Bei diesem Ansatz wird die Kaufkraft des US-Dollars in lokale Kaufkraft umgerechnet. Das heißt, dass extrem arme Menschen nicht in der Lage sind, sich täglich die Menge an Gütern zu kaufen, die in den USA 1,90 US-Dollar kosten würden.“ (ebd.) Die 1,90-Dollar-Grenze gilt als das finanzielle Minimum, das ein Mensch zum Überleben benötigt. So lebten im Jahr 2017 ungefähr zehn Prozent der Weltbevölkerung, etwa 690 Millionen Menschen, in enormer Armut. Armutsquoten können weltweit verglichen werden, indem sie in lokale Kaufkraft umgerechnet werden (vgl. ebd.).

### **1.3 Wie definiert man Kinderarmut?**

Kinderarmut hat in den vergangenen Jahren sowohl als eigenständiges Forschungsthema als auch als gesellschaftliches Problem an Bedeutung gewonnen. Kinder wurden in erster Linie als Ursache für Familienarmut angesehen. Erst in den 1990er Jahren änderten sich die Ansichten. Kindern gelten nun als eigenständige Subjekte. Es ist zu erläutern, dass in Sozialwissenschaftlichen Disziplinen die Subjektperspektive und die

Kinderperspektive betont werden. Das bedeutet, dass die Wahrnehmung der kindlichen Lebenssituation und die kindlichen Deutungs-, Bewältigungs- und Verhaltensmuster zunehmend zum Ausdruck gebracht werden (vgl. Bumann-Ricci/Schnidrig, 2012, S.34). Kinderarmut bezieht sich auf die Folgen der Einkommensarmut von Kindern in Familien. Bei dem Thema Kinderarmut sollte Folgendes berücksichtigt werden: die Grundlage bildet die relative Einkommensarmut, das Kind lebt in einer einkommensschwachen Familie und die konkreten Folgen von Kinderarmut äußern sich in Form von unzureichender materieller, kultureller, gesundheitlicher sowie sozialer Unterversorgung. Die Entwicklungsbedingungen des Kindes sind eingeschränkt, was das Aufwachsen in Wohlstand, mit Deprivation umfassen kann und die Zukunftsperspektive des Kindes ist beeinträchtigt. Heranwachsende werden in die elterliche Lebenswelt hineingeboren, daher leben sie auch unter den Bedingungen ihrer Eltern. Sind diese von Armut geprägt, entstehen Folgen für die Kinder, mit denen sie sich konfrontiert sehen (vgl. Mayerhof, 2018, S. 9). Kinder sind auf ihre Familien angewiesen. Sie haben begrenzte Handlung- und Entwicklungsmöglichkeiten. Der Begriff Familienarmut wird des Öfteren verwendet, weil er eng mit Kinderarmut zusammenhängt. Letztere wird häufig unter Verwendung klassischer Armutskonzepte und der Ermittlung der komplexen Lebens- und Risikolagen von Kindern definiert. Armut, Armutsgefährdung und soziale Separation von Kindern sollten niemals allein mit Geldarmut in Verbindung gebracht werden. Zu viele Zusammenhänge und wichtige Faktoren würden aus dem Fokus verschwinden. Geldarmut gilt als unzureichender, aber notwendiger Indikator. Eine Deklaration des Familienlebens oder der finanziellen Aufwendungen kann nicht auf Grundlage des Familieneinkommens erfolgen. Die wesentlichen Ausgaben werden von Erwachsenen festgelegt und dies kann den Bedürfnissen von Kindern schaden (vgl. Nestelberger, 2015, S. 11). In Deutschland zählen Arbeitslose, Alleinerziehende, Migrationsfamilien und insbesondere kinderreiche Familien zu den Risiko- bzw. Betroffenengruppen (vgl. Fleischer, 2029, S. 6f.). Die Thematik Kinderarmut wird als ‚Teufelskreis‘ aus Armut und Bildungsmangel bezeichnet. Immer mehr Kinder leiden unter finanziellen Belastungen, dem Schicksal ihrer Eltern sowie deren Unfähigkeit, ihr eigenes Leben zu bewältigen. Es ist zu erwähnen, dass sich Armut sozial vererbt und das enorme Auswirkungen auf die Gesellschaft hat, nicht nur die immer größer werdende Kluft zwischen Arm und Reich, sondern auch, dass immer mehr Menschen benachteiligt sind. Für eine kindergerechte Erklärung des Armutsbegriffes müssen Voraussetzungen erfüllt sein, die spezifischen Lebensumstände der jeweiligen Altersgruppe berücksichtigt

werden und für die Definition selbst, sich an kindgerechten Zukunftschancen orientieren. Entwicklung, Beteiligung sowie subjektive Gefühle können nicht ignoriert werden (vgl. Irmscher, 2010, S.29f.).

## Kinderarmut in Zahlen

Wie bereits vorher erwähnt, wird Armut in einem wohlhabenden Land wie Deutschland mit dem Lebensstandard der allgemeinen Bevölkerung verglichen: Arm sind diejenigen, die über geringes Einkommen besitzen, dass es unmöglich ist, den in unserer Gesellschaft selbstverständlichen Standard zu erfüllen. Kinderarmut ist auch Familienarmut und muss immer im Zusammenhang mit familiären Verhältnissen gesehen werden. Wenn Kinder unter harten Bedingungen aufwachsen, können sie nichts dafür. Sie haben keine Mittel, um sich aus der prekären Lebenssituation zu befreien. In Deutschland wächst mehr als jedes fünfte Kind in Armut auf – rund 2,8 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (vgl. Hrsg. Bertelsmann Stiftung, 2020, S.2). „Für zwei Drittel der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist dies ein Dauerzustand: Sie leben mindestens fünf Jahre durchgehend oder wiederkehrend in Armut. Kinderarmut verharrt seit Jahren auf konstant hohem Niveau, obwohl es in dieser Zeit eine teils sehr gute wirtschaftliche Entwicklung sowie zahlreiche familienpolitische Reformen gab.“ (ebd., 2020, S.2) Andere Merkmale wie der Wohnort oder die Familienform ‚armer Kinder‘ können nicht als umfassende Armutsdefinition angesehen werden. Dazu fehlen Informationen und Angaben. Es gibt klare regionale Unterschiede in der Armut – wie in Abbildung 1 dargestellt, deshalb werden folgend die SGB II-Hilfequoten genutzt, um diese aufzuzeigen.

Auch innerhalb der Bundesländer sind die Differenzen auffällig. 2019 lebten grundsätzlich 1.871.880 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im SGB II- Bezug in Deutschland. Viel mehr als ein Viertel der LeistungsbezieherInnen im Sozialgesetzbuch II sind daher Kinder und Jugendliche (vgl. Hrsg. Bertelsmann Stiftung, 2020, S.3). „Besonders hoch sind die SGB II-Quoten von Kindern und Jugendlichen in den beiden Stadtstaaten Bremen und Berlin. Dabei zeigt sich in Berlin, wie in den östlichen Bundesländern insgesamt, seit 2014 eine positive Entwicklung.“ (ebd., 2020, S. 3) Die Kinderarmut ist dort reduziert. In Bremen hingegen spitze sich die Lage weiter zu. Auch in vielen anderen westlichen Bundesländern wie dem Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg ist eine geringe Steigerung zu erkennen. Bundesweit

wachsen 45,2% aller Kinder, die SGBII- Leistungen beziehen, in Alleinerziehenden-Haushalten auf. Diese hohe Armutsquote bei Kindern aus Ein-Eltern-Familien ist in allen Bundesländern zu beobachten. Von allen Familien mit Kindern, die SGB II- Leistungen beziehen (963.038) sind mehr als die Hälfte (509.595, 53%) alleinerziehende Familien. Zum Vergleich: Von allen Haushalten ist nur etwa ein Fünftel alleinerziehend. 19,1% der Paare mit mindestens 3 Kindern und 66,7% der Alleinerziehenden mit 3 oder mehr Kindern erhalten SGBII-Leistungen (siehe Abbildung 2). In allen Haushalten steigt die Armut mit der Zahl der Kinder – sie sind trotz einiger familienpolitischer Leistungen (Kindergeld, Kinderzuschlag etc.) anfälliger als vergleichbare Haushalte ohne Kinder (vgl. ebd., 2020, S.3).

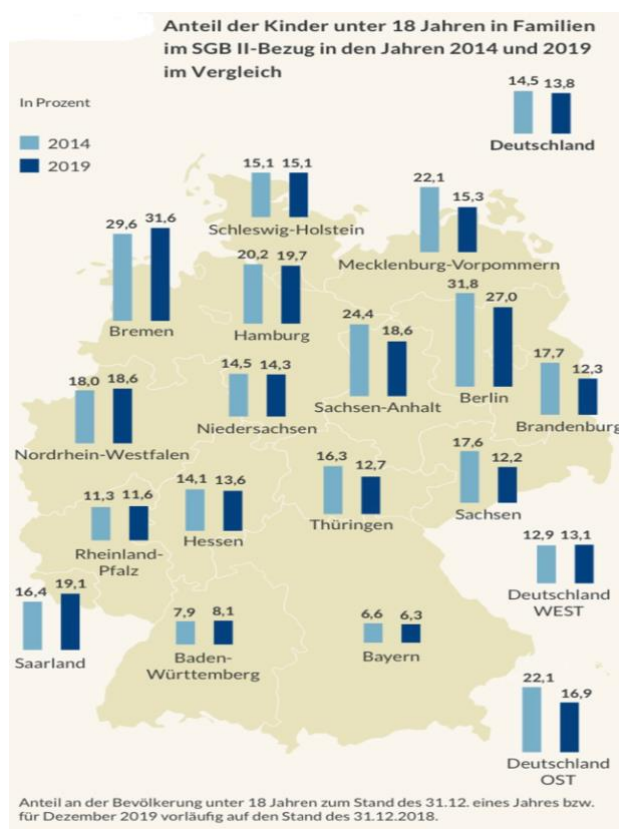


Abbildung 1: Hrsg. Bertelsmann Stiftung (2020): Kinderarmut in Deutschland

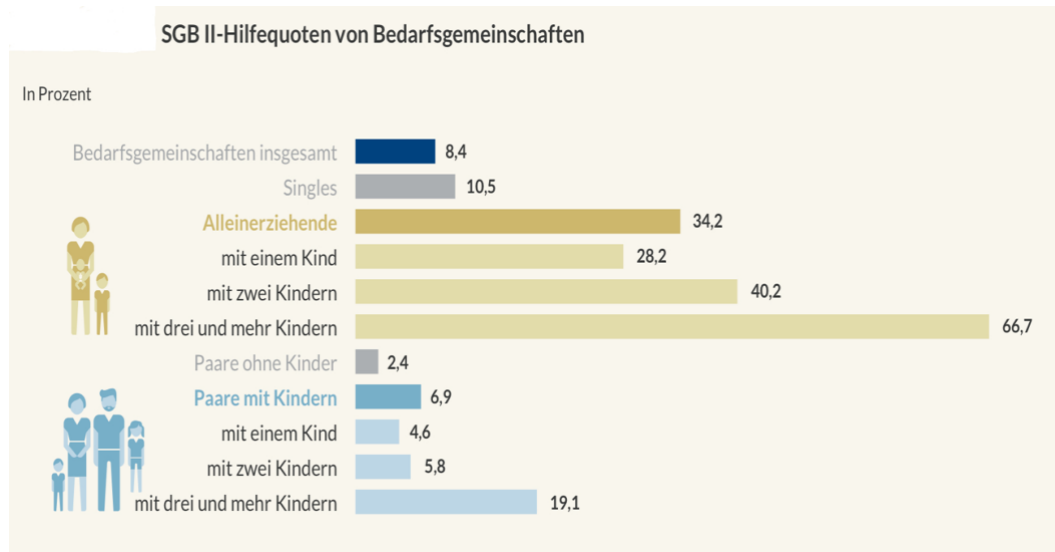


Abbildung 2: Hrsg. Bertelsmann Stiftung (2020): Kinderarmut in Deutschland

### Wie Armut von Kindern wahrgenommen wird

Kinder haben möglicherweise noch ein anderes Verständnis als Jugendliche und Erwachsene. Das heißt jedoch nicht, dass sie keine Armut in ihrem oder in anderen Haushalten empfinden. Sie sind gefährdet und haben nur wenige Ressourcen, die sie jeden Tag nutzen können. Betroffene Kinder fühlen sich des Öfteren benachteiligt, wenn sie ihre materiellen Güter sowie Freizeitaktivitäten mit denen wohlhabender Kinder vergleichen. Konsumgüterwünsche sind bei Kindern ab der Grundschule besonders ausgeprägt, weil Besitz einen gewissen Status signalisiert und Partizipation erfolgreich sein kann. Kinder versuchen, ihre Armut zu verbergen, Aufmerksamkeit zu erregen und Stigmatisierung vorzubeugen. Ein optimales Selbstbewusstsein kann sich jedoch nicht entwickeln, wenn sie keinen Erfolg haben und unter einer eingeschränkten sozialen Integration in verschiedenen Netzwerken leiden (vgl. Laubstein/Holz/Seddig, 2016, S. 48ff.) und Partizipationsmöglichkeiten gering bleiben. Durch einen Ressourcenmangel wird nicht nur die Familienführung verändert, sondern auch das Rollensystem der Familie sowie der soziale Status. Die Eltern-Kind-Beziehung und das Erziehungsverhalten können dadurch beeinträchtigt werden, was wiederum das Kind beeinflusst. Sie empfinden Stress und Belastungen aufgrund der Anpassungs- und Bewältigungsversuche der Familien (vgl. Zander, 2010, S.130). Margherita Zander stützte sich auf empirische Befunde aus zwei qualitativen Forschungsprojekten zur Kinderarmut im Grundschulalter. In diesen Projekten wurden ausführliche Interviews mit Kindern geführt, die Informationen über ihre

Lebensumstände gaben, einschließlich der Frage, wie sie Armut sehen und wen sie als ‚arm‘ ansehen. Insgesamt zeigen die Antworten der befragten Mädchen und Jungen ein sehr unterschiedliches Bild ihres Armutsverständnisses, wobei die meisten zunächst Armut mit ‚Geldmangel‘ in Verbindung bringen. Zum Teil hängt es auch damit zusammen, dass die Vorstellung der Grundbedürfnisse wie Nahrung, Kleidung und Wohnen für die Kinder nicht ausreichend gedeckt sind. Diese schienen größtenteils bei den interviewten Kinder befriedigt – allerdings gab es auch Fälle, in denen der Kühlschrank nicht gefüllt war und das Geld für Schulmahlzeiten beispielsweise fehlte. Die Jungen und Mädchen reproduzieren zum teil als klischeehaft empfundene Armutsbilder und assoziieren Armut mit der Zugehörigkeit zu Randgruppen. So wurde zum Beispiel oft ‚schmutzige, alte oder zerrissene Kleidung‘ sowie Obdachlosigkeit als äußeres Zeichen von Armut angeführt (vgl. Zander, 2009, S. 132ff.). „Diese assoziative Verbindung von Armut mit Randgruppen und gesellschaftlichen Ausschluss erklärt die Abwehrhaltung der Kinder gegenüber der Frage, ob sie ihre Familie als arm einstufen würden (a.a.O., 2009, S.134). Armut gilt als abstoßend und bedrohlich. Ausgehend von diesem negativen Armutsbegriff empfanden sich die befragten Mädchen und Jungen als signifikant unterschiedlich, d. h. als ‚nicht arm‘. Dies ermöglicht ihnen eine Differenzierung (nach unten), die sie ihre eigene Lebenssituation als ‚nicht so schlimm‘ wahrnehmen lässt. Zander erläutert außerdem, dass es einen enormen Unterschied gibt zwischen dem, was Kinder als ihre eigenen Lebensbedingungen wahrnehmen und dem Bild von Armut, das sie zeichnet. Die interviewten Jungen und Mädchen brachten erkennbare emotionale Zustände und Befindlichkeiten mit Armut in Verbindung, die Einfühlungsvermögen erkennen lassen. In den Befragungen fiel es ihnen scheinbar schwerer, über die sozialen und emotionalen Beeinträchtigungen zu reden, während materielle Mangel durchaus erwähnt wurden. Insgesamt, so Zander, gebe es aus kindlicher Sicht ein deutlich negatives Armutsbild, sowohl was das Äußere als auch was die inneren Verhältnisse und den sozialen Status der in Armut lebenden Menschen anbelangt. Es liegt auf der Hand, dass Kinder sich schnell von der Vorstellung ihrer Zugehörigkeit lösen und mit allen Mitteln verhindern, dass andere sie für ‚arm‘ halten. Diese Bemühungen erfordern gezielte Ressourcen und Strategien und haben für die Jungen und Mädchen psychische Belastungen zur Folge (vgl. Zander, 2009, S. 134ff.).



## **2 Kinderarmut und Gesundheit**

### **2.1 Gesundheitsdefinition**

Der Gesundheitsbereich wurde schon immer von der Gesellschaftskritik und Geschichte beeinflusst und verändert. Aufgrund des unterschiedlichen Gesundheitsverständnisses in verschiedenen Epochen, Kulturen und gesellschaftlichen Subsystemen ist es schwierig, eine allgemein gültige Definition von Gesundheit zu formulieren (vgl. Hrsg. Gemeinwesenarbeit Friedrichsthal, 2011, S. 13). „Gesundheit ist ein Begriff, der erst im Bezugskontext an praktischer Bedeutung gewinnt und heute nicht mehr nur als die Abwesenheit von Krankheit verstanden wird.“ (ebd., 2011, S. 13) Stattdessen wird sie als positives Konzept gesehen, das die Bedeutung sozialer und persönlicher Ressourcen sowie der körperlichen Verfassung betont. Die Grundlage des Gesundseins ist jeder einzelne Mensch in seinem physischen und sozialen Lebenskontext (vgl. ebd., 2011, S. 13). Wissenschaftliche Gesundheitserklärungen sind von subjektiven Beschreibungen zu unterscheiden. Die Forschung zeigt, dass das persönliche Gesundheitsempfinden oft den medizinischen Erkenntnissen widerspricht. Einerseits kann sich eine Person trotz nachgewiesener negativer Befunde gesund fühlen, andererseits ebenso elende Empfindungen haben, obwohl keine Einschränkungen vorliegen. Ob es sich um Gesundheit oder Krankheit handelt, hängt also immer von der eigenen Perspektive und dem individuellen Wohlbefinden ab. Das Gesundheits- und Krankheitsbefinden wird als subjektiv beschrieben und dessen Wahrnehmung wiederum von persönlichen Faktoren wie Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand beeinflusst. Die Wissenschaft unterscheidet zwischen mehreren Gesundheitsmodellen, von denen jedes seine eigene Interpretation von Gesundheits- und Krankheitszuständen hat. Besonders erfolgreich war das biomedizinische Modell, dessen Definition von Gesundheit einen rein körperlichen Zustand in den Mittelpunkt stellt und dessen Heilung zum Ziel hat. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat schließlich 1986 eine zukunftsweisende Definition von Gesundheit vorgelegt, die beschreibt: (vgl. Lasta, 2014, S.4) „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen und sozialen Stellung“ (Nestelberger, 2015, S.33). Diese Definition von Gesundheit wird von

unterschiedlichen Seiten wegen ihrer normativen und utopischen Formulierungen kritisiert, konnte sich aber international geltend machen und einen grundlegenden Maßstab setzen (vgl. Lasta, 2014, S.4). Mit dieser Gesundheitsdefinition hat die WHO eine starke Verbindung zwischen den zusammenwirkenden psychischen, physischen und sozialen Faktoren hergestellt, die sich wechselseitig beeinflussen. Sie weist auf die Verankerungen des Wohlbefindens in allen Lebensbereichen hin und entfernt sich damit von rein biomedizinischen Sichtweisen und den dichten Bezügen zu spezialisierten Krankheitssystemen. Das ‚Gleichgewicht‘ sollte aktiv und kontinuierlich wiederhergestellt werden (vgl. Nestelberger, 2015, S.34). Entscheidend für die Gesundheit ist nicht nur das frei sein von Krankheiten, sondern auch das individuelle Wohlbefinden, das dem Einzelnen selbst die Gefühlswahrnehmung gibt, wohlauf zu sein. Beispielsweise kann sich trotz Stress ein Mensch geistig und körperlich gut fühlen. Die Gesundheit einer Person ist nicht allgemein vom Individuum steuerbar, sondern ist eine Aufgabe eines sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturell-spirituellen Umfelds. Aufgrund dieser verschiedenen gesellschaftlichen gesundheitswirksamen Bedingungen liegt es in gemeinschaftlicher Verantwortung, ein gesundes Lebensumfeld herzustellen. Entscheidend für die Gesundheit ist die Sicherstellung der Ressourcen und Rahmenbedingungen der Bevölkerungsgruppe und deren gerechte Verteilung unter den BürgerInnen. Mit ausreichenden Ressourcen sind Menschen weniger anfällig für Krankheiten. Probleme entstehen erst dann, wenn notwendige Ressourcen nicht genügend vorhanden sind oder der Zugang zu gewissen Ressourcen für bestimmte Personengruppen eingeschränkt ist (vgl. Lasta, 2014, S.6). „Gesundheit ist damit „ein Ergebnis kollektiven Handelns“. Vor allem sozial und ökonomisch benachteiligte Gruppen kämpfen mit einer Reihe von Belastungen, da ihnen der Zugang zu Gesundheitsressourcen häufig verschlossen bleibt.“ (Lasta, 2014, S.6) Obwohl sich die Gesundheitsversorgung im Laufe der Jahrhunderte deutlich zum positiven entwickelt hat, sowie sich die allgemeine soziale, wirtschaftliche und gesundheitliche Lage der Gesellschaft verbessert hat, hat die soziale Entwicklung das Wohlergehen zunehmender Personengruppen eingeschränkt. Zudem verweisen wachsende Armutsquoten und soziale Benachteiligung auf die wirtschaftlichen Ambitionen politischer Bestrebungen. Gesundheit ist zu einer Herausforderung für die Gesellschaft und die Gesundheitssysteme geworden, hauptsächlich aufgrund der Zunahme verschiedener Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden. Gesundheitliche Maßnahmen werden zum Teil erst nach Feststellung ihrer finanziellen Möglichkeiten beansprucht (vgl. ebd., 2014, S.6f.).

## 2.2 Gesundheitliche- (und soziale) Ungleichheit

Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ bezieht sich auf Differenzen in der Bevölkerung in Bezug auf Bildung, berufliche Stellung und Einkommen. Die Eigenschaften beziehen sich auf den sozialen Status und die damit verknüpften Vor- und Nachteile. Diese Ansicht verläuft von oben nach unten und wird vertikale soziale Ungleichheit genannt. Im Gegensatz dazu impliziert horizontale soziale Ungleichheit Unterschiede innerhalb sozialer Klassen, wie beispielsweise Differenzen zwischen Geschlechtern sowie Nationalitäten. Ebenso bezieht sich soziale Ungleichheit auf Personen, die benachteiligt sind. In Deutschland wird dem Thema soziale Ungleichheit im Laufe der Jahre zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Jedoch ist dies immer noch eine Thematik, die in Deutschland zu wenig Beachtung gefunden hat. Ob es in Deutschland Armut gibt oder nicht, wird seit langem diskutiert. Erst seit kurzem herrscht in der Öffentlichkeit Konsens darüber, dass dies ein großes Problem ist und, dass es in Deutschland ‚Armut im Wohlstand‘ gibt, die es zu bewältigen gilt. Die Bedeutsamkeit sozialer Ungleichheit zeigt sich besonders, wenn es um die Folgen sozialer Benachteiligung geht, insbesondere in Bezug auf die menschliche Gesundheit. Klar ist, dass es in Deutschland nicht nur soziale, sondern auch gesundheitliche Ungleichheit gibt (vgl. Bund, 2003, S.5f.). Armut beziehungsweise soziale Ungleichheit führt über verschiedene Wirkmechanismen zu gesundheitlicher Ungleichheit. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit sind voneinander abhängig. Materielle, verhaltenskulturelle sowie psychosoziale Erklärungen für den Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten sind anerkannt. Diese Erklärungen betrachten das Phänomen aus verschiedenen Richtungen. Es gibt viele Wechselwirkungen zwischen den Standpunkten. Als besonders wichtig wurden dabei die soziale Integration (prekäre Beschäftigung, Erwerbstätigkeit, Erwerbslosigkeit, SGB II-Bezug), die Arbeits- und Lebensbedingungen, die Gesundheitsversorgung und die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (Bewegung, Mediennutzung, Nutzung von Präventionsmaßnahmen) angesehen. Diese Faktoren betreffen Kinder direkt (Lebenssituation, Medienkonsum, Bewegungsmangel) oder indirekt über die Familien (Erwerbstätigkeit, SGB II-Bezug) (vgl. Groos/Kersting, 2015, S.83). Gesundheitliche Ungleichheit hängt von Religion, Nationalität, Alter sowie Klasse ab, die sich alle auf das Gesundheitsverhalten und den Lebensstil auswirken. Es sind nicht nur Krankheitserreger und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, die Krankheit verursachen. Auch eine ungleiche Ressourcenverwaltung kann zu einem erhöhten

Risiko führen (vgl. Egger/Razaum, 2012, S.9). In sozialepidemiologischen Studien wurde der soziale Status als wichtigste Determinante der menschlichen Gesundheitschancen identifiziert. Damit zusammengehörig ist die Verfügbarkeit von physischen Gütern und das Vorhandensein von gesundheitsbezogenem Wissen (vgl. Abel/Kolip, 2012, S. 120f.). Die einzigen Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand sind jedoch nicht nur die Merkmale vertikaler sozialer Ungleichheit, nämlich Beruf, Einkommen und Bildung. Lebensumstände und Verhaltensweisen, die einen großen Anteil an der Gesundheit besitzen und noch andere Faktoren sind entscheidend. Es ist fast unmöglich sie alle zu untersuchen, weil sie so vielseitig sind (vgl. Mielck, 2005, S.47). Zusätzlich zu ihren von Geburt an vorhandenen Unterschieden, wachsen Kinder in positiven oder negativen familiären Lebensverhältnissen auf. Infolgedessen weisen sie bereits im Kleinkind- bzw. Vorschulalter gesundheitliche Ungleichheiten auf. Diese haben günstigere oder ungünstigere Wirkungen auf ihre Entwicklung. Dazu gehören auch Essgewohnheiten. Aufgrund dieser Unterschiede kann man bereits bei Schuleintritt von einer benachteiligten und verwundbaren Gruppe sprechen. Sie schaffen mal ungünstige und des Öfteren schlechte Voraussetzungen für eine gute Schulentwicklung (vgl. Dür, 2008, S. 16). Die Entstehung chronischer Krankheiten hat oft eine lange Geschichte, in der der prägende Einfluss der menschlichen Sozialisation eine entscheidene Rolle einnimmt. Deshalb ist es von Bedeutung frühe Lebensbedingungen zu berücksichtigen (vgl. Mielck, 2005, S.47). Soziale Ungleichheit in der Kindheit wird maßgeblich durch individuelle und soziale Ressourcen bestimmt. Zu diesen sogenannten ‚Vermittlungsgliedern‘, durch die sich soziale Ungleichheit auf die Gesundheit auswirkt, gehören der Familienbereich, die Trennung der Eltern, materieller sowie immaterieller Mangel, familiäre Interaktionen, prekär belastende Ereignisse, Verbindungen zwischen individuellen und sozialen Stressoren, Bewältigungsfähigkeiten, Geschlechterspezifität, soziale Beziehungen und Wirkungsmechanismen (vgl. Elkeles, 2008, S.98f.). Bereits von Troschke (1993) hat darauf hingewiesen, dass die Verteilung der Gesundheitschancen ungleich ist und diese Ungleichheit noch weiter zunehmen wird. Um einen Bewusstseinswandel bei jungen Menschen zu erlangen, sollte auf die unterschiedliche soziale Situation der Menschen geachtet werden (vgl. von Troschke, 1993, S.14). Hurrelmann erläutert, dass ein ungünstiger sozialer Status ungünstige Konstellationen und reduzierte Ressourcen schafft (vgl. Elkeles, 2008, S.98f.).

### **3 Die Bedeutung von Gesundheit im Kindesalter**

Einige ExpertInnen definieren Kindergesundheit folgendermaßen:

„Kindergesundheit ist, wenn sie sich wohlfühlen, wenn sie interessiert sind, wenn sie lebendig sind und wenn sie eine positive Herangehensweise an ihre Mitwelt, an ihre Umwelt haben. Ein gesundes Kind entspricht geistig wie auch körperlich seinem Alter und ist zufrieden“ (Dohr et al., 2011, S. 18.). „Wenn sie fröhlich, aufgeweckt, sportlich, aktiv, glücklich, zufrieden sind. Wenn sie lachen, spielen, sich im Freien aufhalten, sich gesund und ausgewogen ernähren, Spaß in der Schule haben“ (ebd., 2011, S. 17).

Die Kindheit ist eine besondere und vielleicht der wichtigste Entwicklungsabschnitt im Leben. Sie ist eine subjektive Lebensphase, in der die Grundlagen für die körperliche, geistige, kognitive, emotionale sowie soziale Entwicklung gelegt werden. Als solches bildet sie die Fähigkeit zu wachsen, zu erforschen, zu lernen, eine Identität zu bilden, Beziehungen zu knüpfen, regeln und Normen von Verhalten und Werten zu entwickeln sowie die Fähigkeit zum Denken und Handeln zu entfalten. Gleichzeitig ist die Kindheit (vgl. Andrä, 2000, S.272) „eine gesellschaftlich bestimmte Lebenslage, abhängig von gesellschaftlichen Bedingungen, vor allem aber von der Zukunft und Zukunftsfähigkeit der zentralen Regelungen und Grundlagen unserer Arbeitsgesellschaft“ (ebd., 2000, S.272). Neben der Sicherstellung der materiellen Lebensbedürfnisse gilt es, soziokulturelle Bedürfnisse zu befriedigen sowie die Entwicklung, ein kindergerechtes und glückliches Wachstum und eine freie Entfaltung der Persönlichkeit zu fördern. Für eine erfolgreiche Persönlichkeitsentwicklung und Sozialisation brauchen Kinder ein ausgeglichenes Zuhause, das Geborgenheit und Aufmerksamkeit bietet. Neben der existenziellen-materiellen Absicherung gehört dazu auch die Vermittlung von emotionaler Sicherheit für die freie Entwicklung der kindlichen Individualität. Heranwachsende brauchen einen stabilen und definierten Tagesablauf, kindgerechte Ernährung und Kleidung, Gesundheitsversorgung und Kontrolle über ihr Verhalten und ihre Handlungen. Freunde und ein verständnisvolles Umfeld sind für Kinder von großer Bedeutung. Kinder benötigen Freiraum und Bewegungsmöglichkeiten in einem kindgerechten Umfeld, genauso wie Bildung, gute Zukunftschancen sowie angemessene Lebensziele, die alle Kinder gleichermaßen durch Chancengleichheit erlangen können (ebd., 2000, S.273).

### **3.1 Beeinflussende Faktoren**

Die Gesundheit eines Kindes ist ein kompliziertes Gefüge aus mehreren voneinander abhängigen Faktoren, das maßgeblich von gesellschaftlichen sowie individuellen Rahmenbedingungen abhängt. Dazu gehören die soziale Lage, die Familiensituation und die Wohnsituation sowie Umweltbedingungen. Sowohl die Demographie als auch die sozialen Rahmenbedingungen (vermittelt durch Erwerbseinkommen und Bildung), in denen Mädchen und Jungen groß werden, haben sich in den vergangenen Jahren verändert. Deutlich wird dies durch den rückläufigen Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung und die tendenziell zunehmende Verarmung der jüngeren Generation. In der Familie, die nach wie vor der wichtigste Bereich der primären Sozialisation ist, finden vielfältige Veränderungsprozesse statt. Darunter zählen eine Abnahme der Kinderzahl im Durchschnitt, eine beträchtliche Scheidungsrate sowie ein Wachstum von nichtehelichen Beziehungen und Alleinerziehender. Darüber hinaus ergeben sich alle (sowohl förderliche als auch schädliche) Einflüsse auf die Gesundheit von Kindern aus Lebens- und Umweltbedingungen, die in erster Linie mit sozialen Bedingungen interagieren (vgl. Hrsg. RKI, 2008, S.17).

#### **3.1.1 Soziale Lage**

In einem Sozialstaat wie der Bundesrepublik Deutschland gibt es verschiedene Lebensbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten. Zuwächse bei Bildung, Einkommen oder sozialer Sicherheit führten erwartungsgemäß nicht zu einer Angleichung der Lebenssituationen. Das Problem der sozialen Ungleichheit hängt in erster Linie mit der Reform der Sozialsysteme und der durch den globalen Wettbewerb beeinträchtigten Wirtschaftslage zusammen. Der soziale Status wird durch eine Vielzahl von Faktoren wie Bildung, Lebensstil und Einkommen bestimmt. Die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachteile, mit denen Kinder groß werden, sind von Bedeutung für ihre Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Hrsg. RKI, 2008, S.17). „Einkommensarmut kann nicht nur zu Einschränkungen des Konsums- und Freizeitverhaltens der Kinder führen,“ (ebd., 2008, S.17) sondern wirkt sich auch negativ auf das Familienklima und das Erziehungsverhalten aus. Die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen können sich nachhaltig auf Heranwachsende auswirken. Denn Bildung als Indikator sozialer Lage ist neben ihrer Stellung in der Sozialstruktur auch mit der Entwicklung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen

verbunden. Neben Armut erleben Heranwachsende aus ressourcenarmen Familien oft soziale Desintegration, was zu emotionaler Unbeständigkeit, beeinträchtigter kognitiver und sprachlichen Entwicklung sowie schulischen Leistungs- und Verhaltensproblemen führen kann. Armut hat weitere Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern: Von Armut betroffene Kinder zeigen beispielsweise mehr gesundheitliche Beeinträchtigungen und Zahnprobleme. Allgemein ist der soziale Status mit etlichen gesundheitlichen Chancen und Risiken verbunden. Kinder sind besonders Armutsgefährdung, wenn sie in Haushalten von Alleinerziehenden, Migrantenhaushalten, von (Langzeit-) Arbeitslosigkeit betroffene Haushalte oder in Haushalten mit Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II leben (vgl. ebd., 2008, S.17f.). „Der Wandel von Familien- und Haushaltsformen steht in Zusammenhang mit der sozialen Lage von Kindern“ (ebd., 2008, S.18). Alleinerziehende Haushalte kommen in der heutigen Gesellschaft immer häufiger vor, unter anderem durch einen Anstieg von Trennungen und Scheidungen. Diese Familien sind tendenziell stärker armutsgefährdet, da Einkommens- und Beschäftigungsmöglichkeiten auf eine Person beschränkt sind. Kulturelle Differenzen, Sprachbarrieren und Einwanderungserfahrungen verstärken die soziale Ausgrenzung. Neben dem beruflichen Status wirkt sich die Bildung auch auf das Einkommen aus, das sich wiederum auf den sozialen Status auswirkt. Daher erscheint es bedeutsam, Kinder früh durch Kindergarten und Schule zu fördern. Ein Ausgleich von Haushaltsdefiziten könnte auf diese Art bei bildungsstigmatisierenden Kindern möglich werden. Allerdings ist erkenntlich, dass Kinder aus sozial benachteiligten Lebenslagen in Kindertageseinrichtungen oft unterrepräsentiert sind. Auch in der Schule können Entwicklungsdefizite in den kurzen Grundschuljahren des Öfteren nicht ausgeglichen werden. Die Ergebnisse einer Studie machen die Bildungsbenachteiligung deutlich: Es gibt eine Verbindung zwischen schulischen Leistungen und der sozialen Herkunft. Kinder aus Haushalten mit niedrigem Status sind deutlich schlechter in der Schule als solche aus Familien mit höherem Status, beispielsweise in Bezug auf die Lesekompetenz. Die Forschung zeigt auch, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Status weniger wahrscheinlich für weiterführende Schulen empfohlen werden, trotz guter Leistungen. Außerdem ist zu erläutern, dass mehr Mädchen und Jungen aus Akademikerfamilien als aus Nichtakademikerfamilien ein Studium absolvieren. Die Verdienstmöglichkeiten sind aufgrund geringer Bildung und beruflicher Qualifikation recht gering. Erwähnenswert ist, dass Kinder mit niedrigem sozialem Status häufiger Gesundheitsprobleme aufweisen, wie psychische Verhaltensauffälligkeiten sowie

motorische Beeinträchtigungen. Im Vergleich zu Personen aus Haushalten mit mittlerem oder hohem sozialen Status haben sie einen schlechteren Gesundheitszustand. Dies zeigt deutlich, dass das Aufwachsen in einem benachteiligten sozialen Umfeld mit einer Reihe von Faktoren verbunden sein kann, die sich zusammengenommen negativ auf die gesundheitliche Chancengleichheit auswirken können (vgl. ebd., 2008, S.18ff.).

### **3.1.2 Familiensituation**

Als erste soziale Instanz, die sich um das Kind direkt nach der Geburt kümmert, übernimmt die Familie neben der pflegerischen Verantwortung parallel dazu die Aufgabe für das kindgerechte gesundheitliche Aufwachsen zu sorgen. Erziehung, Bildung sowie Sozialisierung prägen die Bedeutung des Themas Gesundheit im Alltag, was wiederum den Lebensstil von Kindern bestimmt. Sie bietet Heranwachsenden die Möglichkeit, Erfahrungen zu machen und entscheidet, welche sozialen Werte interveniert werden sollen. Die Familie als wichtigste sozialisierende Instanz ist für die gesunde Entwicklung und Erhaltung junger Menschen verantwortlich (vgl. Sting, 2007, S.480ff.). Sie ist die einzige Sozialisation, die uns durch das ganze Leben begleitet (vgl. Schnabel, 2010, S.33). Daher ist sie die ‚überdauernde Umgebung‘ für den jungen Menschen. Liege (2006) stellte fest, dass sich, beispielsweise durch Trennung oder Scheidung, die Familienstruktur für die Kinder ändert, die meisten jedoch mit beiden Elternteilen aufwachsen (vgl. Liege, 2006, S.52). Bestimmte Ernährungssituationen zeigen deutlich, dass Gesundheit in der Familie nicht nur unbewusst durch Sozialisation weitergeben wird, sondern auch durch Erziehung zum bewussten Handeln (vgl. Homfeldt/ Sting, 2006, S.125). Man kann feststellen, dass Ergebnisse untersuchter Familienstrukturen die Bedeutung von Ess- und Tischritualen für den Gesundheitszustand unterstreichen. Familien beeinflussen die Kinder zu gesunden oder ungesunden Verhaltensweisen und Einstellungen durch die Essensauswahl, die Zubereitung von Speisen oder Tischgespräche (vgl. Audehm/ Zirfas, 2001, S.55ff.). Dies beweist, dass gesundheitsbezogene Aspekte im Lebensumfeld verankert sind, dabei werden Werte und Einstellungen durch Angewohnheiten, Lebensstile und Regelmäßigkeiten vermittelt. Familien übernehmen die Aufgabe einer ‚vermittelnden Instanz‘, die Gesundheit durch Sozialisationsaufgaben erreicht und an die Kinder weitergibt. Dieser Vorgang ist teilweise unbewusst, da jede Familie ihre eigene Lebensweise mit Gesundheitsvorstellungen lebt (vgl. Ohlbrecht/ Schönberger, 2010, S.20). Die



Familie als gesundheitsförderndes Umfeld wird ebenso durch veränderte Lebensumstände zum Stressfaktor. Das Ausmaß, in dem Gesundheitsprobleme auftreten, hängt davon ab, ob die Haushalte über die Ressourcen verfügen, um die beteiligten Risikofaktoren zu kompensieren. Bei mangelnden Ressourcen wird eine Bewältigung von Krisen fast nicht möglich, bei zu vielen störenden Faktoren aus der Umwelt werden soziale, psychische sowie physische Auswirkungen wahrscheinlich. Ausschlaggebend dafür, ob belastende Faktoren die Gesundheit von Kindern beeinträchtigen, ist das Ausmaß der subjektiven Ressourcen und die Ressourcen, die aus der Umwelt zur Verfügung stehen, die entgegenwirken (vgl. Hurrelmann, 1990, S.60ff.). Entscheidend sind die Lebensumstände einer Familie, also die sozioökonomischen sowie kulturellen Ressourcen und die Lebenssituation, die alle die Entwicklung des Kindes beeinflussen. Nicht alle Eltern können ihren Kindern diese Ressourcen zur Verfügung stellen, was die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsproblemen erhöht (vgl. (Hrsg.) BMFSFJ, 2014, S.110). Wenn beide Elternteile berufstätig sind und durch die Steigerung von Alleinerziehenden-Haushalten werden die zeitlichen Ressourcen in der Kindererziehung vernachlässigt und die nötigen Sozialisationsleistungen können von den Eltern selbst nicht mehr erbracht werden. Berufliche sowie private Lebensumstände lassen sich schwer miteinander kombinieren und behindern das Kindeswohl (vgl. Bauch, 2010, S.187).

Die Familienstruktur in der heutigen Gesellschaft lässt sich nicht mehr als klassische Institution vereinheitlichen, in der eine Familiengemeinschaft aus einer herkömmlichen Ehe und den Kindern besteht. Stattdessen existieren derzeit unterschiedliche Lebensstile nebeneinander, die alle ein Familiensystem erkenntlich machen und wie die klassischen Familienformen gemeinsame Beziehungen an erste Stelle rücken (vgl. Hurrelmann, 2006, S.130). Einige Familienkonstellationen sind jedoch aufgrund der ungleichen Verteilung sozialer Ressourcen stärker benachteiligt als andere. Diese Ungleichheit wird an die nächste Generation weitergegeben und wirkt sich auf die Eltern-Kind-Beziehung aus (vgl. ebd., 2006, S.170f.). Eine verlässliche und stabile Verbindung zwischen Mutter/Vater und Kind ist Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung sowie für eine soziale, körperliche und geistige Gesundheit (vgl. Hurrelmann, 1990, S. 83). Unabhängig von der Familienform bleibt die Familie das ‚natürliche Umfeld‘, an dem Erlebnisse, Werte und Wissen gelebt, kommuniziert und weitergegeben werden. Jede einzelne Familie besteht aus ‚generationenübergreifenden Familientraditionen‘, in denen Eltern mit ihren Kindern gemeinsam die Lebensweise der Familie im Alltag gestalten. In diesem Prozess wirken

Familienmitglieder gegenseitig aufeinander ein, da Eltern als ältere Generation ihre Kinder hauptsächlich in Bezug auf Wissen und Fähigkeiten sozialisieren. Kinder speichern familiäre Lebenserfahrungen, auf die sich bezogen wird, sobald alltägliche Beschlüsse getroffen werden. Die Familie kann somit als ein ‚Laiensystem‘ bezeichnet werden, das Unterstützung in Bezug auf Orientierung für den Umgang mit gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen gibt. Auf diese Art und Weise werden gesundheitsbezogene Einstellungen, die den Gesundheitszustand beeinflussen, auch im Familienleben weitergegeben (vgl. Schönberger/ Kardorff, 2010, S.191). Einerseits stehen Familien vor der Herausforderung, Gesundheit ‚als persönliches und soziales Gesundheitskapital‘ zu schaffen, andererseits wird ihnen vorgeworfen, diese Aufgabe nicht zu erfüllen und die Gesundheit einzelner Familienmitglieder durch unvorteilhafte tägliche Erziehungsaktivitäten oder Gewohnheiten zu gefährden. Deshalb versucht der Staat möglichst früh einzugreifen, zu fördern und zu unterstützen (vgl. Ohlbrecht/ Schönberger, 2010, S.8). Die soziale Unterstützung seitens der Familie ist entscheidend, um die Gesundheit des Kindes zu stärken und schädigende Gewohnheiten zu bewältigen. In diesem Zusammenhang ist es nachvollziehbar, dass gesundheitsfördernde Interventionen, die die Familie berücksichtigen, erfolgsversprechende Wirkungen erbringen können (vgl. Campbell, 2000, S.228). Generell lässt sich sagen, dass Eltern einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ihrer Kinder haben (vgl. a.a.O., 2000, S.226).

### **3.1.3 Wohnsituation und Umweltbedingungen**

Die körperliche und geistige Entwicklung sowie die Gesundheit eines Kindes hängen in besonderem Maße von ihrer Umwelt und ihren Lebensumständen ab. Die Wohnungen sowie die Wohnlage spielen eine bedeutsame Rolle. Auch aus ‚umweltmedizinischer Sicht‘ sind Kinder keine ‚kleinen Erwachsenen‘. Sie differenzieren sich von Erwachsenen in Exposition, Aufnahme, Metabolisierung, Verteilung und Ausscheidung von Fremdstoffen sowie Anfälligkeit und Verwundbarkeit in Bezug auf Umwelteinflüssen. Die hochkomplizierten, dynamischen Wachstums- und Unterscheidungsprozesse, die der embryonalen, fötalen und kindlichen Entwicklung zugrunde liegen, sind gefährdet. Gleiches gilt für die psychosoziale Entwicklung von Kindern (vgl. Hrsg. RKI, 2008, S.26). Ärmliche Wohnbedingungen, wie z.B. die schlechte Struktur der Quartiere, unzureichende Infrastruktur, starke Umweltbelastungen wie Luftverschmutzung,

Lärm, fehlende Grünflächen und Spielmöglichkeiten für Kinder, veranlassen Sozialbessergestellte in der Gesellschaft, unschöne Wohnlagen zu verlassen oder sogar zu vermeiden. Zurück bleiben meist diejenigen, die sich aufgrund fehlender Ressourcen keine bessere Wohnumgebung leisten können. Viele bezahlbare Wohnsiedlungen liegen an wichtigen Verkehrsachsen in innerstädtischen Vororten und tragen zu schädlichen Umweltauswirkungen bei (vgl. Schmidt, 2015, S.21). Das Lebensumfeld eines Menschen hat direkte und indirekte Auswirkungen auf das Wohlergehen und den Gesundheitszustand. Die Lage und Größe einer Wohnung sowie eventuelle Lärmquellen und andere potenziell schädliche Stoffe sind bedeutsame Kriterien für die Lebensqualität. In Bezug auf den sozialen Status leben Familien mit hohem sozialen Status hauptsächlich in großen und mittleren Städten, und Familien mit mittlerem sozialem Status leben hauptsächlich in ländlichen Gebieten und Kleinstädten. Kinder aus Familien mit niedrigem Status und Kinder aus Migrationsfamilien leben häufiger in Blocksiedlungen und seltener in Ein- oder Zweifamilienhäusern als Kinder aus Haushalten mit hohem sozialem Status. Das subjektive Gesundheitsbefinden der Kinder hängt mit der Bebauungsart und der Wohnformen zusammen (vgl. RKI, 2008, S.28). Hinsichtlich der Verkehrsbelastung ist ein deutliches soziales Gefälle zu erkennen. Dies zeigt sich vor allem in den Merkmalen ‚Hauptstraße mit starkem Verkehr‘ und ‚Nebenstraße mit wenig Verkehr‘. Kinder mit niedrigerem Sozialstatus erleben häufiger eine höhere Verkehrsbelastung als Kinder aus höheren sozialen Schichten.

Des Weiteren kann Tabakrauch die menschliche Gesundheit, insbesondere Heranwachsende, schädigen. Je älter die Kinder werden, desto mehr sind sie dem Rauchen zu Hause ausgesetzt. Deutlich erkennbar ist ein Zusammenhang zwischen Rauchen und sozialem Status. Heranwachsende aus Haushalten mit niedrigem sozialem Status sind etwa 3- bis 10-mal mehr täglichem Rauchen in der Wohnumgebung ausgesetzt als Kinder aus höheren sozialen Schichten. Darüber hinaus wird eine Verbindung zwischen der Exposition gegenüber Passivrauchen und der Größe der Gemeinde nachgewiesen: Im Vergleich zu Kindern, die in ländlichen Gebieten leben, haben Kinder, die in Groß- und Mittelstädten leben, ein höheres Risiko, zu Hause Passivrauchen ausgesetzt zu sein.

Darüber hinaus wurden Luftschadstoffe, die beim Kochen beziehungsweise Heizen mit Gas entstehen, als Auslöser von Atemwegserkrankungen bei Kindern identifiziert. Ebenso ist Schimmelpilzbefall in der Wohnung nicht nur ein Anzeichen für schlechte Wohnbedingungen, sondern auch ein Risikofaktor für die Gesundheit und kann Hautirritationen und Infektionen hervorrufen. Es ist außerdem zu

erwähnen, dass Haustiere im Haushalt die Lebensqualität verbessern kann (Spielkameraden für Kinder) aber auch bei vorbelasteten Personen Allergien auslösen kann. Ältere Kinder besitzen häufiger Haustiere als jüngere, Haushalte mit Migrationshintergrund haben seltener Haustiere. Umweltbelastungen sind jedoch nicht nur eine Herausforderung für Familien mit niedrigem sozialem Status. Haushalte aus besseren Milieus verwenden ungefähr doppelt so häufig Produkte zum Textilschutz. Haushalte mit niedrigerem sozialem Status nutzen dagegen vermehrt Weichspüler, Raumsprays oder Desinfektionsmittel. Bei Verwendung sollte in jedem Fall, in hohem Maße auf die Kinder geachtet werden (vgl. RKI, 2008, S.28ff.)

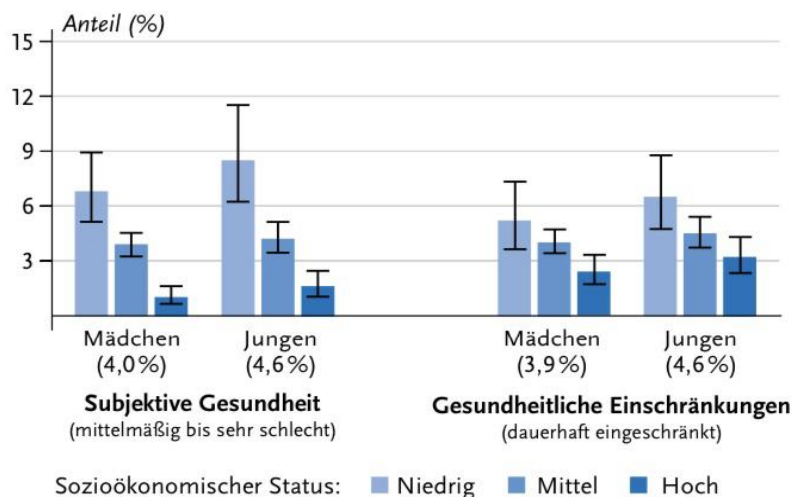
#### **4 Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Kindes**

Da die Entwicklungsphase ‚Kindheit‘ in Deutschland derzeit von gravierenden Unterschieden in den Lebensverhältnissen geprägt ist, hat die Schere zwischen wachsendem Wohlstand und sowie erhöhter Armut, vor allem durch den Anstieg der Arbeitslosigkeit der Eltern, verbunden mit dem Heranwachsen von Kindern unter wirtschaftlicher Not zu einer gesellschaftlichen Polarisierung geführt. Die unmittelbare Folge ist eine zunehmende Ungleichheit der sozialen sowie materiellen Lebensbedürfnisse, die persönliche Entfaltungen und die Entwicklungsmöglichkeiten von armen Kindern werden stark beeinträchtigt und die Chancengleichheit für erfolgreiche individuelle Entwicklung und Sozialisation ist enorm eingeschränkt (vgl. Andrä, 2000, S.272). Viele gesellschaftliche und wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass bestimmte Gruppen von Menschen, die besonders armutsgefährdet sind, wie Arbeitslose, Obdachlose, Alleinerziehende, Migranten sowie Kinder in solchen Haushalten, ein deutlich erhöhtes krankheits- und Sterberisiko aufweisen (vgl. Trabert, 2008, S.51). Dieser Zusammenhang beruht darauf, dass bei jungen Menschen, im Gegensatz zu Erwachsenen, ein Kausationseffekt besteht: Während ein schlechter Gesundheitszustand bei Erwachsenen das Armutsrisiko langfristig erhöht, gilt für Kinder das Gegenteil. Wer in Armut heranwächst, entwickelt im Laufe der Zeit eine prekärere Gesundheit, was wiederum zu chronischen Krankheiten führt (vgl. ebd., 2008, S.52). Kinder aus benachteiligten Verhältnissen sind oft anfälliger für Erkrankungen, aufgrund von Faktoren wie schlechter Hygiene, Vorsorge sowie elterlicher Vernachlässigung (vgl. UNICEF, 2013, S. 4). Wie bereits im Kapitel 3.1

beschrieben, haben Kinder der unteren Schicht im Vergleich zu Kindern der oberen und mittleren Gesellschaftsschichten einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand. Nur jedes fünfte Kind mit niedrigem Sozialstatus, aber jedes zweite Kind aus der höheren Sozialschicht weist eine sehr gute Verfassung der Gesundheit auf. Kinder aus niedrigeren Schichten klagen häufiger über gesundheitliche Probleme (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlafstörungen) (vgl. Jost, 2004, S.31).

Kinderarmut und soziale Ungleichheit erhöhen die Wahrscheinlichkeit von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten. Dazu gehören Störungen der sensorischen Koordination und Sprachentwicklung, Bewältigungs- und Essgewohnheiten sowie Adipositas (Übergewicht) und Zahnkrankheiten (vgl. Richter, 2010, S.203). „Gesundheit ist mit Entwicklungs- und Lebenschancen korreliert. Folglich zeigen gesundheitliche Beeinträchtigungen im Kindesalter besonders nachhaltige negative Effekte. Einschränkungen in der Teilhabe an Aktivitäten der Bezugsgruppe markieren Deprivationen, die auf Dauer – zusätzlich zu den somatischen Beeinträchtigungen – auch psychosoziale Störungen nach sich ziehen.“ (Jost, 2004, S.31f.). Aus pädagogischer Sicht sollte sich die Forschung stärker auf soziale, psychologische, pädagogische sowie medizinische Fragen konzentrieren (vgl. Andrä, 2000, S.272).

### Der allgemeine Gesundheitszustand in Zahlen



„Allgemeiner Gesundheitszustand von 3- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und sozioökonomischem Status (Subjektive Gesundheit n = 6.682 Mädchen, n = 6.633 Jungen; gesundheitliche Einschränkungen n = 6.654 Mädchen, n = 6.582 Jungen“  
(Hrsg. RKI, 2018, S.24)

Abbildung 3: Hrsg. RKI (2018): KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen

Nach Angaben von Eltern, die in der KiGGS erhoben wurden, haben 57,1% Kinder und Jugendliche (3 bis 17 Jahre) einen sehr guten und 38,6% einen guten

gesundheitlichen Allgemeinzustand. Nur bei 4,3% der Mädchen und Jungen wurde der Gesundheitszustand von deren Eltern als mittelmäßig, schlecht beziehungsweise sehr schlecht bestimmt. Dabei ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern der Heranwachsenden gering (4,0% gegenüber 4,6%). Bemerkenswert ist bei beiden Geschlechtern, (vgl. Hrsg. RKI, 2018, S.24) „dass der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als mittelmäßig oder schlechter einstufen, umso geringer ist, je höher der SES der jeweiligen Familie ist“ (ebd., 2018, S.24) (Abbildung 3). Während 7,7% der Mädchen und Jungen mit niedrigem SES einen mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand aufzeigen, sind es in der Gruppe des mittleren Status 4,1% und in der hohen Statusgruppe nur 1,4%. In Deutschland sind insgesamt 4,3% der Heranwachsenden zwischen 3 und 17 Jahren von Gesundheitsbeeinträchtigungen betroffen – Mädchen etwas weniger als Jungen (3,9% gegenüber 4,6%). Es gibt keine großen Altersunterschiede. Der Anteil, der aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen dauerhaft eingeschränkten Kinder und Jugendlichen, lag in der niedrigen Statusgruppe bei 5,8% - etwa doppelt so hoch wie in der hohen Statusgruppe mit 2,8%. Diese sozialen Differenzen waren bei beiden Geschlechtern offensichtlich (Abbildung 3) (vgl. ebd., 2018, S.24). Wie sie hier zeigt, besteht ein großer Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit.

#### **4.1 Psychische und soziale Auffälligkeiten**

Das Auftreten von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten bei Heranwachsenden steht seit vielen Jahren im Fokus der öffentlichen Diskussion. Dies betrifft vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen und mit Migrationshintergrund, die oft unter Sprech- und Sprachstörungen, psychomotorischen Beeinträchtigungen und geistigen Entwicklungsstörungen leiden. Darunter zählen auch Verhaltensprobleme in Form von Wut, Gewalt, Lügen und stehlen, Hyperaktivitätsprobleme wie Reizbarkeit und Unaufmerksamkeit sowie emotionale Probleme mit somatischen Neigungen (vgl. Hrsg. RKI, 2006, S.44). Diese Beeinträchtigungen verankern sich tief und haben nachhaltige Auswirkungen auf das Leben und die Teilhabemöglichkeiten (vgl. a.a.O., 2006, S. 136).

## Psychosomatische Beschwerden

Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung spiegelt sich auch in psychosomatischen Beschwerden wider. Kinder berichten häufiger über Reizbarkeit, schlechte Laune oder Nervosität. Mangelnde Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Werten und Leistungen aufgrund des Armutsstatus führt häufig zu sozialer und psychischer Armut, die sich in körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen und einem Mangel an Wohlbefinden manifestiert. Kinder sind in einem Kreislauf aus materieller Armut und körperlichen und seelischen Erkrankungen gefangen (vgl. Bund, 2003, S.19). Psychische Problematiken bei Kindern schränkt das individuelle Wohlbefinden ein und können auch mit hohen Belastungen im sozialen Umfeld verbunden sein (vgl. Hrsg. RKI, 2015, S.48). „Bei der Verursachung und Entwicklung der meisten psychischen Störungen wird derzeit ein multifaktorielles Entstehungsmodell angenommen,“ (ebd., 2015, S.48) in dem genetische und physiologische Kriterien und Aspekte der individuellen Lerngeschichte sowie psychosoziale und andere Umweltfaktoren zur Entwicklung und zum Fortschreiten psychischer Störungen und Krankheiten beitragen (vgl. ebd., 2015, S.48).

## Intelligenzentwicklung und Schulbildung

Armut beeinträchtigt die sprachliche und intellektuelle Entwicklung und damit die schulischen Leistungen. Auch Aufmerksamkeitsschwächen sind in diesem Kontext von großer Bedeutung. Kinder aus den niedrigeren Sozialschichten sind in der Schule weniger lernfähig. Hinsichtlich der Zukunftsperspektiven sehen sich Schüler aus benachteiligten Familien eher in einer Arbeit ohne Ausbildung und wollen selten eine höhere Schule besuchen. Die Leistungen in der Schule werden des Öfteren als unterdurchschnittlich angegeben. Aufgrund der hohen beruflichen Erwartungen seitens der jungen Menschen ist jedoch davon auszugehen, dass es später zu Enttäuschungen kommen wird. Aufgrund der finanziellen Lage möchten Eltern, dass ihre Kinder so schnell wie möglich Berufsleben einsteigen, damit sie zum Familieneinkommen beitragen (vgl. Bund, 2003, S.19).

## Subjektives Wohlbefinden

Kinder, die in Armutslagen heranwachsen, haben weniger Möglichkeiten zur Teilhabe. Sie sind von etlichen sozialen sowie kulturellen Lebensbereichen isoliert.

Dies führt häufig zu psychosozialen Beeinträchtigungen. Im Vergleich zu Erwachsenen können Heranwachsende die Auswirkungen der Armut nicht verbergen. Arme Kinder haben ein objektiv größeres Risiko einer versagenden Sozialisation. Denn das Aufwachsen in prekären Lebenslagen wirkt sich auf den Sozialisationsprozess aus. Kinder erleben die negativen Folgen von Armut, wie z.B. nicht in den Urlaub fahren können und Einschränkungen in Freizeitbeschäftigungen. Das Taschengeld ist im Vergleich zu Gleichaltrigen niedrig und Jungen und Mädchen, die in Armut aufwachsen sind stigmatisiert, weil sie beispielsweise nicht in der Lage sind, die für Schulen oder Sportvereine erforderlichen Mittel aufzubringen. Auch im Aussehen, zum Beispiel bei der Kleidung gibt es auffällige Unterschiede. Betroffene Kinder empfinden dies als Rückschlag. Je mehr Standards die Gesellschaft setzt und je mehr Kinder diesen nicht gerecht werden, desto größer sind die psychosozialen Beeinträchtigungen. Die psychische Gesundheit wird also stark von Handlungsentscheidungen beeinflusst, die wiederum von sozialen Bedingungen geprägt werden (vgl. Bund, 2003, S.20). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) postuliert eine Reihe von Problemen, die als mitwirkende Bedingungen zur Entstehung psychischer Belastungen angesehen werden können. Unter anderem werden problematische Konstellationen benannt, die in einer direkten oder indirekten Verbindung zur Armutsbetroffenheit stehen: Probleme im Zusammenhang mit Bildung (es existiert eine strukturelle Verbindung zwischen Armut und dem Besuch der Schule), Probleme im Zusammenhang mit Beschäftigung und Arbeitslosigkeit (Armut ist unmittelbar mit Arbeitslosigkeit verbunden), Probleme in Verknüpfung mit Wohnen und wirtschaftlichen Bedingungen (Armut bedeutet eine Nichtfinanzierbarkeit vernünftiger Wohnungen), Probleme, die durch negativ geprägte Kindheitserfahrungen verursacht werden (Kinderarmut hat einen vorzeitigen Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge). Der soziale Status ist zweifellos ein Faktor bei der Bestimmung der psychischen Gesundheit. Depressionen können beispielsweise bei Kindern auftreten, die sich angesichts des Stigmas der Armut für sich selbst verantwortlich fühlen und sich sogar als schuldig darstellen, wenn sie weiterhin in Armut leben. Dieses Schuldgefühl hängt nicht nur mit der Situation selbst zusammen, sondern mit all den daraus resultierenden Problemen, mit den unzähligen Konflikten und Spannungen in Familien, für die sich Kinder selbst verantwortlich fühlen (vgl. Jost, 2004, S.32).



## Emotionale Beeinträchtigungen

Kinder aus ärmeren Familien glauben, dass ihr psychosozialer Zustand im Allgemeinen schlechter ist als der anderer. Jungen Mädchen aus den untersten sozialen Schichten fehlt es oft an Selbstvertrauen. Sie fühlen sich häufig hilflos und einsam (vgl. Bund, 2003, S.20). Die durch den Armutprozess verursachten seelischen Störungen äußern sich in Angst, Depressionen, Minderwertigkeitsgefühlen, verstärkte Reaktionen von Wut, Aggressionen, Feindseligkeit und etlichen Normverstößen (vgl. Bröskamp, 2000, S.13f.). Die psychischen Störungen äußern sich auch als Symptome einer Anomie, also eines allgemeinen Mangels an sozialer Integration, da Kinder sich allein, wertlos und überflüssig fühlen und wie bereits erwähnt von Schuld- und Sinnlosigkeit geplagt werden. Da Mädchen aus wirtschaftlich benachteiligten Haushalten vermehrt sensibel reagieren, sind sie anfälliger für emotionalen Stress, z.B. in Bezug auf die Kleidungsnorm (vgl. Bund, 2003, S.20).

## Sozialentwicklung

Für Kinder entspricht psychosoziales Wohlbefinden der Eingliederung in eine Gruppe von Gleichaltrigen und der Orientierung in der Gesellschaft. Beide sind wichtig für die geistige und emotionale Entwicklung des Kindes. Armut kann sich auf soziale Beziehungen und die Sozialisation auswirken. Der Einfluss sozialer Marginalisierung auf die psychosoziale Entwicklung ist von Bedeutung. Bei Kindern bestätigten sich typische Muster im Umgang mit sozialer Ausgrenzung, sozialen Rückzug, Armutsverleugnung, Anomiesymptome und zunehmender Vereinsamung. Neben dem Wohlbefinden ist auch die Einbindung in einen Freundeskreis wichtig für eine erfolgreiche Identitätsentwicklung und die Fähigkeit, den eigenen Lebensweg zu finden. Allerdings sind in Armut lebende Kinder deutlich weniger in Vereine oder Freundeskreise integriert. Die unterdurchschnittliche Teilhabe der jungen Menschen am Alltag hat Folgen für die Sozialisation. Kindern, die angeben, derzeit keine Freunde zu haben, befinden sich viermal so häufig in den unteren Schichten wie in der oberen oder mittleren Schicht. Kinder aus Armutslagen können sich schlechter in ihre Peer Groups integrieren. Geldmangel, oder das beschriebene Problemverhalten könnten Gründe dafür sein, da sowohl Depressionen als auch Aggressionen zu Ablehnung führen können. Erwähnenswert ist, dass Kinder Mitleid und Mitgefühl als

Diskriminierung empfinden. Insgesamt leiden Mädchen in sozialen Beziehungen mehr unter ihrer Armutssituation als Jungen. Die Ausgrenzung von Aktivitäten der Gleichaltrigengruppe kann zu einer Störung des Selbstwertgefühls, des psychosozialen Wohlbefindens und der Lebensfreude sowie zu negativen Erwartungen an das soziale Umfeld führen. Die fehlende Teilhabemöglichkeiten sozial benachteiligter Kinder an Peer-Aktivitäten ist oft mit einer Benachteiligung verbunden, die langfristige Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung haben kann (vgl. Bund, 2003, S.21f.).

## **4.2 Auswirkungen auf Ernährung**

Gesundheit ist die Verkörperung von Wohlbefinden und hängt daher auch von den jeweiligen Lebensumständen ab. Die Forschung zeigt, dass es einen allgemeinen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Gesundheitszustand gibt, weshalb man hierbei Bezug zur Forschungsfrage nehmen kann. Der finanzielle Status der Menschen bestimmt auch ihre Essgewohnheiten. Geldknappheit führt zu einer eingeschränkten Ernährung. Es lässt sich jedoch nicht leugnen, dass gerade für eine gesunde kindliche Entwicklung eine regelmäßige und ausgewogene wichtig ist. Frühzeitige Mangelernährung ist für eine Vielzahl von Erkrankungen und Gesundheitsbelastungen bei Erwachsenen verantwortlich. Das Essverhalten von Heranwachsenden wird durch eine Reihe von Einflussfaktoren, wesentlich jedoch durch die wirtschaftlichen Ressourcen der Familie bestimmt. Im Vergleich zu Kindern aus privilegierten sozialen Schichten zeigen Kinder aus unteren sozialen Schichten ein Ernährungsverhalten, dass der Gesunderhaltung und Entwicklung abträglich ist. Der soziale Status hat zweifellos einen Einfluss auf das Ernährungsverhalten von Kindern: Je niedriger der soziale Status, desto geringer die Ernährungsqualität. Die Ernährungsqualität steigt mit dem sozialen Status (vgl. Jost, 2004, S.31). Wenn Kinder in Armut aufwachsen, kann dies, wie bereits erläutert, auch Auswirkungen auf die Ernährung haben. Von Ernährungsarmut ist hier die Rede, die nachhaltige Auswirkungen und Beeinträchtigungen sowie oft nicht mehr korrigierbare Entwicklungsstörungen des Kindes nach sich zieht, weil Kinder empfindlich auf eine falsche und unausgewogene Ernährung reagieren. Neben der Energieversorgung ist für Kinder von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr eine ausreichende Versorgung mit allen Mikronährstoffen von großer Bedeutung. Eine hochwertige mikronährstoffreiche Nahrung hängt von Faktoren wie Bildungsniveau, Kochfähigkeit und Sättigungsbewusstsein ab, was für arme Haushalte

problematisch ist. Auch finanzielle Aspekte müssen berücksichtigt werden, da insbesondere Obst und Gemüse von Preiserhöhungen oder saisonalen Schwankungen betroffen sein können. Infolgedessen können Haushalte mit finanziellen Problemen sich diese Lebensmittel nur unregelmäßig oder selten kaufen (vgl. Frank/ Biesalski, 2018, S.1ff.). Die KiGGS-Studie weist darauf hin, dass viele Kinder nicht die geratenen Tagesportionen an Obst und Gemüse, Brot sowie Milchprodukte zu sich nehmen. Dadurch fehlt es ihnen an bedeutsamen Nährstoffen wie beispielsweise Vitamine, Magnesium und Eisen. Gleiches gilt auch für den Getränkekonsum: Die Mehrheit der Kinder trinkt weniger als empfohlen und bevorzugt täglich Getränke wie Cola oder Limonaden, die wegen ihres enormen Energiegehalts ungesund sind (vgl. RKI, 2006, S.57f.).

Auf nachhaltige Einkäufe beziehungsweise Bio-Produkte muss in den meisten Fällen verzichtet werden. Dies lässt sich anhand der Tagessätze der Sozialhilfe für Kinder verdeutlichen. In einer Studie von Chassé, Zander und Rasch befragten sie 14 Mädchen und Jungen im Grundschulalter und ihre Familien zu ihrem Leben in Armut und ihren finanziellen Schwierigkeiten. Sie kommen in Bezug auf die Ernährungsberatung auf folgende Ergebnisse: Die Mütter gaben an, versucht zu haben, die Ernährungseinschränkungen auf ein Minimum zu beschränken, trotzdem waren die Essgewohnheiten als ‚suboptimal‘ zu bewerten. Das gilt für die Qualität der Lebensmittel ebenso wie für eine ausgewogene Ernährung. Auch fällt es Eltern schwer, die Tagesstruktur der Mahlzeiten an den Alltag der Kinder anzupassen. Etliche Mütter erzählten, dass sie sich bei den Nahrungsmitteln eingrenzten oder das Billigste kaufen, vor allem dann, wenn das Geld knapp war. In den Befragungen stellten die Kinder Verwandte, die über mehr Essen in ihrem Haushalt besitzen als ‚reich‘ dar. Sie bemerkten, dass das Geld knapp war, sobald der Kühlschrank leer war und sie äußerten den Wunsch, auch mal alternative Nahrungsmittel als sonst essen zu wollen oder das Lebensmittel gekauft werden, die zu teuer waren. Infolgedessen können Kinder die Geldknappheit deutlich sehen und die Begrenztheit der Nahrungsmittel darauf zurückführen. Die Evaluation zeigten auch, dass einige Familien Schwierigkeiten hatten, Essensgeld für die Mahlzeitenverpflegung in den Schulen aufzubringen (vgl. Chassé/ Zander/ Rasch, 2007, S.117ff.).

### **4.3 Auswirkungen auf Bewegung und Gewicht**

Laut der HBSC-Studie sind viele Kinder übergewichtig oder fettleibig. 7,8% der Mädchen und 10,1% der Jungen leiden an Adipositas (Fettleibigkeit). Es zeigt sich,

dass Jungen heftiger betroffen sind. Die Daten machen einen Zusammenhang zwischen Familienwohnstand sowie Übergewicht erkenntlich, wobei Kinder aus unteren sozialen Schichten häufiger übergewichtig sind als andere. Übergewicht hat direkte Folgen für die Gesundheit von Kindern. Diese Auswirkungen zeigen sich in Form von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, beschleunigtes Wachstum, vorzeitige Knochenreifung oder hormonelle Veränderung, und sie haben auch ein hohes Risiko, übergewichtige im Erwachsenenalter zu werden, weshalb eine frühzeitige Intervention notwendig und wichtig ist (vgl. HBSC, 2015, S.1f.). Grundlegend ist die Ursache für Übergewicht und Adipositas die beständige Aufnahme von mehr Energie aus der Nahrung als verbrannt wird. Auch andere Faktoren tragen zur Entstehung von Übergewicht und Adipositas bei, die es zu beachten gilt. Die genetischen Voraussetzungen sind in diesem Kontext von großer Bedeutung, genauso wie eine mangelnde dynamische Bewegung im Lebensstil der Kinder. Verstärkt wird der Mangel an Bewegung durch das Fehlen von Sportaktivitäten und Sportvereinen ist den meisten Problemvierteln. Eine regelmäßige körperliche Aktivität ist eine der wichtigsten Faktoren für ein gesundes Wachstum und ist ein bedeutsamer Bestandteil der Gesundheitserhaltung und Prävention des Kindes.

Obwohl die überwiegende Mehrheit von Kindern in Deutschland Sport treibt, können nicht alle gleichermaßen am Vereinssport teilnehmen. Mädchen und Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigerem sozialem Status treiben ungefähr zwei- bis dreimal seltener Sport als andere Kinder in höheren sozialen Schichten (vgl. RKI, 2006, S. 52ff.).

Übermäßiges Essen beeinträchtigt enorm die Gesundheit von Kindern, aber auch Untergewicht birgt Gesundheitsrisiken, die oft übersehen werden. Die HBSC-Studie zeigt, dass 12,6% der Jungen und 17,8% der Mädchen als untergewichtig einzustufen sind. Kinder, die in höheren Schichten aufwachsen, sind eher untergewichtig als übergewichtig, Mädchen zudem häufiger (vgl. HBSC, 2015, S.1). Letztlich bedeutet Mangelernährung, dass zu wenig Nahrungsenergie aufgenommen wird, was zu einer Unterversorgung mit bedeutsamen Makro- und Mikronährstoffen sowie Vitaminen führt, was wiederum zu Langzeitschäden führen kann. Für Kinder bedeutet dies, dass es zu Beeinträchtigungen im Wachstum und in der Entwicklung kommen kann oder sie anfälliger für Erkrankungen und Infektionen sind. Neben Unterernährung ist auch die Fehlernährung erwähnenswert, die durch eine falsche Zusammensetzung der Ernährung gekennzeichnet ist, was zu einem chronischen Mangel oder einem Überschuss an Nährstoffen führt. Die Folgen des eben beschriebenen sind somit schwerwiegend

und können sich auf alle Organsysteme von Kindern auswirken (vgl. Burgerstein, 2018, S.51f.).

## **5 Armutsprävention/ Armutsreduzierung**

In diesem Kapitel wird Armutsprävention beziehungsweise Armutsreduzierung näher beleuchtet und Bezug auf die Forschungsfrage genommen.

Eine kindesbezogene Armutsprävention repräsentiert einen theoretischen und praktischen Ansatz, der aus der Perspektive des Kindes positive Lebens- sowie Entwicklungsbedingungen für die Heranwachsenden von heute und morgen schafft. Leitgedanke ist es, dafür zu sorgen, dass alle Kinder, insbesondere die ‚armen‘, glücklich und im Wohlergehen aufwachsen. Das Hauptziel besteht darin, die spezifischen Folgen von Armut zu vermeiden oder zu begrenzen und gleichzeitig Auswirkungen auf elterlicher, familiärer und umweltbedingter Ebene positiv zu beeinflussen (vgl. Holz, 2008, S.148). Die sozialen Bedingungen, Strukturen und die besondere Lebenssituation von Kindern sind grundlegend für die Prävention von Kinderarmut. Die politische Dimension sollte sich in erster Linie mit der Primärprävention befassen, um Armut, Ausgrenzung und Ungleichheit im Allgemeinen zu verringern. Ein weiteres Ziel sollte sein, dem Kind eine gute Zukunft zu ermöglichen und ein gesundes Heranwachsen im Wohlstand zu bieten und das bereits ab Beginn einer Schwangerschaft und spätestens, nachdem das Kind geboren wurde. Eine kindesbezogene Armutsreduzierung berücksichtigt außerdem die lokalen Lebensbedingungen. Sekundärprävention reduziert das Armutsrisiko und konzentriert sich auf die Ressourcen der Kinder. Armutsprävention wird insbesondere durch politische Entscheidungen beeinflusst und durch die Arbeit institutioneller und professioneller Fachkräfte gewährleistet (vgl. Holz, 2010, S. 118f.).

### **5.1 Politische Maßnahmen**

Es gibt zahlreiche politische Maßnahmen, die dazu beitragen können, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren (vgl. Schmidt, 2013, S.40). Die Politik muss Armut bei Kindern aufhalten. Gleichstellungsorientierte Familienpolitik, Geschlechtergerechtigkeit und ein familienfreundlicher Stellenmarkt sollten auch mit dem Ausbau der Kinderbetreuung als politisches Ziel gesetzt werden. Heranwachsende und deren Familien brauchen Sicherheit, um aus dem

Teufelskreis der Armut zu gelangen. Es ist ersichtlich, dass nur so alle Kinder dieselben Chancen und einen wohlhabenden Start ins Leben erhalten, denn es ist zu berücksichtigen, dass jedes Kind gleichwertige Rechte hat (vgl. Baumgart, 2013, S.19).

### Sozial- und Finanzpolitische Maßnahmen

Zu den sozialpolitischen Maßnahmen gehört z.B. der Abbau sozialer Ungleichheiten, also die Verringerung von Differenzen in Bildung, Arbeitsstatus und des Gehalts, ohne die gesundheitliche Ungleichheiten auf längere Zeit nicht reduziert werden können. Das ist jedoch eine umfassende und vielfältige Aufgabe, sodass hier nur eine Auswahl von Vorschlägen erläutert werden. Dazu empfehlen zum Beispiel Wilkinson und Pickett, die Einkommensungleichheit von vornherein zu reduzieren. Sie erkennen darin eine wichtige Möglichkeit, Schlupflöcher im Steuersystem zu schließen, absetzbare Betriebskosten zu beschränken, Spitzensteuersätze anzuheben oder Spitzenlöhne gesetzlich an ein Vielfaches des Durchschnitts- oder Mindestlohns von Unternehmen zu binden. Diese Handlungen erscheinen einfach und sinnvoll, stellen allerdings nur eine Übergangslösung dar, da solche Änderungen nach einem Wechsel der Regierung rasant wieder in ihren eigentlichen Status Zustand rückversetzt werden können (vgl. Wilkinson/ Pickett, 2009, S.283). Eine dauerhafte Alternative ist die gesetzliche Schaffung von Steuervorteilen für Betriebe, die ihre Angestellten einbeziehen. Dies begrenzt sich jedoch nicht auf die finanzielle Beteiligung, sondern muss auch die Mitbestimmung der MitarbeiterInnen einschließen, um zu vermeiden, dass diese durch ‚Beteiligung‘ enger an Unternehmensentscheidungen gebunden werden (vgl. a.a.O., 2009, S.284ff.).

### Gesundheits- und Stadtentwicklungspolitische Maßnahmen

Die Gesundheitspolitik ist zum Beispiel, wie bereits in Kapitel 3.1.3 kurz erläutert, bei Handlungen in der Wohnumgebung dringend erforderlich. Hier sollten Erholungsgebiete wie Grünflächen und Parkanlagen entstehen – sofern diese noch nicht existieren- sowie Lärmquellen und Abgase in beeinträchtigten Wohnumgebungen reduziert werden. Inzwischen werden in fast allen deutschen Großstädten Umweltzonen eingerichtet und damit die Maßnahme zur Reduzierung der Feinstaubbelastung ergriffen. Darüber hinaus wird z.B. in Hamburg über eine

Anbahnung von Flüsterasphalt, ein ‚Nachttempo‘ von 30 km/h auf häufig befahrenen Straßen und über vermehrte Kontrollen der Geschwindigkeit diskutiert. Außerdem werden spezifische Maßnahmen zur Ressourcenstärkung, insbesondere für Familien mit Kindern aus niedrigen sozial-ökonomischen Schichten, empfohlen. Erwähnenswert sind hier die Bewegungsförderung in benachteiligten Wohnumgebungen und die Sportaktivitäten für übergewichtige und adipöse Kinder (vgl. Mielck, 2005, S.81). Zudem gilt es, die Vorteile einer gesunden Ernährung zu fördern und ungesunde Nahrungsmittel sollten deutlicher gekennzeichnet werden, da nicht von einem breiten Ernährungs- und Lebensmittelverständnis aller ausgegangen werden kann. Beispielsweise scheiterte 2010 der Versuch, eine ‚Lebensmittel-Ampel‘ auf sogenannten Fertigprodukten einzuführen, die rot markierte Nahrungsmittel als ungesund erklärt. Diese Ampel wurde von Lebensmittelherstellern stark abgelehnt und offiziell für misslungen erklärt, weil sie nicht wissenschaftlich genug gewesen wäre (vgl. ZEIT ONLINE GmbH, 2010).

### Familienpolitische Maßnahmen

Insbesondere im familiären Kontext ist auch die Reduzierung der ökonomischen sowie materiellen Beeinträchtigungen der Kindererziehung zu nennen. Die Kosten für Letzteres werden kaum durch den Familienlastenausgleich gedeckt und sind für Familien mit mittlerem Einkommen oder für Alleinerziehende eine enorme Strapaze. Lampert und Richter empfehlen eine weitere Anhebung des Kindergeldes und des Kinderzuschlages, die ihrer Meinung nach nicht genügen, um die Entwicklungsrisiken zu mindern, die Armut mit sich bringt. Nach Berechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung haben vor allem Familien mit Kindern am Rande der Armutsgrenze von der Anhebung des Kindergeldes profitiert. Arbeitslose oder Alleinerziehende mit überproportionalen Belastungen wiesen dagegen kein reduziertes Armutsrisiko auf (vgl. Lampert/Richter, 2009, S.224). Im Rahmen der Familienpolitik sind Maßnahmen von Bedeutung, die es ermöglichen, dass Erwerbstätige die Fähigkeit entwickeln, sich einerseits dem Beruf, andererseits dem Familienleben zu widmen zu können. Beispielsweise bieten Kinderbetreuungseinrichtungen und flexible Unternehmenskonzepte oft Alleinerziehenden die Möglichkeit, die Berufstätigkeit auszuüben. Erwähnenswert ist das Tagesbetreuungsausbaugesetz, das 2005 seine Wirksamkeit erlangt hat, welches den Ausbau und die Sicherung von

Kinderbetreuungsangeboten beinhaltet (vgl. a.a.O., 2009, S.225). Neben der Verbesserung der finanziellen Angebote und den Betreuungsleistungen gilt es auch, den familiären Zusammenhalt sowie die psychosozialen Ressourcen zu fördern. Diese müssen jungen Menschen auch in Krisensituationen durch aktive familien- und jugendpolitische Präventionsmaßnahmen verlässliche Stützen sein. Die Kinder- und Jugendhilfe muss daher mehr tun, um Familien in schweren Belastungssituationen zu helfen, und dies darf sich nicht nur auf Notsituationen beschränken. Daher ist es wichtig, die Kinder- und Jugendhilfe auszubauen und die dort tätigen SozialarbeiterInnen zu entlasten (vgl. ebd., 2009, S.225).

### Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitische Maßnahmen

In der Arbeitsmarktpolitik sind vor allem Maßnahmen zur Lärminderung an exponierten Beschäftigungsplätzen besonders sinnvoll (vgl. Mielck, 2005, S.81). Es ist auch wichtig Pausen und Urlaub einzuplanen, um Stress abzubauen und sich zu erholen. Besonders aktuell, wo Smartphones und Computer durchgehend genutzt werden, ist es bedeutsam, einen definierten Zeitraum zu schaffen, in dem MitarbeiterInnen nicht präsent sind und sich voll und ganz ihrer Freizeit widmen können. Das Ziel sollte es sein, genügend Beschäftigungsplätze zu schaffen, um ein beziehen von Sozialleistungen zu reduzieren. „Die Sozialhilfe sollte ursprünglich zur Aktivierung beitragen. Mit Aktivierung ist Inklusion gemeint, wobei durch unterschiedliche Inklusionsformen auch sonst unsichtbare Aktivierungskonzepte sichtbar werden“ (Baumgart, 2013, S.19). Diese Umsetzung hat allerdings keine hohen Erfolgsaussichten, da die Erschaffung neuer Arbeitsstellen nur Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt bedeutet, sodass Vollzeitstellen in Teilzeit- oder Niedriglohnstellen umgewandelt werden. Der Niedriglohnsektor wird so ausgebaut, dass die Abhängigkeit von Sozialleistungen nicht unterdrückt oder beseitigt wird (vgl. ebd., 2013, S.19f).

### Bildungspolitische Maßnahmen

Auch die Bildungspolitik steht vor besonderen Herausforderungen beim Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten. Eine außerordentliche schulische und berufliche Bildung ist der Grundpfeiler der persönlichen Lebensperspektive junger Menschen, damit sie ihren Fähigkeiten und Interessen entsprechend ihren Platz im gesellschaftlichen Umfeld finden können. Vor allem der Zusammenhang



zwischen sozialem Status und dem Erfolg in der Schule ist in Deutschland deutlich erkennbar, der deutlich bildungspolitischen Handlungsbedarf erfordert. Der Auf- und Ausbau von Ganztagschulen geht mit großer Sicherheit in die richtige Richtung, garantiert aber weder die dortige Unterrichtsqualität noch die gesellschaftliche Chancengleichheit. Durch den Nachmittagsunterricht steigt die Bedeutung und Wichtigkeit der Schule als sozialisierende Instanz, womit sie als Ort für Gesundheitsförderungsprogramme in hohem Maße geeignet erscheint (vgl. Lampert/ Richter, 2009, S.225). Dabei kann zum Beispiel das bereits an vielen Bildungsinstitutionen bereit gestellte Wahlpflichtfach ‚Ernährung‘ von Vorteil sein. Neben den vermittelten theoretischen Inputs wird auch praktisch in der Schule mit den SchülerInnen gekocht. Ebenso können Ganztagschulen die Ernährung der Mädchen und Jungen durch Mensaverpflegung beeinflussen. Auch das Thema Bewegung ist wichtig, viele Schulen bieten drei Unterrichtsstunden mit jeweils 45 Minuten an, um sportliche Aktivitäten zu fördern. Durch den direkten Kontakt zu den Kindern hat die Schule Einfluss auf die Gruppennormen der einzelnen Klassen und kann daher durch die schulische Gesundheitsförderung verschiedene Aspekte der Peer-Beeinflussung ansprechen und positiv verändern. Dies kann als Teil eines Schulfachs ‚Gesundheit‘ eingesetzt werden, dass neben der Förderung sozialer Fähigkeiten auch Gesundheitswissen vermittelt. Dazu bedarf es jedoch ausgebildete Fachkräfte oder LehrerInnen, die eine Weiterbildung besuchen müssten (vgl. ebd., 2009, S. 225). Die wirtschaftlichen- und sozialpolitischen Grundbedingungen (etwa Arbeitslosengeld II) können zwar auf kommunaler Ebene nicht abgesetzt werden, aber ermäßigte oder kostenlose Fahrpreise für den öffentlichen Nahverkehr, Ermäßigungen beim Kindergarten- und Schulmittagessen oder beim Museumseintritt beziehungsweise anderen Bildungseinrichtungen wie Sportvereine oder Musikschulen können für manche Kinder und deren Familien erhebliche materielle Erleichterungen bringen, was ermutigt und ihnen die Möglichkeit gibt, Bildungsangebote wahrzunehmen (vgl. Chassé, 2017, S.66f.). „Dabei müssen als Bedingungen für eine adressatenorientierte Arbeit die Ebene der professionellen Arbeitsverhältnisse, der Gestaltung einer Infrastruktur als flexibel aufeinander bezogene Systeme und die der kommunalen Planung im Bereich des Sozialen und der Bildung einbezogen werden“ (ebd., 2017, S.67).

## Zwischenfazit

Armutsreduzierung sollte auf allen Ebenen des Systems (Bund, Länder, Kommunen) und in allen erforderlichen Politikbereichen ansetzen, wobei nur einzelne Felder bearbeitet werden können. Nur durch gemeinsames Handeln in den Bereichen der Sozial- und Finanzpolitik, der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, der Gesundheits- und Stadtentwicklungspolitik, der Familienpolitik sowie der Bildungspolitik können nachhaltige Erfolge erzielt werden. Je umfassender und koordinierter die Maßnahmen zur Reduzierung entstehender Kinderarmut sind, je einfacher ist der Problematik beizukommen (vgl. Butterwege, 2020, S.23).

## 5.2 Resilienzförderung als Maßnahme

Die körperliche und geistige Entwicklung von Heranwachsenden wird durch Risikofaktoren von materieller Armut beeinträchtigt, eine unzureichende Versorgung im Gesundheitsbereich und in der Bildung ist eine negative Konsequenz dieser Armut. Neben der materiellen Armut können Familien der Kinder weitere Probleme haben, die sie auf mehreren Ebenen belasten. Diese vielschichtige Belastung erweist sich als besonders kritisch und es wird sich die Frage gestellt, wie Heranwachsende trotz prekärer Situationen geschützt werden können. Ein Wechsel von einer defizitorientierten hin zu einer auf kindlichen und familiären Ressourcen basierenden Perspektive ist notwendig und kann durch das Konzept der Resilienz erreicht werden (vgl. Richter-Kornweitz, 2010, S.94f.). Die ursprüngliche Idee der Resilienz und ihre Popularisierung verfolgen das Ziel, die menschliche Seele in belastenden und gefährlichen Lebensumständen widerstandsfähiger zu machen und auch bei der Überwindung psychischer Traumata zu helfen. Sie richtet sich an Risikogruppen wie Kinder und will sie in schwierigen Lebensumständen stärken, damit sie gefestigt daraus hervor gehen können (vgl. Zander, 2015a, 183ff.). Bei Kindern kann man auch sagen, dass sie ungewöhnliche Entwicklungsrisiken, also Unregelmäßigkeiten, bewältigen müssen. Diese können in Form von biologischen, emotionalen und psychosozialen Risiken auftreten und sich als eine außergewöhnliche Schwierigkeit für Heranwachsende erweisen. Resilienz hat keine spezifischen Eigenschaften und ist auch nicht angeboren, sondern entsteht durch Eigenschaften, die sich ein Individuum selbstständig aneignet oder die ihm seine Umwelt zur Verfügung stellt (vgl. Richter-Kornweitz, 2010, S.95). In der Resilienzforschung wurden eine Reihe

von Eigenschaften und Merkmalen identifiziert, die das Bewältigungsverhalten begünstigen, es handelt sich auch um Schutzfaktoren. Auf individueller Ebene sind eine gesunde körperliche Verfassung und Fähigkeiten, wie beispielsweise ein gewisses Maß an Selbstvertrauen, wichtig. Soziale Schutzfaktoren sind z.B. familiärer und sozialer Schutz im direkten Umfeld des Kindes sowie eine beständige emotionale Beziehung zu mind. einer Kontaktperson.

Andererseits gibt es auch individuelle Risikofaktoren, die als Problemveranlagung bei Kindern gesehen werden, wie zum Beispiel angeborene Schäden oder Verhaltensauffälligkeiten. Zu den sozialen Risikofaktoren zählen die nicht normativen Risiken, denen junge Menschen in ihrer Umgebung ausgesetzt sind. Es ist bedeutsam, erkenntlich zu machen, dass nicht jeder Risikofaktor einen entsprechenden kompensierenden Schutzfaktor hat, weshalb beide fallbezogen, analysiert werden sollten (vgl. Zander, 2015a, S.197ff.).

Die Förderung der Resilienz wird gezielt erreicht, indem bei Kindern, ihrer Familie und deren Umwelt angesetzt wird. Es sollten möglichst viele Schutzfaktoren zur Verfügung gestellt werden, um das Kind in seiner Widerstandsfähigkeit zu bestärken. Es ist wichtig, die Problemlösungskompetenzen von Kindern sowie deren persönlichen Fähigkeiten und Vorlieben zu stärken. Es ist bedeutungsvoll, positive Werte zu vermitteln, um das Selbstvertrauen von Heranwachsenden positiv zu bedingen. Auch soziale Beziehungen, wie z.B. Freundschaften, sollten erheblich gefördert und unterstützt werden. Resilienzförderung kann Kompetenzen identifizieren und diese gezielt einsetzen, da Kinder sich aufgrund prekärer Lebensumstände nicht entfalten können. Erwähnenswert ist, dass Mädchen und Jungen auf die soziale Unterstützung ihrer Eltern oder anderen Bezugspersonen angewiesen sind (vgl. Zander, 2015a, S.191). Resilienz zeigt sich nur in extrem belastenden Stresssituationen. Da Armut in Familien als wesentlicher Risikofaktor für die kindliche Entwicklung anerkannt ist und zu weiteren Problemen führt, sollten armutsgefährdete Kinder, insbesondere im Kleinkindalter sowie im Vor- und Grundschulalter, als spezifische Zielgruppe für Resilienz betrachtet werden. Ausgangspunkt ist hier nicht die Armutssituation selbst, sondern das Bewältigungsverhalten, da es prinzipiell unmöglich ist, junge Menschen gegen Armut resilient zu machen. Insbesondere diese benötigen Hilfeleistungen und Unterstützungsmaßnahmen beim Zugang materiellen oder immateriellen Ressourcen, aufgrund benachteiligter Verhältnisse (vgl. Zander, 2015b, S.155f.). Zander argumentiert, dass das Konzept der Resilienz und deren Förderung ‚maßgeschneidert‘ für Kinder in benachteiligten Armutsverhältnissen ist, um sie bei der Lebensbewältigung zu unterstützen (vgl. Zander, 2015a, S.188).

## **6 Gesundheitsförderung**

Wie bereits in der Einleitung erläutert, wird sich die Frage gestellt: ‚Inwiefern wirkt sich Armut auf die Gesundheit von Kindern in Deutschland aus und wie findet Armutsprävention sowie Gesundheitsförderung statt?‘ Hierbei wird sich im Folgenden aus Letzteres konzentriert.

Laut der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheitsförderung ein Konzept, das mit der Analyse und Steigerung der gesundheitlichen Ressourcen und Potenziale auf allen Ebenen der Gesellschaft beginnt. Es soll die Gesundheit der Menschen verbessern, indem es ihnen ermöglicht wird, die Kontrolle über die Faktoren zu erhöhen, die ihre Gesundheit bedingen (Determinanten der Gesundheit). Gesundheitsförderung ist ein komplizierter gesellschaftlicher sowie gesundheitspolitischer Mechanismus, der explizit die Verbesserung gesundheitsbezogener Lebensweisen (gesundheitsbezogenes Handeln) und gesundheitsbezogener Lebensbedingungen (Strukturen, Bedingungen, Umgebungen) umfasst (vgl. Richter, 2010, S.200). Gesundheitsfördernde Maßnahmen haben zum Ziel, Menschen zu einer gesunden Lebensführung zu befähigen, d.h. sie entsprechend anzuleiten und zu belehren. Darüber hinaus ist sie bestrebt, ihr Umfeld so zu gestalten, dass Gesundheitsförderung sowohl für die Gesellschaft als Ganzes als auch für den Einzelnen verfügbar ist. Indem man Menschen hilft, einen gesunden Lebensstil zu führen, sollte Gesundheit als fester Bestandteil des täglichen Lebens betrachtet werden (vgl. WHO, 1998, S.6, letzter Abruf. 04.11.2022). Gesundheit kann nur durch einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz gesteigert und erhalten werden, denn das Individuum allein und gesamte Gemeinschaften sind zuständig für die kulturellen, sozialen sowie institutionellen Bedingungen, die die Gesundheit von Gesellschaften bestimmt (vgl. Brösskamp-Stone/ Dietscher, 2011, S.27f.).

### **6.1 Frühe Hilfen für Kinder**

‚Frühe Hilfen‘ ist eine neue, themenbezogene Initiative, die darauf abzielt, Eltern so früh wie möglich zu unterstützen, damit sich ihre Kinder von Anfang an, d.h. ab der Schwangerschaft und frühesten Kindheit, mit möglichst geringem Schadensminderungsrisiko gesund entwickeln können. Der Fokus liegt auf der Unterstützung und Förderung von Eltern, die in belastenden Situationen leben und aufgrund dessen für ihre Kinder unzureichend sorgen können. Die Belastungen sind vielfältig und umfassend und reichen von persönlichen psychischen

Störungen und häuslicher Gewalt bis hin zu Problemen, die durch mangelnde Bildung und Armut verursacht werden. Frühförderung setzt voraus, dass diese Beeinträchtigungen frühzeitig erkannt werden und passgenaue Hilfe geleistet wird. Frühe Hilfen sind generell kein spezifischer Hilfetyp, sondern ein System, das auf angemessener Unterstützung im Netzwerk basiert, einschließlich bestimmte Hilfen für Problemsituationen. Allgemeine Hilfen können durch Angebote wie die des Gesundheitssystems oder der Schwangerschaftsberatung schwer erreichbare Eltern gut vernetzen, da fast alle (werdenden) Eltern diese nutzen und nicht als Stigmatisierung empfinden. Vertrauen spielt dabei eine große Rolle. Spezifische Hilfen beinhalten psychosoziale Hilfen für spezielle Problemsituationen, um den Unterstützungsbedarf von Familien in schwierigen Lebenslagen zu decken. Diese werden hauptsächlich von der Jugendhilfe vorgehalten (vgl. Geene, 2014, S.10f.). „Durch systemübergreifende Zusammenarbeit und passgenaue Hilfen kann zum einen wirkungsvoller für die Familien und zum anderen ressourcenschonender für die Haushalte gearbeitet werden, in dem es zu weniger Fehlversorgung kommt und Parallelstrukturen vermieden werden“ (ebd., 2014, S.11).

### Frühe Hilfen und Ressourcenorientierung

Der Ressourcenansatz der Gesundheitsförderung verkörpert sich insbesondere darin, elterliche Kompetenz zu fördern, damit sie ihre eigenen Ressourcen für die Betreuung ihrer Kinder einsetzen können und sich in der Lage fühlen für sie zu sorgen. Diese Aktivierung von Ressourcen und Selbsthilfepotenzialen gelingt nur, wenn die die angebotene Unterstützung freiwillig und damit durch die Einbeziehung der Eltern in den Hilfeprozess angenommen wird. Dies erfordert einen professionellen, wertschätzenden Umgang mit Familien, damit sie trotz prekärer Lebensumstände Fähigkeiten zur Bewältigung von Problemen entwickeln können. Dennoch, so das Resümee, sorgen Frühe Hilfen allein nicht dafür, dass die Familie ein gutes ‚Setting‘ für die Kinder in der heutigen Gesellschaft ist. Frühe Hilfen sollten in ein gesamtgesellschaftliches Engagement integriert sein, damit der soziale Status einer Familie nicht darüber entscheidet, ob ein Kind gesund aufwächst. Die Verhältnisprävention, insbesondere die in den Gesundheitswissenschaften diskutierte kontextorientierte und kontextbezogene Verhaltensprävention ist eine große Herausforderung für die frühen Hilfen (vgl. Geene, 2014, S.11).

## Frühe Hilfen und Familien in Armutslagen

Im Sozial- und Gesundheitssystem werden Familien für den Lebensabschnitt ‚frühe Kindheit‘ mit vielseitigen Angeboten versorgt. Viele Leistungen basieren auf einer ‚Komm-Struktur‘, was bedeutet, dass Eltern dort aktiv hingehen sollten, beziehungsweise direkt nachfragen können, wie z.B. Eltern-Kind-Gruppen. Familien in Armut sind vielerlei Hinsicht belastet und beeinträchtigt. Sie profitieren als relevanter AdressatInnenkreis besonders von den Unterstützungsmöglichkeiten der frühen Hilfen. Aufgrund des aufsuchenden Charakters der frühen Hilfe wird sich speziell an belastende Familien gerichtet und die daher eine Komm-Struktur nicht wahrnehmen können. Beispielsweise begleiten Familienhebammen deshalb öfter Familien über einen längeren Zeitraum und tätigen Hausbesuche. Sie können Familien, die finanzielle Unterstützung benötigen, auch mit einer Schwangerschaftsberatungsstelle vernetzen, um weitere Hilfen zu erlangen. Weitere Leistungen sind der ‚Babybesuchsdienst‘ oder Willkommensbesuche für Eltern mit frischgeborenen Kindern, die Eltern schnellstmöglich informieren und in ein Netzwerk eingliedern. Insgesamt ist es wichtig, Wege zu entwickeln, um frühe Hilfen auf armutssensible Weise zu leisten, mit der sich Familien in fragilen Situationen identifizieren können (vgl. NZFH, 2018, S.6f.).

### **6.2 Der ‚Settingansatz‘**

„Ein Setting bezeichnet immer auch ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention definiert wird, und in dem die für die konkreten Maßnahmen der Gesundheitsförderung notwendigen Entscheidungen und fachliche Maßnahmen gesetzt werden.“ (Grossmann/ Scala, 2003, S.206)

#### Definition des Settingbegriffs

Die Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand von Kindern zeigen die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung sowie Prävention bei sozial benachteiligten Kindern. Die Präventionsansätze und -Strategien zielen auf die Unterlassung sowie Verhinderung spezieller Risiken in der Kindheit ab, insbesondere bei Unfällen,

Mangel- und Fehlernährung, Bewegungsdefizite und Impfungen. Es geht darum Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aufzubauen (vgl. Richter, 2010, S.209). Darüber hinaus zielen Ansätze sowie Strategien der Gesundheitsförderung auf die Verstärkung und den Aufbau von Ressourcen in der Umwelt („Settings“) (z.B. Kitas, Schulen, Gemeinden). Der Begriff „Setting“ beschreibt in diesem Zusammenhang den Lebensbereich, in dem sich ein Mensch die meiste Zeit aufhält (Arbeitsort, Schule, Wohngegend etc.) und der sich besonders stark auf die Gesundheit auswirkt. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, die beim Setting ansetzen, werden als erfolgversprechend bezeichnet, da Verhaltensänderungen nur dann auf längere Zeit stabil sein können, wenn sie in den Alltag integrierbar und mit den bestimmten Gewohnheiten und Wertvorstellungen vereinbar sind. Relevante gesundheitliche Rahmenbedingungen können gezielt mit der Partizipation der Betroffenen verbessert und entsprechende soziale und organisatorische Strukturen berücksichtigt und genutzt werden, um Zielgruppen besser zu erreichen und den langfristigen Erfolg zu sichern. Im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit gilt der Settingansatz als viel versprechend. Laut BZgA wird Setting auf der eine Seite als ein soziales System begriffen, das eine Vielzahl wichtiger Umwelteinflüsse auf eine ausgewählte Bevölkerungsgruppe umfasst, und auf der anderen Seite als ein System, in dem die Gesundheitsbedingungen auch gestaltet werden können. Settingorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung können einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Kinderarmut leisten, sofern die Zusammenarbeit mit sozial benachteiligten AdressatInnengruppen explizit im Fokus von sogenannten Settingprojekten steht. Grundlage des Ansatzes ist, dass Gesundheit kein abstraktes Bestreben ist, sondern im Alltag geschaffen und erhalten wird. Daher muss Gesundheitsförderung am täglichen Leben ansetzen und alle Akteure im Umfeld ansprechen, das heißt die Einbeziehung aller Beteiligten gilt als eines der universellen Prinzipien. Dem Settingansatz werden bedeutsame weitreichende Möglichkeiten zugesprochen schwer greifbare Zielgruppen zu erreichen, da dies vor allem auf neu initiierte Kooperationen mit benachbarten Sozial- und/ oder Bildungssektoren zurückzuführen ist. Mit diesem Ansatz können Anbieter im Gesundheitswesen mit ihren Maßnahmen besonders bedürftige Zielgruppen erreichen. Auf diese Weise wird verhindert, dass Gesundheitsförderungsleistungen primär von Familien mit Kindern mit mittlerem oder hohem Status in Anspruch genommen werden, die in der Regel ein größeres Interesse an ihrer eigenen Gesundheit zeigen (vgl. Richter, 2010, S.209f.).

## Schulen und Kitas als Settingorte

Der Settingansatz bietet für unterschiedliche Einrichtungen eine gute Arbeitsgrundlage, um die Bewältigung unterschiedlicher Problemstellungen in den sozial am stärksten benachteiligten Stadtteilen anzugehen. Erwähnenswert sind hierbei das Hamburger Projekt der ‚Gesunden, sozialen Stadt‘ oder regionale Projekte wie das Gelsenkirchener Gesundheitshaus in Bismark, das besonders im MigrantInnen- und Kinderbereich, beispielsweise in Kooperation mit Kitas und Schulen, tätig ist. Der Settingsansatz umfasst hierbei: identifizierte Interventionsorte (z.B. Schulen, Jugendfreizeitstätten, Stadtteile), gesundheitliche Verankerungsmöglichkeiten im Ortsteil, Engagementstrategien, (Elternworkshops, Befragungsinstrumente) und Organisationsentwicklungen. Interventionsorte wie Kitas und Schulen ermöglichen ein koordiniertes sowie strukturiertes Vorgehen mit erweitertem Handlungsspielraum unter Einbeziehung aller Akteure, wodurch eine gezielte Ausrichtung armutsbetroffener Kinder als HilfeempfängerInnen weitgehend vermieden werden kann. Da es im Wesentlichen um (vgl. Richter, 2010, S.211) „gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung und Partizipation geht, kann settingbezogene Gesundheitsförderung zu einer Querschnittsaufgabe aller stadtteilbezogenen Aktivitäten werden (ebd., 2010, S.211).

### **6.3 Konzept der Salutogenese**

Ressourcenorientierung ist charakteristisch für das Gesundheitskonzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky aus dem Jahr 1997. Es verbindet sie mit einer dynamischen Lebensgrundhaltung, die auf ständig neuen Erfahrungen basiert. Salutogenese bedeutet, alle mehr oder weniger gesunden sowie kranken Menschen zu gleich zu beleuchten. Das Konzept zielt darauf ab, unterstützende und verstärkende Faktoren zu bewerten und zu analysieren, das Individuum ganzheitlich, statt symptomorientiert zu betrachten und die individuelle Bewältigungsfähigkeiten und Gesundheitsressourcen zu stärken. Aaron Antonovsky hebt die Bedeutung des subjektiven Gesundheitsempfindens hervor: Er sieht Gesundheit und Krankheit nicht als zwei klar unterscheidbare Zustände, sondern fordert eine Neuorientierung, Gesundheit und Krankheit als zwei Gegensätze auf einem Kontinuumpol zu verstehen (vgl. Richter-Kornweitz/ Weiß, 2014, S.11). „Danach ist ein Mensch nicht entweder gesund oder krank, sondern befindet sich jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt auf einer bestimmten Position eines Gesundheits-Krankheits- Kontinuums“ (ebd., 2014, S.11). Seine Lage wir



durch das Verhältnis der bestehenden Risiken und Schutzfaktoren bestimmt. Antonovsky spricht auch von Einzelfaktoren, die als persönliche Ressourcen eine protektive Wirkung haben, jedoch ist das Konzept im Wesentlichen gesellschaftlich-sozial orientiert (vgl. ebd., 2014, S.11). Generell sieht er strukturelle und soziale Maßnahmen, die es dem Einzelnen ermöglichen, gesellschaftlich akzeptierte Entscheidungsprozesse zu beeinflussen und daran teilzuhaben, als chancenreichen Weg, um das Kohärenzgefühl zu kräftigen. Er macht die Kooperation mit Partnern in angrenzenden Bereichen (wie Bildung/Soziales) ausdrücklich zur Pflichtaufgabe. Eng damit verbunden ist das Konzept der Resilienz, das die psychische Widerstandsfähigkeit eines Kindes gegenüber psychischen, biologischen und psychosozialen Risiken der Entwicklung bezeichnet und (vgl. Richter, 2010, S.214) „damit einen ganz ähnlichen Paradigmenwechsel weg von der risikoorientierten, pathogenetischen hin zur ressourcenorientierten, salutogenetischen Orientierung beschreibt“ (ebd., 2014, S.214). Insgesamt lässt sich trotz des erhöhten Entwicklungsrisikos argumentieren, dass Resilienz auf die psychische Gesundheit abzielt. Es ist immer davon auszugehen, dass es sich um einen dynamischen Prozess der Entwicklung handelt, der im Kontext der Interaktion des Kindes mit der Umwelt zu sehen ist und, dass die dabei erworbenen Fähigkeiten ebenfalls Schwankungen unterliegen. Von Bedeutung ist hierbei das Zusammenspiel von persönlichen Umweltfaktoren und die ausdrückliche Betonung der aktiven Rolle des Einzelnen. In diesem Kontext zeigt sich die salutogenetische Orientierung, etwa in der Ausrichtung der Analysen auf förderliche und stärkende Faktoren, einer ganzheitlichen statt symptomorientierten Betrachtung und der bereits erwähnten Stärkung von Bewältigungsfähigkeiten. Die logische Konklusion ergibt, dass diese Perspektive zu dem Settingansatz führt, mit der Betonung von verhaltens- und beziehungsorientierten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Antonovskys Gesundheitskonzept der Salutogenese liefert eine Metatheorie für alle Anwendungsbereiche der Prävention und Gesundheitsförderung und legitimiert die konzeptionelle Betrachtung und Planung konkreter Maßnahmen. Es steht Empowerment und unspezifische Maßnahmen, fördert eine ressourcenorientierte Perspektive und stellt die Lebenswelt und ihre Wirkung des Einzelnen in den Mittelpunkt. Kombiniert mit dem Konzept der Resilienz bietet es eine gute Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen zur Armutsprävention (vgl. ebd., 2010, S.214f.).

## 6.4 Familiäre Gesundheitsförderung

Die Familie ist der wichtigste soziale Ort für Eltern und Kinder. Wie kann ein gesundes Heranwachsen gewährleistet werden, um Kinder und Familien anhand von Maßnahmen zu unterstützen und ihre gesundheitlichen Chancen langfristig zu verbessern? Das Konzept der familiären Gesundheitsförderung hilft, diese schwierige Aufgabe inhaltlich anzupassen. Maßnahmen zur familiären Gesundheitsförderung sollten Stigmatisierung und Ausgrenzung verhindern und vermeiden und Familien auf lebensphasen- und lebenslagenspezifische Weise durch die Gemeinde und andere Einrichtungen unterstützen und fördern. Die familiäre Gesundheitsförderung trägt zur inhaltlichen Festigung bei, indem sie einen Rahmen für Qualitätsanforderungen für gesundheitsfördernde Handlungen darstellt. Unter der Annahme, dass Sozialhilfe, Jugendhilfe und Gesundheitsdienste nicht anbieterorientiert, sondern bedarfs- und nutzerorientiert sind, stellt die Nutzerorientierung eine wesentliche Zukunftsanforderung für alle Gesundheits- und Sozialangebote dar. Horizontal ergeben sich Belastungsfaktoren in Familien, denen durch Reduzierung von Belastungen und Stärkungen der Ressourcen begegnet werden sollte. Maßnahmen befinden sich in einer doppelten mißlichen Situation: Symptome sind eher betroffen, was die Ursachenbekämpfung erschwert; außerdem erhöht die Art der Thematik das Stigmatisierungsrisiko. Benachteiligungen aufgrund von sozialem Status, Herkunft oder Alter stellen belastende Faktoren dar und sind mit familiärer Risikoaversion verbunden. Als negative Spirale verstärken sich elterliche Konflikte, psychische Krankheiten und Suchterkrankungen, belastende Lebensumstände, fehlende soziale Unterstützung und andere Risiken. Diese Problematiken sind in absehbarer Zeit mit Gesundheitsproblemen verbunden, obwohl etwa ein Drittel der stark belastenden Kinder sich resilient entwickeln. Familiäre Gesundheitsförderung orientiert sich auf Vermeidung und Verhinderung von Armut, zum Beispiel durch rechtliche, politische und ethische Interessenvertretung, durch Vermittlung von bezahlbarem Wohnraums und praktisches Wissen über Fördermöglichkeiten (vgl. Geene, 2022, S.34ff.) „sowie auf Reduktion von Armutsfolgen im Sinne einer Pufferfunktion durch verbesserte Ressourcenallokationen, insbesondere finanzielle (z.B. durch Kindergrundsicherung)“ (ebd., 2022, S.37) und sozialer Unterstützung (z.B. durch Selbsthilfe, berufliche (Re-)Integration, Patenkonzepte). Aufgrund der Gefahr von fließenden Übergängen und Stigmatisierungen ist einerseits eine gezielte Adressierung von Familien in schwierigen Lebensumständen bedeutsam

(adressatenspezifische Primärprävention) z.B. im Hinblick auf Sozialräume, und andererseits sind spezifische Qualitätsmerkmale (z.B. parallele Kinderangebote bei Elternbegegnungen) zu berücksichtigen. Bei elterlichen psychischen Krankheiten und Suchterkrankungen ist der Präventionsbedarf mit den/dem erkrankten Eltern(-teil) verbunden, hilfreich sind hierbei primär- und sekundärpräventive Angebote, Entzugshilfen, Vermeidungstherapien und präventive Behandlungen für mitbetroffene Familienmitglieder zur Reduzierung von Begleiterkrankungen (Co-Morbidität). In der familiären Gesundheitsförderung sind Frühe Hilfen, Frühförderung sowie Sozialpädiatrische Einrichtungen von enormer Bedeutung, wenn Kinder eine Verzögerung in ihrer Entwicklung sowie körperliche Beeinträchtigungen aufweisen. Regulationsstörungen erfordern eine frühzeitige Hilfe und Unterstützungsmaßnahmen, etwa durch Geburtshilfe und Beratungsangebote für (werdende) Eltern. Im späteren Kindesalter (vgl. ebd., 2022, S.37) „treten Formen der ‚Neuen Morbidität‘ auf wie psychische Erkrankungen, ADHS, Allergien sowie Übergewicht und Adipositas“ (ebd., 2022, S.37). Hier werden Bewegungs- und Ernährungsangebote sowie alltagsrelevante allgemeine Maßnahmen aufgezeigt (z.B. familienfreundliche Grünflächen, Spielplätze sowie kostenlose Sportplätze). Still- und Bindungsförderung werden im frühen Kindesalter zur Prävention eines metabolischen Syndroms (gemeinsames Auftreten von Krankheiten) befürwortet (vgl. Geene, 2022, S.37).

## **7 Handlungsmöglichkeiten/Unterstützungsmaßnahmen der Sozialen Arbeit**

Es stellt sich die Frage, was können VertreterInnen der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Möglichkeit bewirken, um die belastende Ausgangslage betroffener Kinder positiv zu beeinflussen und sich für Chancengleichheit einzusetzen? Einerseits ist es ihre Aufgabe, ungleiche Chancen zu erkennen, andererseits sind sie dazu aufgefordert sich für diejenigen einzusetzen, die benachteiligt sind und die der Chancengleichheit entbehren. Für die Soziale Arbeit ist es von Bedeutung, auf umweltbedingte Ungleichheiten aufmerksam zu machen, die Ursachen aufzuzeigen und vor allem die Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu stärken. Für die VertreterInnen bedeutet dies (vgl. Mayerhof, 2018, S.59), neben der Wahrnehmung einer [...] Anwaltschaft für die Betroffenen, in Form von Aufklärung und Abdeckung von Verhaltens- und Verständnisdefiziten primär den betroffenen Personenkreis in der Selbstwahrnehmung ihrer Rechte zu stärken“ (ebd., 2018,

S.59). Die Aufgabe ist es daher, die Wahrnehmung armutsbetroffener Kinder und ihres Umfelds in Bezug auf ihre Bedürfnisse und ihr Selbstwertgefühl zu bestärken (vgl. ebd., 2018, S.59). Soziale Arbeit sollte Kinderarmut niemals isoliert betrachten, sondern muss sie immer im Kontext der Familie und ihrer sozialräumlichen und kontextbezogenen Besonderheiten betrachten. Allerdings sollte die Zielgruppe Kinder hinsichtlich der konkreten Folgen und der daraus abzuleitenden Handlungsstrategien gesondert betrachtet werden. Wenn Soziale Arbeit ein handlungsorientiertes Verständnis von Armut entwickeln soll, muss sie versuchen, eine strukturelle soziale Sichtweise von Armut mit einer subjektbezogenen Handlungssicht zu verbinden. Es ist bekannt, dass Armut als Lebensbedingungen erhebliche Auswirkungen auf Familien in allen Lebensbereichen haben kann. Materielle Armut führt zu Einschränkungen und Beeinträchtigungen betroffener Kinder in verschiedensten Lebensbereichen: im Freizeitbereich, in der Ernährung und der Gesundheitsentwicklung, im Lebensumfeld sowie bei sozialer Interaktion, (Soziologie)kultureller Teilhabe und Bildungschancen sowie Nutzung sozialer Infrastruktur. Es ist klar, dass die Entwicklung und die Lernmöglichkeiten von Kindern dadurch erheblich beeinträchtigt sind. Es sollte jedoch beachtet werden, dass die sozialwissenschaftliche Forschung bisher wenig verlässliche Erkenntnisse über die Auswirkungen von Armut auf die Handlungs- und Bewältigungskompetenzen von Heranwachsenden erbracht hat. Es ist davon auszugehen, dass die spezifischen Auswirkungen armutsbezogener Lebensumstände auf Kinder durch die Familie, also durch die Bewältigungsstrategien der Eltern vermittelt werden. Im Familienalltag ist das Wichtigste, dass die Mutter alles tut, um die nativen Auswirkungen auf das Kind abzumildern. Aber auch das Umfeld, soziale Netzwerke, Schulen, soziale Infrastruktureinrichtungen und soziale Dienste können die Lebensbedingungen von Kindern positiv - also durch Unterstützung - oder negativ durch Stigmatisierung und Exklusion beeinflussen. Es wird darauf hingewiesen, dass für kindliche Bewältigungsstrategien, die Möglichkeit des Zugriffs auf verschiedenste Ressourcen entscheidend ist. Man unterscheidet zwischen individuellen (z.B. Werte, Persönlichkeitsmerkmale), familiären (z.B. Erziehungsstile, Kommunikation und Umgang untereinander) und den kontextuellen Ressourcen (z.B. soziale Netze und institutionelle Unterstützung). Letzteres beinhaltet auch Hilfe und Unterstützungsmaßnahmen durch die Soziale Arbeit. Sie muss in ihren Interventionskonzepten den Bezug zwischen objektiv erfassbaren Merkmalen von Lebenssituationen und subjektorientierten, lebensweltbezogenen Handlungs-perspektiven behutsam herstellen (vgl. Zander,

2000, S.303ff.) „indem sie auf den verschiedenen Ressourcenebenen ansetzt und die jeweils gegebenen Mängel, aber auch die vorhandenen Spielräume auslotet und nach Möglichkeit zusätzliche Ressourcen erschließt“ (ebd., 2000, S.305).

Insbesondere muss die Soziale Arbeit sich Gedanken zu Handlungswege, Arbeitsweisen und Zielen ihres Handelns machen. Familie, Schule, Kita und Stadtbezirke sind Lebensräume von Kindern und bieten somit Möglichkeiten für die Soziale Arbeit. Einzelne Ansätze entsprechen spezifischen, miteinander kombinierbaren Arbeitsformen: Soziale Arbeit im Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe steht oftmals der Armut als familiärer und kindlicher Lebenslage gegenüber. Des Weiteren sind ihre Zugangsmöglichkeiten über die Schule begrenzt, weil Schulsozialarbeit niemals flächendeckend ist. Gleiches gilt für die stadtteilbezogene Arbeit, die besonders geeignet wäre, eine barrierearme und nicht stigmatisierende Angebotsstruktur zu schaffen. In Form von stadtteilbezogener Gemeinwesenarbeit kann sie ihre AdressatInnengruppen durch gruppenspezifische (Freizeit- und Förderungsangebote für Kinder) und altersunabhängige Angebote (z.B. Nachbarschaftszentren) erreichen. Ohne die strukturellen, sozialen Bedingungen und Ursachen von Armut außer Acht zu lassen, gibt es zweifellos gruppenspezifische und einzelfallbezogene Möglichkeiten, die durch Unterstützung der Sozialen Arbeit auf die Betroffenen ausgeweitet werden können. Dies geschieht erst, wenn die sie - wenn auch in begrenztem Umfang – den Zugang ihrer Zielgruppe zu materiellen und immateriellen Ressourcen vergrößert. Dies gilt vor allem für Kinder, deren Entwicklungsmöglichkeiten durch Ausgleichsangebote positiv beeinflusst werden könnte (vgl. ebd., 2000, S.305f.). Allgemein lässt sich sagen, dass Soziale Arbeit Armut grundsätzlich nicht verhindert und sie auch nicht bekämpft. Obwohl sie ein bedeutsamer Akteur im Umgang mit Armut ist, kann sie das Problem und seine Ursachen nicht lösen. Es wird davon ausgegangen, dass Armut ein Problem der gesamten Gesellschaft ist und daher in Verbindung mit ihr angegangen werden sollte. Um Armutslagen entgegenzuwirken, müssen Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, staatliche Einrichtungen und die Zivilgesellschaft zusammenarbeiten und sich gegenseitig unterstützen. Auf diese Weise können neue Wege der Armutsprävention geschaffen werden, bedeutet aber auch, dass die Soziale Arbeit bereit ist, sich für eine Vielzahl von Akteuren und aufkommenden Thematiken zu öffnen. SozialarbeiterInnen sollten auch in der Lage sein, kreative und neue Wege zur Armutsprävention einzuschlagen, um Armutsbetroffenheit in der Gesellschaft zu reduzieren und zu verhindern (vgl. Kayser, 2019, S.47).

## Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung

Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung stehen im engen Zusammenhang zu einander, da beides gesellschaftspolitische Aktivierungsstrategien sind, die darauf abzielen, Teilhabemöglichkeiten zu eröffnen, soziale Ressourcen zu mobilisieren, persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen zu entwickeln, Handlungsmöglichkeiten zu erweitern, selbstbestimmte Lebensstile zu leben, Selbstbestimmung zu betreiben und soziale Ungleichheit abzubauen beziehungsweise Ungerechtigkeit zu verhindern (vgl. Franzkowiak/ Homfeldt/ Mühlum, 2011, S. 230). Soziale Arbeit sollte sich dabei auf die Gesundheitsförderung von Individuen, sozialen Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen und Gesellschaften konzentrieren (vgl. Sting, 2008, S.215). Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit ist komplex, weil Letzteres mit mehr oder weniger gesunden Menschen arbeitet. Gerade wenn der/die KlientInnen ernsthafte gesundheitliche Probleme hat, kann dies die Grenzen der Sozialen Arbeit aufzeigen. Teilweise führen diese Probleme zu prekären Lebenszuständen, die wiederum die Hilfe der Sozialen Arbeit erfordern (vgl. Hafen, 2013, S.35). Sie steht für eine aktivierende gesellschaftspolitische Strategie, die die Entwicklung sozialer Ressourcen, Teilhabemöglichkeiten sowie die Entfaltung individueller Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten beinhaltet. Sie soll nicht nur im Krankheitsfall zum Einsatz kommen, sondern unabhängig davon Hilfe leisten. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit umfassen die Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Förderung der Gesundheit, Planung, Zusammenarbeit und die Koordination sowie Verbesserung des Gesundheitszustandes sozial benachteiligter Gruppen (vgl. Franzkowiak/ Homfeldt/ Mühlum, 2011, S. 152). Der Aufgabenbereich der sozialarbeiterischen Gesundheitsförderung beinhaltet außerdem die Förderung gesundheitlicher Ressourcen (soziale Ressourcen: Familie, sozialer Status, Lebensbedingungen und ökologische Ressourcen: Umweltbedingungen wie Wasserqualität, Grünflächen, Luftverunreinigung, etc.) der KlientInnen, Förderung des Eigenverantwortungsbewusstseins, Förderung von Lösungen psychosozialer Probleme ohne medikamentöse Behandlung, indem die prekären Lebensumstände der AdressatInnen verbessert werden und einen Abbau sozialer Benachteiligung (vgl. Homfeldt/ Steigleder, 2007, S. 161f.; Franzkowiak/ Homfeldt/ Mühlum 2011, S. 126).

Von Bedeutung ist des Weiteren eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für alle, psychosoziale Probleme unterstützen und eine Wissensvermittlung zu

Ernährung, Bewegung, Gefahren und zu einer Führung eines allgemein besseren Lebensstils. Beachtenswert ist dabei, ob Risikogruppen erreicht und ob Menschen gesundheitlich gefördert werden und dies annehmen. Die richtige Handhabung, das Verständnis über ihre Gesundheitsressourcen und -barrieren sowie die Qualitätssicherung von den Angeboten, unabhängig davon, ob sie genutzt werden, sind von enormer Wichtigkeit (vgl. Homfeldt, 2008, S.241). Die SozialarbeiterInnen sollten sich ‚im Hintergrund befinden‘ und nur als BeraterInnen beziehungsweise UnterstützerInnen der Kinder fungieren. Das bedeutet, dass sie Hilfestellung und Ratschläge zur Lösung des Problems geben. So können Kinder ihre Umwelt erkunden und selbstständig Dinge ausprobieren oder versuchen, Probleme selbst zu lösen, was den kindlichen Lernprozess anregt (vgl. Bittmann, 2008, S.204). Demnach brauchen insbesondere Heranwachsende den Zugang zu Ressourcen, die Unterstützung institutioneller Angebote aus dem Sozial- und Gesundheitssystem, Partizipations- und Selbstwirksamkeitschancen sowie eine allgemeine Unterstützung der Handlungskompetenz (vgl. Franzkowiak/ Homfeldt/ Mühlum 2011, S.50).

## IV Fazit

Die Kindheit wird als die wichtigste Phase im Leben eines Menschen bezeichnet, da hier die Fundamente für eine gesunde körperliche, geistige, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung gelegt werden. Auch in Deutschland, einem Land auf dem Weg zu einer postindustriellen Wissensgesellschaft mit hohen Anforderungen an künftige Generationen, sind die individuellen Möglichkeiten sehr unterschiedlich. (Zukunfts-) Chancen sind schon sehr früh ungleich verteilt und hängen stark von der Herkunft sowie den sozioökonomischen Gegebenheiten der Familie ab. Die soziale und gesundheitliche Ungleichheit ist ein Problem, welches nicht ignoriert werden darf. Gerade Kinder aus (relativ) armen Verhältnissen haben kaum die Möglichkeit, den Kreislauf der Armut aus eigener Kraft zu durchbrechen – die Auswirkungen, welche nachteilig auf ihren gesamten Gesundheitszustand sein können, wurden eingehend im Rahmen dieser Bachelorarbeit analysiert (vgl. Rädler, 2008, S.97). Im Bezug auf die Forschungsfrage lässt sich im Ergebnis sagen, dass auf jeden Fall einen Zusammenhang zwischen (Kinder-) Armut und Gesundheit besteht. Es ist festzustellen, dass Armut betroffene Menschen nicht nur im finanziellen Bereich einschränkt, sondern Armut hat auch eine immaterielle Seite – sie wirkt sich somit auch auf die Gesundheit eines Menschen aus. Davon sind besonders Familien betroffen, sodass nicht nur Erwachsene, sondern auch deren Kinder frühzeitig lernen müssen, mit diesen Beeinträchtigungen im Leben umzugehen. Zu den meisten Krankheitsbeschwerden in diesen Familien gehören unter anderem: Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Krankheiten wie Depressionen. Erwähnenswert ist hierbei, dass je häufiger diese und andere Krankheiten zu finden sind, desto ärmer ist die Bevölkerungsgruppe beziehungsweise desto niedriger ist ihr zugeordneter sozialer Status. Hier ist erkennbar, inwieweit gesundheitliche Ungleichheiten auch in Zeiten allgemeiner gesellschaftlicher Prosperität fortbestehen. Dies liegt jedoch nicht (ausschließlich) an einem schlechten Gesundheitsverhalten ärmerer Bevölkerungsschichten (z.B. wenig sportliche Aktivitäten), sondern es hat auch viel mit den Lebensumständen dieser Personen zu tun (vgl. Schmidt, 2013, S.47f.). In diesem Zusammenhang hat beispielsweise die Einführung der Hartz-Gesetze die Kinderarmut in armen Haushalten verschärft. Dies ist ein Thema, das in den Medien viel Aufmerksamkeit erregt hat, aber immer noch nicht in angemessener Art und Weise gelöst scheint. Es gibt etliche Möglichkeiten, gesundheitliche Ungleichheiten zu bekämpfen – Zum Beispiel im sozialpolitischen Bereich, der durch den Abbau sozialer Ungleichheit



auch gesundheitliche Ungleichheit verringern kann. Denkbar sind auch bildungspolitische Ansätze, bei denen Kinder, unabhängig von ihrer familiären Lage, gesunde Lebensweisen erlernen können (vgl. ebd., 2013, S.48). Die Auswirkungen von Armut können oftmals nur auf gesellschaftlicher und politischer Ebene angegangen werden, und nicht nur durch die Soziale Arbeit. Das bedeutet allerdings nicht, dass sie keine Verantwortung trägt. Für die VertreterInnen der Sozialen Arbeit bieten ressourcenorientierte Arbeit und die Umsetzung von Entstigmatisierungshilfen ebenso viele Möglichkeiten, wie die Aktivierung persönlicher, familiärer und sozialräumlicher Ressourcen zur Prävention von Kinderarmut. Weitere bedeutsame Konzepte wurden in Kapitel 5.2 mit dem Resilienz-Konzept und den Frühen Hilfen in Kapitel 6.1 beschrieben. Sie beteiligen sich am Grundgedanken der Prävention, Menschen durch Hilfe und Angebote zu unterstützen, damit sie ihre Situation aktiv bewältigen können. Insbesondere die Resilienzförderung bietet erwähnenswerte Chancen im sekundärpräventiven Bereich und sollte sich speziell auf Kinder in schwierigen Lebenslagen richten. Die Frühen Hilfen richten sich auch gezielt an sozial benachteiligte oder mehrfach belastete Familien und Eltern, um frühzeitige Gefährdungen des Kindeswohls zu vermeiden und Hilfe sowie Unterstützung anzubieten. Die Handlungsempfehlungen sind ein Versuch, die vielseitigen Anforderungen an die Soziale Arbeit im Bereich der (Kinder-) Armut zu bündeln und eine Verbindung zur Praxis herzustellen, da genau dort sich die Erleichterungen der Maßnahmen für Armutsbetroffene, vor allem für Kinder, sichtbar machen. Gerade im gesundheitlichen Bereich und Kinderarmut, ist mehr gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit erforderlich (vgl. Kayser, 2019, S.60).

## V Literaturverzeichnis

**Abel, Thomas/ Kolip, Petra (2012):** Grundlagen der Prävention. In: (2012): Sozial- und Präventivmedizin Kompakt. Walter de Gruyter GmbH. Co. KG, Berlin.

**Andrä, Helgard (2000):** Kindheit und Kinderarmut. In: (2000): Kinderarmut in Deutschland. Ursachen, Erscheinungsformen und Gegenmaßnahmen. Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main.

**Audehm, Kathrin/ Zirfas, Jörg (2001):** Familie als ritueller Lebensraum. In: Das Soziale im Ritual: zur performativen Bildung von Gemeinschaften. Leske & Budrich Verlag, Opladen.

**Bauch, Jost (2010):** Gesundheit als sekundäre Zweckmäßigkeit von familialen Alltagsstrukturen. In: Gesundheit als Familienaufgabe. Juventa-Verlag, Weinheim.

**Baumgart, Carola (2013):** Ursachen und Folgen der Kinderarmut in Deutschland. GRIN Verlag, Open Publishing GmbH.

**Bittmann, Frank (2008):** Bewegungsförderung im Kindergarten. In: Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Juventa Verlag, Weinheim/ München.

**Bröskamp, Marcus (2000):** Kinder verdienen keine Sozialhilfe. Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft, Freie Universität Berlin.

**Bröskamp-Stone, Ursel/ Dietscher, Christina (2011):** Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern.

**Bumann-Ricci, Mirjam/ Schnidrig, Michael (2012):** Sozialarbeit im Kontext von Kinderarmut. Fachhochschule Westschweiz.

**Bund, Astrid (2003):** Soziale Lebenslage, Gesundheit und subjektives Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in einem sozial benachteiligten Gebiet in Berlin-Mitte. Technische Universität Berlin.

**Burgerstein, Uli P./ Zimmermann, Michael/ Schurgast, Hugo (2018):** Handbuch Nährstoffe. Vorbeugen und heilen durch ausgewogene Ernährung: alles über Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente. Trias Verlag in Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

**Campbell, Thomas L. (2000):** Familien und Gesundheit. Zum Stand der Forschung. In: Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Carl- Auer-Systeme Verlag, Heidelberg.

**Chassé, Karl August/ Zander, Margherita/ Rasch, Konstanze (2007):** Meine Familie ist arm. Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen. VS-Verlag, Wiesbaden.

**Dohr, Mattias/ Fraissler, Annemarie/ Jesenitsching, Tobias/ Körbler, Carina/ Krasnici, Violetta/ Milinkovic, Caroline/ Strobl, Margit/ Verhovsek, Sigrid (2011):** Einleitende Bemerkungen. In: (2011): ene meine mu – wie gesund bist du?. Eigenverlag Uni Graz.

**Dür, Wolfgang (2008):** Gesundheitsförderung in der Schule – Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Verlag Hans Huber, Bern.

**Egger, Matthias/ Razum, Oliver (2012):** Zentrale Begriffe, Disziplinen und Handlungsfelder. In: (2012): Sozial- und Präventivmedizin Kompakt. Walter de Gruyter GmbH. Co. KG, Berlin.

**Elkeles, Thomas (2008):** Zum Zusammenhang zwischen Lebenssituation, gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgung bei Kindern. In: (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Hans Huber Verlag, Bern.

**Fleischer, Natalie (2019):** Kinderarmut in Deutschland – Die Auswirkungen auf die frühkindliche Sozialisation. Hochschule für öffentliche Verwaltung und Rechtspflege (FH), Fortbildungszentrum des Freistaates Sachsen, Meißen.

**Franzkowiak, Peter/ Homfeldt, Hans Günther/ Mühlum, Albert (2011):** Lehrbuch Gesundheit. Beltz Juventa, Weinheim/ Basel.

**Geene, Raimund (2022):** Familiäre Gesundheitsförderung – Anspruch und Herausforderung in einem kommunalen Handlungsfeld. In: (2022): Frühkindliche Entwicklung stärken - Eine Zukunftsallianz aus Fachpraxis, Wissenschaft, Verwaltung, Politik und Zivilgesellschaft. Waxmann Verlag GmbH, Münster.

**Groos, Thomas/ Kersting, Volker (2015):** Segregierte Kinderarmut und Gesundheit. In: (2015): Auf die Adresse kommt es an ... Segregierte Stadtteile als Problem- und Möglichkeitsräume begreifen. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.

**Grossmann, Ralph/ Scala, Klaus (2003):** Setting - Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz.

**Hafen, Martin (2013):** Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme. In: Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit: Forschung: bio- psycho-sozial: Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Verlag Barbara Budrich, Opladen/Berlin/Toronto.

**Hauser, Richard (2008):** Das Maß der Armut - Armutsgrenzen im sozialstaatlichen Kontext. In: Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Holz, Gerda (2010):** Kindbezogene Armutsprävention als struktureller Präventionsansatz. In: (2010): Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, München.

**Homfeldt, Hans Günther (2008):** Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Juventa Verlag, Weinheim/ München.

**Homfeldt, Hans Günther/ Steigleder, Sandra (2007):** Gesundheitspotenziale fördern - Gestaltungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zwischen aktivierendem Sozialstaat und zivilgesellschaftlicher Entwicklung. In: Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Soziale Arbeit. Juventa Verlag, Weinheim/ München.

**Homfeldt, Hans Günther/ Sting, Stefan (2006):** Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. Ernst Reinhardt Verlag, München.

**Hurrelmann, Klaus (1990):** Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.

**Hurrelmann, Klaus (2006):** Einführung in die Sozialisationstheorie. Beltz-Verlag, Weinheim/Basel.

**(Hrsg.) Gemeinwesenarbeit Friedrichsthal (2011):** Armut. Caritas Gemeinwesenarbeit Friedrichsthal, Saarbrücken.

**(Hrsg.) Robert Koch-Institut (2006):** Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin.

**(Hrsg.) Robert Koch-Institut (2008):** Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.

**(Hrsg.) Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (UNICEF) (2013):** UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Industrieländern 2013. Leistungsstark, aber unglücklich? Köln.

**Irmscher, Anja (2010):** Kinderarmut in der Kleinstadt Oederan, Situation und Interventionsmöglichkeiten. Hochschule Mittweida, Roßwein.

**Jost, Klaus (2004):** Auswirkungen der Armut bei Kindern und Jugendlichen. In: (2004): Arme Familien gut beraten Hilfe und Unterstützung für Kinder und Eltern. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V., Fürth.

**Kayser, Annabelle (2019):** Gesundheitliche Auswirkungen von Armutsbedingungen in der frühen Kindheit, dargestellt am Aspekt der Ernährung, und die daraus resultierenden Anforderungen für die Soziale Arbeit. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen.

**Lampert, Thomas/Richter, Matthias (2009):** Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Lasta, Patrizia (2014):** Gesundheit und Ernährung in der Kindheit. Karl-Franzens-Universität, Graz.

**Laubstein, Claudia/ Holz, Gerda/ Seddig, Nadine (2016):** Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

**Liegle, Ludwig (2006):** Bildung und Erziehung in früher Kindheit. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

**Mayerhof, Arne (2018):** Kinderarmut in Deutschland – Ursachen, Auswirkungen und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit. Science Factory, Open Publishing GmbH, München.

**Mielck, Andreas (2005):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern.

**Nestelberger, Eveline (2015):** Schulische Gesundheitsförderung im Kontext Ernährung bei armutsgefährdeten Kindern und Jugendlichen. Karl-Franzens-Universität Graz.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut (DJI) und TU Dortmund (Hrsg.) (2018):** Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2017. Köln.

**Ohlbrecht, Heike/ Schönberger, Christine (2010):** Die Familie im aktuellen Gesundheitsdiskurs – eine Positionsbestimmung. In: Gesundheit als Familienaufgabe. Juventa-Verlag, Weinheim.

**Richter, Antje (2010):** Armutsprävention - Ein Auftrag für die Gesundheitsförderung. In: Kinderarmut – Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. VS Verlag, Wiesbaden.

**Richter-Kornweitz, Antje (2010):** Resilienz und Armutsprävention. In: Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, München.

**Richter-Kornweitz, Antje/ Weiß, Hans (2014):** Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter. Deutsches Jugendinstitut e.V., München.

**Rädler, Marion (2008):** Kinderarmut in Deutschland – Ursachen, Formen und Folgen für die kindliche Entwicklung. Eine empirische Untersuchung von Grundschulkindern in Kölner Horteinrichtungen. Fachhochschule Düsseldorf.

**Schmidt, Jennifer (2013):** Armut, Gesundheit und Familie - Eine Analyse gesundheitlicher Ungleichheit aus lebenswelttheoretischer Perspektive. Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg.

**Schmidt, Ulla (2015):** macht Armut Kinder krank? In: Herkunft=Zukunft? Friedrich-Ebert-Stiftung, Sachsen-Anhalt.

**Schnabel, Ernst (2010):** Gesundheit(s)-Sozialisation in der Familie. In: Gesundheit als Familienaufgabe. Juventa-Verlag, Weinheim.

**Schönberger, Christine/ Kardorff, Ernst von (2010):** Die generationale Tradierung von Gesundheitskapital in der Familie. In: Gesundheit als Familienaufgabe. Juventa-Verlag, Weinheim.

**Sting, Stephan (2007):** Gesundheit. In: Handbuch Familie. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Sting, Stephan (2008):** Gesundheit als Herausforderung für soziale Dienste. Zum Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Juventa Verlag, Weinheim/ München.

**Trabert, Gerhard (2008):** Kinderarmut und Gesundheit. In: (2008): Kinderarmut in einem reichen Land. Magdeburg.



**Troschke, Jürgen von (1993):** Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. In: „Gesunde Schule“. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

**Wilkinson, Richard/Pickett, Kate (2009):** Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Zweitausendeins Verlag, Frankfurt am Main.

**Zander, Margherita (2000):** (Kinder-)Armut als Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit. In: (2000): Kinderarmut in Deutschland – Ursachen, Erscheinungsformen und Gegenmaßnahmen. Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main.

**Zander, Margherita (2005):** Kindliche Bewältigungsstrategien von Armut im Grundschulalter – Ein Forschungsbericht. In: (2005): Kinderarmut. Ein einführendes Handbuch für Forschung und Praxis. VS Verlag, Wiesbaden.

**Zander, Margherita (2009):** Armes Kind – starkes Kind? Die Chancen der Resilienz. VS Verlag, Wiesbaden.

**Zander, Margherita (2015a):** Laut gegen Armut – leise für Resilienz, Was gegen Kinderarmut hilft. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.

**Zander, Margherita (2015b):** Resilienzförderung als Neuorientierung in der kommunalen Kinderarmutsprävention. In: Neue Wege aus der Kinder- und Jugendarmut. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze. Beltz Juventa, Weinheim.

## VI Quellenverzeichnis

**Butterwegge, Christoph (2020):** Kinderarmut in Deutschland – Entstehungsursachen und Gegenmaßnahmen. Sozial Extra. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12054-020-00344-w.pdf>.

Letzter Abruf: 28.10.2022.

**Chassé, Karl August (2017):** Kinderarmut als Kindeswohlgefährdung? Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 37(146). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-77474-6>. Letzter Abruf: 03.11.2022.

**Frank, Jan/ Biesalski, Konrad (2018):** Kinder in Ernährungsarmut. Wissenschaftliche Stellungnahme von Experten der Society of Nutrition and Food Science e.V. und Universität Hohenheim. Stuttgart. <http://snfs.org/downloads/snfs-stellungnahme-ernahrung.pdf>. Letzter Abruf: 05.10.2022.

**Geene, Raimund (2014):** Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/19\\_Kongress\\_Armut\\_und\\_Gesundheit\\_Vortrag\\_Geene\\_2014.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/19_Kongress_Armut_und_Gesundheit_Vortrag_Geene_2014.pdf). Letzter Abruf: 23.10.2022.

**HBSC-Studienverbund Deutschland (2015):** Studie Health Behaviour in School- aged Children – Faktenblatt „Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen“. [https://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl\\_Koerpergewicht\\_2013\\_14.pdf](https://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Koerpergewicht_2013_14.pdf). Letzter Abruf: 10.10.2022.

**Holz, Gerda (2008):** Kinderarmut – Eine komplexe Herausforderung für staatliches Handeln. [https://www.wsi.de/data/wsimit\\_2008\\_03\\_holz.pdf](https://www.wsi.de/data/wsimit_2008_03_holz.pdf). Letzter Abruf: 29.10.2022.

**(Hrsg.) Bertelsmann Stiftung (2020):** Kinderarmut in Deutschland. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291\\_2020\\_BST\\_Facsheet\\_Kinderarmut\\_SGB-II\\_Daten\\_ID967.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291_2020_BST_Facsheet_Kinderarmut_SGB-II_Daten_ID967.pdf). Letzter Abruf: 02.10.2022.

**(Hrsg.) Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung BMZ (2022):** Armut. <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/armut-14038>. Letzter Abruf: 30.09.2022.

**(Hrsg.) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (2014):** Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland.. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/112224/7376e6055bbcaf822ec30fc6ff72b287/12-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>. Letzter Abruf: 15.10.2022.

**(Hrsg.) Robert Koch-Institut RKI (2018):** KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. [https://www.gbe-bund.de/pdf/johm\\_2018\\_03\\_kiggs\\_welle2\\_gesundheitliche\\_lage\\_d.pdf](https://www.gbe-bund.de/pdf/johm_2018_03_kiggs_welle2_gesundheitliche_lage_d.pdf). Letzter Abruf: 05.11.2022.

**(Hrsg.) Weltgesundheitsorganisation WHO (1998):** Glossar Gesundheitsförderung. <https://docplayer.org/30188829-Glossar-gesundheitsfoerderung.html>. Letzter Abruf: 04.11.2022.

**(Hrsg.) ZEIT ONLINE GmbH (2010):** Lebensmittelampel scheitert an EU-Parlament. <https://www.zeit.de/wirtschaft/2010-06/ampel-kennzeichnung-naehrwert>. Letzter Abruf: 02.11.2022.

## VII Eigenständigkeitserklärung

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

---

Bearbeitungsort, Datum

---

Unterschrift