

Kinderarmut in einem reichen Land



**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG

Landesbüro
Sachsen-Anhalt

 **DER PARITÄTISCHE**
SACHSEN-ANHALT

Kinderarmut in einem reichen Land

Impressum:

Herausgeber: Dr. Ringo Wagner, Friedrich-Ebert-Stiftung
Landesbüro Sachsen-Anhalt, Magdeburg;
Sven Spier, PARITÄTISCHER Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg

Redaktion: Dr. Ringo Wagner, Magdeburg
und Tilla Steinbach, Halle (Saale)

Gestaltung: Michael Sachsenweger, Magdeburg

Titelfoto: Laura Gliesche, Berlin

Druck: Meiling Druck, Haldensleben

© 2008 Friedrich-Ebert-Stiftung
Landesbüro Sachsen-Anhalt
PARITÄTISCHER Sachsen-Anhalt e.V.
1. Auflage

ISBN 978-3-89892-860-1

Kinderarmut

in einem reichen Land

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
1. Kinderarmut nach Hartz IV – Beschreibung des gesellschaftlichen Problems und seiner Folgen <i>Sven Spier</i>	8
2. Kinderarmut im Südharz/Mansfelder Land – Befunde und Fragen an den Sozialstaat <i>Sven Vogler</i>	16
3. Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland <i>Raimund Geene</i>	20
4. Kindheit und Jugend in Armut <i>Roland Merten</i>	31
5. Kinderarmut und Gesundheit <i>Gerhard Trabert</i>	50
6. Kinderarmut und soziale Teilhabe <i>Silvia Schmidt</i>	70
Personenregister	79

Vorwort

Die arbeitsmarktpolitischen Reformen der letzten Rot-Grünen Bundesregierung unter Bundeskanzler Gerhard Schröder, wozu auch die so genannten Hartz-IV-Gesetze Anfang 2005 gehörten, werden heute in vielerlei Hinsicht positiv bewertet. Angesichts der Widerstände zu Zeiten ihrer Einführung erscheint das beinahe überraschend, aber sie zeigen ganz einfach Wirkung. Die Arbeitslosenquote sinkt auf immer neue Bestwerte, die Konjunktur ist gut, die Wirtschaft brummt.

Doch es gibt auch unbestritten eine Kehrseite. Dazu gehört beispielsweise, dass sich die Kinderarmut in Deutschland in den letzten drei Jahren verdoppelt hat, wobei der Anstieg insbesondere in den neuen Bundesländern zu spüren war. Mit anderen Worten: Der Aufschwung geht an den Kindern vorbei. Derzeit sind deutschlandweit zwischen zwei und drei Millionen Jungen und Mädchen auf Sozialgeld angewiesen, etwa jedes sechste Kind. In Sachsen-Anhalt sind es mehr als 81.000, das ist sogar jedes dritte Kind. Damit leben zwar die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland in materiellem Wohlstand. Aber es offenbart sich doch ein dringender Handlungsbedarf, es braucht armutsfestere Lösungen. Denn diese Entwicklung hat mehr als nur eine statistische Relevanz. Die Folgen eines Aufwachsens in Armut eines so großen Teils der Bevölkerung zeigen sich mit erschreckender Deutlichkeit. Verschiedene Studien haben Zusammenhänge zwischen sozialer Situation und Gesundheitsentwicklung nachgewiesen: Arme Kinder sind häufiger krank, eher übergewichtig und neigen eher zu psychischen Störungen. Auch liegen erhebliche Benachteiligungen in der Wahrnehmung von Bildungschancen und in der Möglichkeit der sozialen Teilhabe vor. Insgesamt muss gesagt werden, dass ein Aufwachsen in Armut die gesamte Entwicklung eines Kindes deutlich negativer beeinflusst als man angenommen hatte und als auch in der Öffentlichkeit bekannt ist.

Diese Entwicklungen haben die Friedrich-Ebert-Stiftung und den PARITÄTISCHEN Sachsen-Anhalt dazu bewogen, auf dieses Thema in Sachsen-Anhalt unter der Überschrift „Kinderarmut in einem reichen Land“ aufmerksam zu machen. Gemeinsame Tagungen in Halle (Saale), Stendal und Eisleben haben sich sowohl an Professionelle aus sozialen Berufen, als auch an Vertreter aus Politik, Verwaltung und Medien und nicht zuletzt interessierte Bürger gerichtet. Auf diesen Veranstaltungen ist das Thema Kinderarmut jeweils regional

betrachtet worden. Halle (Saale) stand stellvertretend für den städtischen Lebensraum, der zudem durch einen besonders hohen Anteil betroffener Kinder gekennzeichnet war. Stendal und die Altmark repräsentierten dem gegenüber einen extrem ländlichen Raum, geprägt durch den demographischen Wandel, große Entfernungen und das Fehlen von Infrastruktur. Eisleben und der Südharz hingegen standen für den Strukturwandel und die daraus resultierenden strukturellen und sozialen Probleme.

Diese Veröffentlichung hat ausgewählte Vorträge der Veranstaltungen zusammengefasst und um thematische Beiträge zur Kinderarmut in den neuen Bundesländern erweitert. Besonderes Augenmerk wird auf die Folgen von Kinderarmut in den Bereichen Bildung, Gesundheit und soziale Teilhabe gelegt, diesen Komplexen sind eigene Beiträge gewidmet. In den unterschiedlichen Zugängen zum Thema waren Wiederholungen nicht immer vermeidbar. In der Auseinandersetzung mit dem Thema wirkt das aber ganz und gar nicht hinderlich. Und in der Zusammenführung verschiedener Quellen zum Thema sind natürlich auch partielle Abweichungen möglich, ohne dass davon die grundlegende Intention der Herausgeber berührt ist. Allen Engagierten soll an dieser Stelle ganz herzlich gedankt werden.

Neben einer Zusammenfassung der Tagungsergebnisse soll diese Sammlung aber auch als eine Analyse der derzeitigen Situation in vielen Regionen der neuen Bundesländer dienen. Betrachtungen der Wissenschaft, aus Sicht kommunaler Verwaltungen, der Politik und der Wohlfahrtsverbände ergeben ein weitgehend geschlossenes Bild der gegenwärtigen sozialen Situation, wie sie sich eben nicht nur in Sachsen-Anhalt darstellt. Diese Analyse muss als Mahnung gelten. Drei Jahre Hartz-IV-Gesetze haben Entwicklungen der Armutsdynamik beschleunigt und gerade Kinder und Jugendliche getroffen. Es ist notwendig, schnellstmöglich zu Regelungen zu kommen, um die Folgen für die Kinder aber auch die gesamte Gesellschaft umzukehren.

Dr. Ringo Wagner
Friedrich-Ebert-Stiftung
Landesbüro Sachsen-Anhalt

Sven Spier
Grundsatzreferent Jugendhilfe
PARITÄTISCHER Sachsen-Anhalt e.V.

1. Kinderarmut nach Hartz IV – Beschreibung des gesellschaftlichen Problems und seiner Folgen

| Sven Spier |

Einstieg in das Thema

Wissenschaft und Wohlfahrtsverbände, Kirchen und Medien haben sich schon lange des Problems der Kinderarmut in Deutschland angenommen. Jedoch ist es in letzter Zeit u. a. durch die so genannten Hartz-Gesetze und die auch von der Politik nicht mehr zu ignorierenden Ergebnisse der PISA- und UNICEF-Studie auch einer breiteren Öffentlichkeit bekannt geworden. Im Folgenden soll ein erster Überblick über das aktuelle Problem der Kinderarmut in der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere seit Einführung der so genannten Hartz-IV-Gesetze und der daraus resultierenden Folgen für die betroffenen Kinder vermittelt werden.

Bereits im Jahr 2005 hatte der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband eine erste Studie veröffentlicht, die sich mit der Entwicklung der Zahlen der nunmehr von Sozialgeld lebenden Kinder in der Bundesrepublik beschäftigte. Die Abbildung 1 macht die Verteilung des Problems deutlich. Je dunkler die Färbung der einzelnen Landkreise bzw. Städte ausfällt, desto höher ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die von Sozialgeld leben müssen. Es ist unschwer erkennbar, dass sich in Bayern oder Baden-Württemberg dieses Problem kaum darstellt, während die neuen Bundesländer und hier vor allem Sachsen-Anhalt besonders betroffen sind. Inzwischen liegen sogar noch aktuellere Zahlen vor, auf die weiter unten eingegangen werden soll.

Um das Problem umreißen zu können, soll kurz verdeutlicht werden, was sich durch die so genannten Hartz-IV-Gesetze geändert hat. So führte das am 01.01.2005 in Kraft getretene Gesetzespaket Hartz IV mit dem ihm zugrunde liegenden Gedanken „fördern und fordern“ für Langzeitarbeitslose zu Absenkungen der Leistungen auf ungefähr das frühere Sozialhilfeniveau. Kompensiert werden sollten diese Leistungskürzungen durch eine verbesserte Vermittlung und Qualifizierung durch die Bundesagentur für Arbeit. Jedoch ist die inzwischen eingetretene leichte Entspannung des Arbeitsmarkts nicht eindeutig auf Hartz IV zurückzuführen und geht zu einem großen Teil an den Betroffenen vorbei.

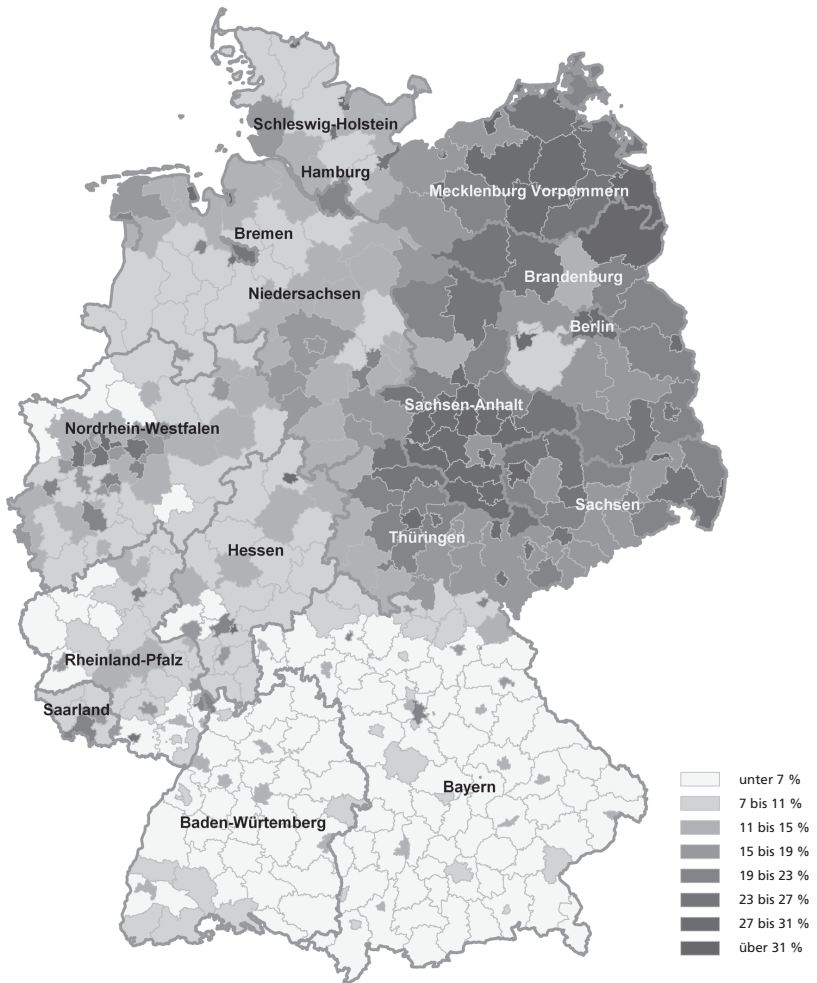


Abb. 1, Anteil der Bezieher von Sozialgeld (0 bis 15 Jahre) gemessen an der Population in Landkreisen und kreisfreien Städten, Quelle: Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2005

Durch das Zusammenlegen von Arbeitslosen- und Sozialhilfe hatte sich die Zahl der außerhalb von Einrichtungen auf dem Niveau der alten Sozialhilfe lebenden Menschen in der Bundesrepublik bereits zum Zeitpunkt der Einführung auf 6,16 Millionen gesteigert (7,18 Mio. mit Dunkelziffer). Dies sind 8,7 Prozent der Bevölkerung.

Definitionen von Armut

Wenn man von Armut spricht, haben Zuhörer jeweils andere Bilder im Kopf, doch um eine fachliche Diskussion führen zu können, bedarf es hier eindeutiger Definitionen. An dieser Stelle sollen zwei gängige dargestellt werden.

Bei der relativen Einkommensarmut handelt es sich um eine Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die WHO definiert Armut anhand des Verhältnisses des individuellen Einkommens zum Durchschnittseinkommen im Heimatland einer Person. Danach ist arm, wer monatlich weniger als die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens (Median) seines Landes zur Verfügung hat. Natürlich sieht Armut hiernach in Deutschland anders aus als z. B. in den Staaten Afrikas, doch stellt diese Definition sehr gut die Möglichkeit der individuellen sozialen Teilhabe abhängig von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Gesellschaft dar. Und nach der Definition der WHO müssten alle Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld als arm eingestuft werden. In einer darüber hinausgehenden Definition wird nach der WHO von strenger Armut gesprochen, wenn das Einkommen nicht nur bei unter 50 Prozent des Durchschnittseinkommens liegt, sondern sogar 40 Prozent unterschreitet. Und sogar dieses Kriterium wird durch das Arbeitslosengeld II bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch das Sozialgeld erfüllt.

Eine andere in der Fachwelt anerkannte Definition ist der Lebenslagenansatz. Hiernach werden Einschränkungen unter anderem in den Dimensionen Einkommen, Arbeit, Bildung, Wohnen, soziale Beziehungen und Gesundheit als Armut definiert. Somit zielt dieser Ansatz in der Abgrenzung zur relativen Einkommensarmut nicht alleinig auf die finanzielle Dimension ab, sondern kennt auch solche Begriffe wie Bildungsarmut und stellt eine differenziertere Betrachtungsweise dar. Ein Beispiel hierfür mag die Situation vieler Studierender sein, die zwar mit einem Einkommen auskommen müssen, welches vielfach unter die Definition der relativen Einkommensarmut fallen wird, aber z. B. durch den Zugang zu Bildung, einer guten Gesundheitsversorgung und guten sozialen Anbindungen nach dem Lebenslagenansatz nicht unbedingt als arm klassifiziert würden.

Weitere Ansätze zur Beschreibung von Armut beziehen die Frage nach der Zeitdauer des Lebens in Armut mit ein, oder sind so einfach wie die Gleichsetzung von Armut mit dem Angewiesensein auf öffentliche Unterstützung, da der Lebensunterhalt nicht durch das eigene Einkommen bestritten werden kann. Eine Gruppe, die bei der alleinigen Betrachtung von den so genannten Hartz-IV-Gesetzen hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Entwicklung der Kinderarmut zu kurz kommt, sind diejenigen, die trotz Arbeit als arm gelten müssten. In der

politischen Diskussion um Mindestlohn spiegelt sich die größer werdende Gruppe von Menschen wider, die trotz (Vollzeit-)Arbeit so wenig verdienen, dass sie auf ergänzende Hilfen Anspruch hätten, diesen aber zum Teil nicht wahrnehmen. Nach beiden oben angeführten Definitionen sollen diese Gruppen ausdrücklich in die Diskussion um Armut mit einbezogen werden (man spricht in der Fachliteratur von „working poor“).

Zahlen zum Phänomen der Kinderarmut

An dieser Stelle sollen in einem ersten Schritt die im August 2005 erhobenen Daten der Studie des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbands Erwähnung finden, um ihnen in einem zweiten Schritt die neuesten Zahlen des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe gegenüber zu stellen. Bereits kurz nach der Einführung der Änderungen im zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) hat sich herausgestellt, dass Kinder unter 15 Jahren ganz besonders von den Verschlechterungen betroffen sind. Als nichterwerbsfähige Hilfsbedürftige erhalten sie das neu geschaffene Sozialgeld, welches bei 207 Euro im Monat liegt. Und anders als noch in der Sozialhilfe gibt es nun keine Möglichkeit mehr, über die Gewährung von einmaligen Hilfen besondere Lebenslagen abzufedern. Winterbekleidung, Schulmaterial – für all dies müssen aus den 207 Euro Rücklagen gebildet werden, um im Bedarfsfall darauf zurückgreifen zu können. Wenn man nun zugrunde legt, dass z. B. die Einschulung eines Kindes Kosten in Höhe von gut 200 Euro entstehen lässt, kann man sich gut vorstellen, wie schwierig dies für viele betroffene Eltern wird.

In der gesamten Bundesrepublik sind hiervon 1,7 Millionen Kinder betroffen, dies entspricht 14,2 Prozent der unter 15-Jährigen. Die Zahlen variieren jedoch stark zwischen 12,4 Prozent im Westen und 23,7 Prozent im Osten. Hierbei hat das Land Sachsen-Anhalt mit 26,7 Prozent betroffener Kinder, die von Sozialgeld leben, den Spitzenplatz unter den Flächenländern inne. Besonders heraus sticht der Wert der Stadt Halle von 34,6 Prozent. Hier lebt also jedes dritte Kind von staatlicher Unterstützung. Diese Dimension wird in der gesamten Bundesrepublik nur noch durch den Wert der Stadt Bremerhaven übertroffen.

Das Bremer Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe hat die weitere Entwicklung verfolgt und dokumentiert. Mit Stand von August 2006 hatten sich die Zahlen der bundesweit von Sozialgeld lebenden Kinder auf 16,2 Prozent erhöht. Ein Anstieg in nur einem Jahr um 2 Prozent. Der Anstieg für die neuen Bundesländer von 23,7 Prozent auf 29,3 Prozent ist sogar noch

deutlicher ausgefallen. Betrachtet man alleinig den Anstieg der Kinderarmut, so variiert dieser stark zwischen den Bundesländern. Während er in Sachsen-Anhalt nur bei 3,7 Prozent (aber auf hohem Niveau) liegt, beträgt er in Hamburg enorme 15 Prozent. Bundesweit die höchsten Werte wurden durch die Städte Görlitz mit 42,2 Prozent und Hoyerswerda mit 41,4 Prozent erzielt. Darüber hinaus zeigte sich in 61 von 420 Landkreisen, dass die Zahl der als arm zu bezeichnenden Kinder die Grenze von 30 Prozent übersteigt.

Einige Zahlen machen diese Entwicklung deutlicher:

Bundesland	Anstieg (von 2006 auf 2007 in %)	Anteil der aktuell betroffenen Kinder (Sozialgeldbezug der unter 15 Jährigen in %)
Sachsen-Anhalt	3,7	29,1
Bremen	6,4	30,6
Berlin	9,8	34,9
Bayern	11,7	7,9

Tab. 1, Quelle: Bremer Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe, 2007

Relevante Rahmenbedingungen

Natürlich sind hier zuerst die Bedingungen des Arbeitsmarktes zu nennen. Mit mehr als vier Millionen arbeitslosen Menschen nimmt die Bundesrepublik Deutschland einen der letzten Plätze in der Arbeitslosenstatistik innerhalb der Europäischen Union ein. Auch wenn sich diese Zahlen in den letzten Monaten erfreulicherweise etwas verbessern konnten, hat es doch wenig dazu beigetragen, dem Problem der Kinderarmut zu begegnen. Die hiervon betroffenen Familien sind auch weiterhin arbeitslos, haben am konjunkturellen Aufschwung bisher nicht teilhaben können. Besonders betroffen von Kinderarmut sind Alleinerziehende und Familien mit Migrationshintergrund. Genau diese Bevölkerungsgruppen sind es auch, die auf dem Arbeitsmarkt mit den größten Problemen konfrontiert sind. Die traurige These von den Kindern als Armutsrisiko muss in diesem Zusammenhang erneut herangezogen werden.

Bei einer Annäherung an den gesamten Komplex der Kinderarmut zeigt sich, dass es Zusammenhänge und Folgen der Situation sind, die die betroffenen

Kindern langfristig belasten, ja sie zum Teil ihrer Zukunftschancen berauben, und die einer besonderen Betrachtung bedürfen. Prägnant lässt sich dies darstellen an den Komplexen Bildung, Gesundheit und sozialer Teilhabe, die im Folgenden genauer betrachtet werden sollen.

Folgen der Kinderarmut

Kinder und Jugendliche sind von den Folgen von Hartz IV besonders betroffen, und dies nicht nur, weil diese Altersgruppe innerhalb der Armutspopulation signifikant überrepräsentiert ist.

Zusammenhänge zwischen sozialer Herkunft und Chancen auf Bildung bzw. dem Erreichen bestimmter Bildungsabschlüsse wurden nicht erst durch die letzten PISA Untersuchungen nachgewiesen. Auch die Längsschnittstudien, durchgeführt durch die AWO und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS), haben hier eindeutige Daten erhoben. Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien (= arm) schaffen es seltener, qualifizierte Schulen zu besuchen, zu studieren und somit langfristig einen Aufstieg zu erreichen. Das deutsche Schulsystem schafft es (leider) nicht, für eine größtmögliche Chancengleichheit zu sorgen und die soziale Herkunft weitestgehend auszublenden, sondern zementiert die sozialen Unterschiede geradezu.

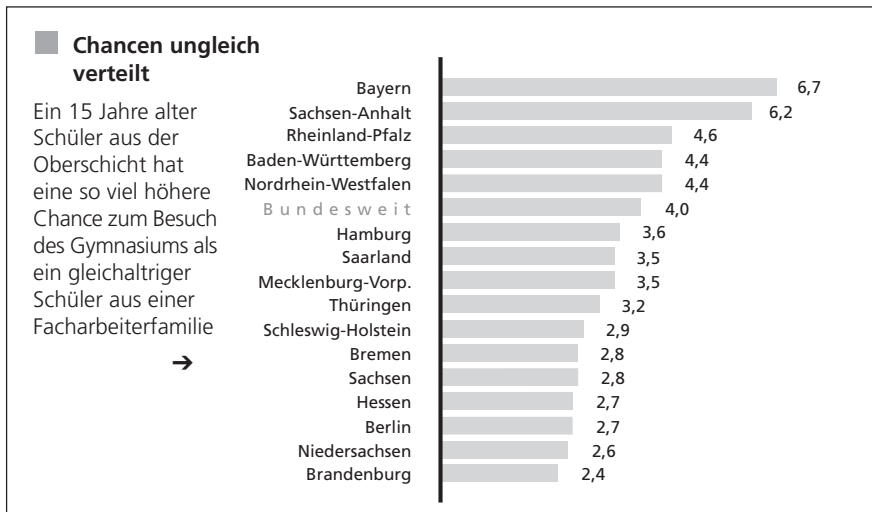


Abbildung 2, Quelle: Deutsche Presse Agentur, 2006

Abbildung 2 macht deutlich, wie groß der wirkliche Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und dem Schulerfolg ist. Und hier zeigt sich leider auch, dass das Land Sachsen-Anhalt deutlich unterhalb des – selbst schon recht schlechten – Bundesdurchschnitts liegt. Fortsetzen ließen sich diese Betrachtungen auch bei der Entscheidung für ein Studium und letztlich der Wahl des Studienfachs. Zusammenfassend kann für den Teilbereich Bildung konstatiert werden, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungschancen nachgewiesen ist, und sich letztlich der soziale Status auch über die Bildung vererbt.

Folgen der Kinderarmut lassen sich inzwischen auch an der Gesundheit der Kinder erkennen. Nicht nur geben Untersuchungen darüber Aufschluss, dass Indikatoren wie Zahn- oder Impfstatus bei ihnen deutlich schlechter sind, als bei Gleichaltrigen aus anderen sozialen Umfeldern, sondern das jüngste Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zeigte deutlich, dass Übergewicht und psychische und emotionale Probleme sich bei armen Kindern häufen.

Abschließend sei noch auf die Auswirkungen auf die soziale Teilhabe von armen Kindern verwiesen. Nicht nur diejenigen Freizeitaktivitäten, die Geld kosten (Kino- oder Theaterbesuch, Mitgliedschaft in einem Sportverein) müssen erheblich eingeschränkt werden, sondern auch fast Selbstverständliches, wie Klassenfahrten oder der Besuch einer Geburtstagsfeier, können durch die fehlenden finanziellen Ressourcen unmöglich gemacht werden. Eine Untersuchung der Landesvereinigung für Gesundheit des Landes Niedersachsen macht die unterschiedlichen Freizeitverhalten deutlich. Am signifikantesten ist es, dass Kinder aus armen Familien solche Angebote wie Vereine, Musikschulen oder Bibliotheken so gut wie gar nicht wahrnehmen.

Lösungswege?

Die Frage nach der Entstehung von Kinderarmut in der derzeit zu verzeichnenden Höhe kann unterschiedlich beantwortet werden, jedoch spielen Langzeitarbeitslosigkeit auf hohem Niveau, eine allgemeine Absenkung von Sozialleistungen sowie ein beklagenswerter Verfall von gerade familiären Werten in vielen Ansätzen eine Rolle. Und nur hier können Lösungswege ansetzen. Die monetäre Armut ist in fast allen Fällen auf die lange Zeit der Erwerbslosigkeit der Eltern zurückzuführen. Und mit dieser einher gehen ein Verlust von Struktur und letztlich auch eine deutlich schwächere Wahrnehmung der Elternrolle. Um Kindern zu helfen, muss zuerst den Eltern geholfen werden. Pers-

pektiven für sich selbst zu entwickeln, um so einen Weg aus der Resignation zu finden. Es gibt (noch nicht) den einen erfolgsversprechenden Weg, Kinderarmut zu reduzieren, aber eine gemeinsame Arbeit aller gesellschaftlicher Kräfte an den oben genannten Punkten scheint am sinnvollsten und langfristig am erfolgreichsten zu sein.

Literaturverzeichnis

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2006): Aus Politik und Zeitgeschichte – Kinderarmut. 26/2006. Frankfurt/M.

Butterwegge, C., (Hrsg.) (2000): Kinderarmut in Deutschland: Ursachen, Erscheinungsformen und Gegenmaßnahmen. Frankfurt/M.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (2005): Zu wenig für zu viele – Kinder und Hartz IV: Eine erste Bilanz der Auswirkungen des SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende). Berlin.

Nationale Armutskonferenz in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2004): Sozialpolitische Bilanz 2000: Armut und Gesundheit. Hildesheim.

2. Kinderarmut im Südharz/Mansfelder Land – Befunde und Fragen an den Sozialstaat

| Sven Vogler |

Wenn man den Begriff Kinderarmut in Deutschland verwendet, dann geht es hier in der Regel nicht um eine lebensbedrohende Armut, sondern um eine eingeschränkte Einkommens- und Lebenssituation und um soziale Ausschlussprozesse. Die Kinderarmut bestimmt sich hierbei über den sozioökonomischen Status der Eltern. Betroffen von einer Kinderarmut sind vor allem Kinder von jungen Eltern, alleinerziehenden Müttern und Familien mit Migrationshintergrund.

Stellt sich nun die Frage, wie definiert man Kinderarmut? Die Armut wird gemessen am Haushaltseinkommen. Arm ist, wer weniger als die Hälfte des Durchschnitts der Bevölkerung an Geld zur Verfügung hat. Nach einer Quelle des statistischen Bundesamtes waren in Deutschland im Jahr 2004 1,7 Mio. Kinder mit einem Alter von unter 16 Jahren, das sind 13,4 Prozent, armutsgefährdet. Von 7.092.000 Haushalten in den neuen Bundesländern lebten im Jahr 2006 14,8 Prozent mit einem Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.000 Euro monatlich. Im Vergleich hierzu waren es zur gleichen Zeit in den alten Bundesländern 31.018.000 Haushalte, das entspricht einem Anteil von 9 Prozent. Hier lässt sich schon erkennen, dass die Kinderarmut in Deutschland in den neuen Bundesländern stärker als in den alten zu finden ist.

In den neuen Bundesländern lebten 56 Prozent der Alleinerziehenden mit einem Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.500 Euro, in den alten Bundesländern 39,8 Prozent. Insgesamt leben in Deutschland ca. 51 Prozent aller alleinerziehenden Eltern in wirtschaftlich schwierigen Lebenslagen. Eine Quote von 17,8 Prozent aller Familienhaushalte in den alten Bundesländern und 25,9 Prozent in den neuen Bundesländern blieben mit ihrem Haushaltseinkommen unterhalb der Besteuerungsgrenze der Einkommenssteuer.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass angesichts vorgenannter Zahlen auch nach rund 17 Jahren der Wiedervereinigung immer noch deutliche Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern zu erkennen sind. Als bundesdeutsches Fazit lässt sich feststellen, dass in den letzten 20 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Kinderarmut zu prekären sozioökonomischen Lebenslagen führte. Es lässt sich weiter feststellen, dass heute in Deutschland jedes sechste bis siebte Kind in einer armen Familie aufwächst.

Ich möchte nunmehr Bezug nehmen auf die gegenwärtige Situation im Landkreis Mansfeld-Südharz und hierzu einige grundsätzliche Aussagen treffen. Im Juni 2007 lebten hier rund 161.000 Einwohner. Der Landkreis ist geprägt von einer überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeit. Im Mai 2007 lag diese bei 20,6 Prozent, der vergleichbare Wert des Bundesdurchschnittes lag bei 9,1 Prozent. Schon aus dieser Darstellung heraus lässt sich ableiten, dass der Landkreis und auch seine Bewohner nicht zu den reichsten in Deutschland gehören. Die demografische Entwicklung prognostiziert, dass die Bevölkerungszahl weiter abnehmen wird. So werden nach Ermittlungen des statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt im Jahr 2015 noch rund 140.000 Einwohner und im Jahr 2025 noch rund 116.000 Einwohner im Landkreis leben. Dies bedeutet einen Bevölkerungsrückgang im Vergleich von heute zum Jahr 2025 um ca. 28 Prozent. Mehr als jeder Vierte wird folglich bis 2025 hier nicht mehr anzutreffen sein. Hauptursachen hierfür sind niedrige Geburtenzahlen und Abwanderungen.

An dieser Stelle möchte ich nun die Situation der Kinder etwas näher beleuchten. Im Jahr 2007 leben im Landkreis rund 16.400 Kinder im Alter bis zu 16 Jahren. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von ca. 10,3 Prozent. Im Jahr 2010 wird es mit 16.300 Kindern ein Anteil von 10,7 Prozent und im Jahr 2020 mit 13.500 Kindern noch ein Anteil von 9,3 Prozent sein.

Seit Einführung des Arbeitslosengeldes II im Jahr 2005 ist der Landkreis auch durch eine hohe Zahl derer gekennzeichnet, die ihren Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch II bestreiten müssen. Mit Stichtag Mai 2007 lebten rund 13.900 Bedarfsgemeinschaften vom Arbeitslosengeld II, darunter 3.762 Bedarfsgemeinschaften mit Kindern unter 15 Jahren. Noch deutlicher zeigt sich die Situation der Kinder im Vorschulalter. Im Altkreis Mansfelder Land lebten im Juli 2006 47 Prozent aller unter Dreijährigen in Bedarfsgemeinschaften und 41 Prozent der Drei- bis unter Sechsjährigen. Zum besseren Verständnis für alle Beteiligten habe ich eine Bedarfsberechnung nach – wie es landläufig heißt – HARTZ IV vorgenommen. Eine junge Familie im Landkreis (Mutter, Vater und ein dreijähriges Kind) muss demnach ihren gesamten Lebensunterhalt einschließlich der Miete, Heiz- und Nebenkosten im Landkreis von monatlich 1.364,50 Euro nach dem SGB II bestreiten. Eine alleinerziehende Mutter mit zwei Kindern im Alter von sechs und acht Jahren muss monatlich mit 1.420,50 Euro auskommen. Man kann sich vorstellen, dass es unter den heutigen Bedingungen sehr viel Sorgfalt benötigt, um die Summe für die Lebenserhaltungskosten nicht zu übersteigen. Resümierend lässt sich schon darstellen, dass der

Landkreis Mansfeld-Südharz von einer stärkeren Kinderarmut betroffen ist als so manch anderer.

Untersucht man die Auswirkungen von Armut, so gibt es Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Mängellagen und geringem Bildungserfolg, physischen und sozialen Beeinträchtigungen, erfasster Delinquenz, schlechter Wohnsituation und schlechter Gesundheit. Weitere Auswirkungen können sein Depressionen, Resignation, Zukunftsängste, Rückgang der Schulleistungen und soziale Isolation. Betrachtet man die Schulabschlüsse des Altkreises Mansfelder Land im Schuljahr 2003/2004 im Vergleich zum Durchschnitt des Landes Sachsen-Anhalt, so ist hierbei durchaus ein positiver Trend zu erkennen, der für die Zukunft optimistisch stimmt. So beendeten im Sommer 2007 32 Prozent ihre schulische Laufbahn mit der Fachhochschul- bzw. Hochschulreife. Damit ist dies ein Wert, der 6 Prozent über dem Landesdurchschnitt liegt. Auch bei den Schülern, die ihre Laufbahn ohne Hauptschulabschluss beenden, verzeichnete der Landkreis Mansfelder Land mit 12 Prozent eine bessere Entwicklung als das Land mit durchschnittlich 14 Prozent. Voraussetzung für den erfolgreichen Abschluss der schulischen Laufbahn ist deren regelmäßiger Besuch. Hierbei ist erfreulicherweise zu verzeichnen, dass die Ordnungswidrigkeitsverfahren wegen der Schulpflichtverletzung im Landkreis Mansfeld-Südharz vom Schuljahr 2003/04 zu 2005/06 von 248 auf 136 zurückgegangen sind.

Eine wie eingangs erwähnte Auswirkung der Kinderarmut ist auch die Delinquenz. Im Altkreis Mansfelder Land betrug der Anteil der Straftäter im Alter zwischen 14 und 21 Jahren 7 Prozent. Die häufigsten Delikte waren hierbei der Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, Eigentumsdelikte und Körperverletzungen.

Ziel von Politik und Wirtschaft muss es sein, auch zukünftig dafür zu sorgen, dass die Kinderarmut im Landkreis zurückgeht. Dies kann meines Erachtens zum Einen dadurch geschehen, dass der Landkreis weiterhin und noch intensiver am wirtschaftlichen Aufschwung teilnimmt. Nach einer aktuellen Studie des Instituts für Wirtschaftsförderung in Halle werden die Bürger in Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2025 wohlhabender werden. Sachsen-Anhalt wird sein Wohlstandsniveau von allen Bundesländern am schnellsten erhöhen. Davon sollten auch die Bürger im Landkreis Mansfeld-Südharz profitieren. Zum Anderen muss für die hier lebenden Kinder und Jugendlichen ein hinreichendes Bildungsangebot vorgehalten werden. Hierbei beginnt die Bildung schon im Vorschulalter. Im Landkreis Mansfeld-Südharz existieren derzeit 107 Kindertagesstätten. Es ist positiv hervorzuheben, dass beispielsweise im Jahr 2006 im Landkreis Mansfelder Land 72 Prozent der unter Sechsjährigen durch den Be-

such einer Kindertagesstätte an einem vorschulischen Bildungsangebot teilnehmen konnten. Auch die Verwaltung des Landkreises muss weiterhin ihren Beitrag leisten. Die Vorhaltung bzw. Förderung von verschiedenen Beratungsstellen, wie z. B. der Jugend- und Familienberatung, der Suchtberatung, der Schuldnerberatung, des sozialpsychiatrischen Dienstes, aber auch die Unterstützung der Tafeln, Kleiderkammern u. ä. sind hierbei ein wichtiger Baustein. Neben dem bisher Gesagten ist es auch notwendig, den Kindern und Jugendlichen für ihre Freizeitgestaltungen Angebote zu unterbreiten, das Leben neben dem Alltag zu gestalten. Neben den bekannten kommerziellen Einrichtungen existieren im Landkreis Mansfeld-Südharz zur Stunde ca. 40 Kinder- und Jugendeinrichtungen, welche beispielsweise einer möglichen sozialen Isolation entgegenwirken. Nicht vergessen möchte ich die Feuerwehren, zahlreiche Vereine und freie Träger, welche ihren Focus auch stark auf die Kinder- und Jugendarbeit gerichtet haben.

Kinder aus armen Familien nehmen im späteren Leben oft einen ähnlichen Status wie ihre Eltern ein. Aufgabe muss es sein, der defizitären Lebenslage entgegenzuwirken. Aus Sicht der Jugendhilfe kann dies beispielsweise durch attraktive Angebote in den Einrichtungen der Jugendhilfe erfolgen. Diese sind geprägt durch eine gute Fachlichkeit.

Bei allen Vorhaben muss immer berücksichtigt werden, dass jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit hat. Mit diesen Worten möchte ich appellieren, dass das durchaus allgegenwärtige Thema nicht ins Hintertreffen geraten darf und stets in der öffentlichen Diskussion einen Platz finden sollte.

3. Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland

| Raimund Geene |

Schon 1989 hat Richard Hauser den Begriff der „*Infantilisierung der Armut*“ geprägt (Hauser 1989), und seit Beginn der Kongressreihe zu Armut und Gesundheit 1995 sind die wachsenden sozialen und gesundheitlichen Probleme von Kindern breit thematisiert (Geene 2004). Im Jahre 2007 hat die Kinderarmut endlich den Weg in das öffentliche Bewusstsein und auf die parteipolitische Agenda gefunden. Doch die erfolgte Thematisierung ist durchaus ambivalent zu sehen. PISA-Schock, die schlechten Gesundheitschancen der Kinder und die Fälle von Kindesverwahrlosung werden oft nicht als Alarm-signale einer sozial auseinander brechenden Gesellschaft diskutiert, sondern immer wieder mit weiterer Verantwortungsverschiebung hin zu den Eltern beantwortet (Butterwegge et al. 2004). Im folgenden Beitrag möchte ich skizzieren, in welchem kulturellen Spannungsverhältnis die Debatte steht, und Ansätze empathisch geprägter Familienförderung aufzeigen.

Gesundheitsgefahr Armut

Wenn wir uns der Frage der Kindergesundheit in Deutschland unbefangen nähern, erscheinen zunächst die Fakten: Kinder sind in Deutschland die gesündeste Bevölkerungsgruppe, und ihre Aussicht auf ein langes, gesundes Leben ist so gut wie nie zuvor in der Geschichte der Menschheit. Junge Eltern und insbesondere (werdende) Mütter können heute voller Zuversicht ihrer Familiengründung entgegen sehen. Nie zuvor war die Kinder- und Müttersterblichkeit so gering wie heute. Und nie zuvor hatten Kinder und ihre Eltern derart gewaltfreie, man könnte fast sagen: friedliche Zukunftsperspektiven. Doch gleichzeitig sind noch nie so viele Kinder in Deutschland in Armut geboren. Wie passt die Ausgangssituation mit den gesellschaftlichen Problemen zusammen? Und was bedeutet es, wenn die soziale Lage gerade mit Begriffen wie „*Unterschicht*“ oder „*Prekariat*“ als neue Sau durchs Medien-Dorf getrieben wird?

Dahinter stehen erste Anzeichen einer gesellschaftlichen Einsicht über die Benachteiligung der Kinder, die zu Sorgen Anlass gibt. Kinder statt Job und daher Armutsrisiko oder Karrierehindernis, Übergewicht von Kindern wegen Bewegungsmangel in der autogerechten Stadt, Probleme von Gewalt und

Vernachlässigung und zu guter Letzt die Bildungsmisere werden schlaglichtartig beleuchtet. Geführt wird die Debatte nicht nur in den kleiner werdenden Kreisen der Eltern und Familien, sondern auch darüber hinaus – ist sie doch auch im Interesse der kinderlosen Generation einer mutmaßlich „*kinderentwöhnten Gesellschaft*“, fürchtet diese doch um die eigene Rente.

Mit Maßnahmen wie dem neuen Elterngeld, besserer Kleinkindbetreuung und Bildungsförderung schon im Vorschulalter soll die Lage von Kindern und Eltern verbessert werden. Ob dies jedoch Wirkung zeigt, kann bislang nur bedingt beantwortet werden, etwa aus der Perspektive einzelner Fachdisziplinen wie der Pädagogik (die für ein Mehr an Pädagogik eintritt), der Pädiatrie (die für lückenlose Vorsorgeuntersuchungen plädiert) oder der Psychologie (die in der Entwicklungspsychologie den Schlüssel sieht). Doch wie steht es um die Selbstwahrnehmung der Eltern und insbesondere auch der Kinder? Welche Interessen verfolgen sie, welche Schwerpunkte setzen sie?

Schon im Ansatz zeigt sich hier die Problematik, dass eine gebündelte Perspektive nicht nur fehlt, ihr wird sogar implizit die Berechtigung abgesprochen. Denn wie alle Fachdisziplinen ihren eigenen Gesetzen folgen, so sehen auch die kindheitsbezogenen sich selbst als Maßstab. Pädagogische, psychologische oder medizinische Anforderungen werden als Parameter der Beschreibung des Zustandes der Kinder und Jugendlichen genommen. Kinder werden noch immer kaum als selbstständige Personen wahrgenommen, sondern als zu betreuende. Solch wohlmeinender Paternalismus übersieht aber die Vielfalt kindlicher Sozialisationsprozesse und die unterschiedlichen Möglichkeiten, sich dieser zu stellen. Sie geht aus von einem eher mittelständischen Blick, der die subjektiven Rationalismen von Kindern oder auch Eltern, die gerade in sozial benachteiligten Lebenslagen als unselbstständig und erziehungsunfähig diskreditiert werden, nicht zu verstehen mag.

Soziale Belastung statt sozialer Unterstützung

Das in (West-)Deutschland dominierende Bild der bürgerlichen Familie sieht die Mutter weiterhin als Betreuerin ihrer Kinder, als Nachhilfelehrerin, Chauffeurin durch die Stationen einer verinselten Kindheit und Spielanimateurin im eigenen Garten hinterm Reihenhaushaus. Allen Emanzipationsbestrebungen zum Trotz und ungeachtet der angedachten Frauenerwerbsförderung stagniert die Pädagogik ebenso wie Pädiatrie, Prävention oder die Kinder- und Jugendsozialarbeit bei dem antiquierten Bild. So wird die Unterstützung der Eltern

für die Konzepte der Fachleute unhinterfragt vorausgesetzt. Die völlig anderen Realitäten der sozial Benachteiligten, die Mentalitäten und kulturellen Ziele sozial Benachteiligter spielen in dieser Konzeption keine Rolle. Wie junge Frauen ohne Hauptschulabschluss die Hausaufgabenbetreuung ihrer Kinder übernehmen, wie Mehrfachmütter in vom Sozialamt finanzierten kleinen Mietwohnungen die Botschaften zur Unfallprävention umsetzen, wie MigrantInnen ihre Ernährung auf die Optimierte Mischkost umstellen, wie die arbeitslosen Eltern die vermeintlichen Diagnosen des Kinderarztes ob der befürchteten Entwicklungsrückstände nicht als weitere Demütigung der Gesellschaft empfinden, wie junge Mütter den Spagat ihrer Identitäten zwischen jugendlichen Subkulturen und Mütterlichkeitsanspruch hinbekommen – all diese existenziellen Fragen sind noch nicht angekommen in den Programmen zur Prävention von Verwahrlosung und zur Förderung des Humankapitals.

Die bürgerliche Illusion der schönen Kindheit stößt auf ein besonderes Paradox: Gerade die Mittel- und Oberschichten, die die (ver)öffentlich(t)e Meinung repräsentieren, leiden unter dieser von Frank Schirrmacher (2006) beschriebenen „*Kinderentwöhnung*“. Doch gleichzeitig prägen sie die Bilder und Anforderungen einer Kindheit, der sie sich in ihren eigenen Lebenswelten bereits weitgehend entledigt haben. Den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die – wie beispielsweise türkische Familien oder auch die aus Russland ausgesiedelten – weiterhin Kinder bekommen und dies in fast unveränderter Anzahl, wird das bildungsbürgerliche Kindheitsbild hingegen übergestülpt. Diese Diskrepanz zwischen erlebter Realität und bürgerlichem Anspruch setzt nicht nur die sozial benachteiligten Eltern, sondern auch die Kinder unter enorme Spannung und ist letztendlich kaum auflösbar.

Gleichzeitig scheint Handlungsbedarf angezeigt durch die jüngsten Fälle von Kinderverwahrlosung. So sehr das gewachsene öffentliche Bewusstsein darüber zu begrüßen ist, muss gleichzeitig festgestellt werden, dass Verwahrlosung schon immer existiert hat – die Kindern und Jugendlichen zugeschriebene Abweichung des Idealbildes ist ein jahrhundertealtes Bild, ursprünglich gar davon ausgehend, dass Kinder und Jugendliche per se schlecht und verwahrlost seien, bis sie in engmaschigen Kontrollen von Heimen und Militär diszipliniert werden (Schilling 2005). Tatsächlich stellt der Kriminologe Christian Pfeiffer (2005) in seinen Studien heraus, dass Verwahrlosung nicht zunimmt, sondern sogar rückläufig ist. Grund dafür ist vor allem, dass die noch vor 30 Jahren weit verbreitete Gewalt in den Familien stark abnimmt, ausgelöst nicht durch Repression, sondern durch gesellschaftliche Lernprozesse. Doch gerade hier

stellt sich dem (bürgerlichen) Westen der (proletarische) Osten als ideale Projektionsfläche – ein Klischee, das selbst in Ostdeutschland gelandete Politiker wie der Brandenburgische Innenminister Schönbohm nur zu gerne bedienen.

Kinderarmut in Ostdeutschland

Auch wenn Bremerhaven eine fast ähnlich hohe Quote hat – Görlitz und Hoyerswerda nehmen mit jeweils über 40 Prozent von Kindern, die von ergänzenden Sozialtransfers leben, die bundesweite Spitzenstellung ein, folgt man dem in den Medien breit zitierten Gutachten des Bremer Instituts für Arbeitsmarkt- und Jugendforschung von 2006. Allerdings ist Armut nicht nur im Bezug von Hilfeleistungen festzumachen, sondern wird vor allem an ihren Folgen in Bildung, Gesundheit und sozialer Situation deutlich. Hier zeigt sich: viele Kinder in Armut haben keinen regulären Schulzugang, und umgekehrt geht mit hohem sozialen Status eine 2 ½ mal höhere Empfehlungschance für das Gymnasium einher. Während Kinder aus dem oberen Einkommensfünftel der Gesellschaft mit einer Wahrscheinlichkeit von gut 90 Prozent zu einem Fachhochschul- oder Universitätsbesuch gelangen, sind es nur 11 Prozent aus sozial schwachen Familien (unteres Fünftel). Hier wird normgerechtes Verhalten schlechter erlernt, entsprechend fallen arme Kinder auf durch geringere Frustrationstoleranz, weniger Selbstwertgefühl und problematisches Gruppenverhalten, was neben schlechten Schulnoten auch soziale Ausgrenzungen befördert.

Ausführlich sind diese Entwicklungen in der ersten Langzeitstudie zur Kinderarmut (1997–2004) dargestellt, die durch das Frankfurter Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt erstellt wurde (Holz 2005), klar belegt auch durch die Ergebnisse des ersten bundesweiten Kindergesundheits surveys KIGGS und hier insbesondere das BELLA-Modul zur psychischen Gesundheit (Robert Koch Institut 2007). Ausgewiesen ist hier eine Zunahme von Armut, wobei bundesweit jedes 7. Kind und in Sachsen-Anhalt sogar jedes vierte bis fünfte Kind betroffen ist.

Wie bei allen Phänomenen zeigt sich dabei: prinzipiell stellen sich die Fragen für West- und Ostdeutschland gleich, doch sind sie in Ostdeutschland von stärkerer Ausprägung. Eine starke Korrelation besteht beispielsweise mit der in Ostdeutschland deutlich höheren Zahl der allein Erziehenden. Als Vermeidungsmöglichkeit des intergenerationalen Armutszirkel (Abbildung) (Altgeld et al. 2006) gelten Strategien der Ressourcenstärkung nach dem Modell der Salutogenese (Antonovsky 1997). Hier geht es um die Fragen von Bewältigungs-

formen und Konfliktlösungen, wobei insbesondere elterliche Bewältigungsverhalten und soziale Integration im Mittelpunkt stehen.

Doch Armut führt auch zum Raubbau an elterlichen Ressourcen, Familienaktivitäten (gemeinsames Essen, Hausaufgaben machen usw.) werden dadurch blockiert und im Ergebnis erscheint das Problem der elterlichen Überforderung. Umgekehrt haben arme Kinder mehr Entscheidungsspielräume, die sich jedoch all zu häufig auch als Pflichten erweisen, vor denen sie kapitulieren, z. B. beim Hausaufgabenmachen. Mitunter müssen arme Kinder auch früh Verantwortung übernehmen, gerade auch bei Krankheit der Eltern. Die ostdeutsche Problematik des Wegzugs wiegt hier mehrfach schwer: einmal sind es vor allem die ländlichen Regionen, die unter dem Bevölkerungsschwund leiden, obgleich das Problem der Kinderarmut wegen der vorhandenen sozialen Netze hier deutlich schwächer ausfällt als in den Städten (Reißlandt 2006). Andererseits sind es insgesamt vor allem die Frauen und vor allem solche mit höherer Bildung, die nach Westdeutschland ziehen und zur Stabilisierung der Strukturen gut gebraucht werden könnten (Dienel 2005).

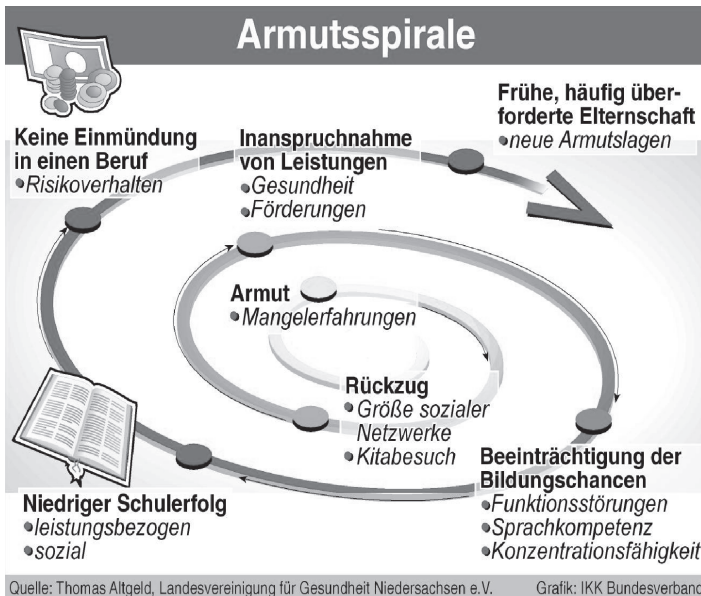


Abb: Armutszirkel

entnommen aus: Diskussionspapier „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Friedrich Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Sozialpolitik, Bonn, April 2006 (hier zitiert als Altgeld et al. 2006)

In einem Lehrforschungsprojekt an der Hochschule Magdeburg-Stendal werden gegenwärtig die spezifischen Belastungen und Sichtweisen junger benachteiligter Mütter auf die soziale und gesundheitliche Versorgung in Stendal und der umgebenden Altmark (Geene/Wolf-Kühn 2007) untersucht. Bislang können wir unsere Beobachtungen nur in Form von Hypothesen darstellen, die wir im Laufe unseres Projektes zu verifizieren versuchen. Auffällig scheint uns zunächst die Allgegenwärtigkeit von Kinderarmut in diesem weitgehend ländlich strukturierten Bereich. Die Armutsproblematik wird wenig versteckt, sondern vergleichsweise offen dargestellt, was prinzipiell gute Ansatzpunkte für eine sozialemanzipatorische Bearbeitung bietet. Im Rahmen einer Diplomarbeit an unserem Fachbereich (Pfausch 2007) konnte jedoch ermittelt werden, dass die Autoritätsfixierung junger Mütter stark ausgeprägt ist. Zumindest den Angaben nach wird den Ärzten besonders eine hohe Bedeutung beigegeben, wenn gleich ihr Aufsuchen eine erhebliche Hürde darstellt. Gewünscht wird vielmehr leicht konsumierbare, niedrigschwellige Information, gerade die RTL-Serie „Die Super-Nanny“ trifft dieses Bedürfnis offenbar gut. Die in diesen Sendungen oft verzerrende und diskriminierende Darstellung der Mütter wird dabei nicht übersehen, vielmehr werden die pädagogischen Methoden als Unterrichtsmaterial für die eigene Erziehung verstanden, der es an Vorbildern zu mangeln scheint. Hier zeigt sich das von Westdeutschland schon aus den 80er Jahren bekannte Phänomen der intergenerativen Brüche, wegen derer junge Mütter oft auf die Hilfe der Großmütter verzichten (müssen). Gerade die Präsenz der Omas und Ur-Omas war ein stabilisierendes Phänomen, das auch in der Nach-Wende-Zeit Ostdeutschlands gegriffen hat. Inwieweit dieser protektive Faktor im Abnehmen ist oder möglicherweise schon auf dem schlechten Ausgangsniveau Westdeutschlands angekommen ist, darüber kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. In jedem Fall fehlt in der intergenerativen Folge aber vor allem der Wohlstand der westdeutschen Mittelschichten, die hier einen wesentlichen Finanztransfer an ihre Kinder und Enkel möglich machen (Dienel 2002). Inwieweit aber dennoch von diesem westdeutsch orientierten Mittelschicht-Bild in Erziehung und Versorgung ausgegangen wird, ist Thema des folgenden Abschnittes.

Bürgerlich geprägtes Versorgungssystem

Welche Unterstützung liefert das Versorgungssystem in der Phase der frühen Kindheit? Die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt werden zunächst von den Eltern aller sozialen Schichten wahrgenommen. Während Mittel- und

Oberschichten die Ratschläge des Kinderarztes zumeist gut aufnehmen und umsetzen können, fühlen sich sozial Benachteiligte vielfach nicht verstanden und akzeptiert, die Tipps und Anweisungen sind mit ihrer Lebensrealität oft nicht vereinbar (Meurer/Siegrist 2005).

Tatsächlich ist die Unterstützung junger Eltern anbieterseitig von einer vollkommen unüberschaubaren Flut von Botschaften und Informationsmaterial für junge Mütter gekennzeichnet. Die jeweiligen Hinweise betreffen Bewegung, Ernährung und Stillförderung, ergonomische Fragen, Sicherheitsfragen hinsichtlich Unfallprävention und plötzlichem Kindstod, Bekleidung, Impfen, Karies- und Vitamin D-Prophylaxe, Phänomene wie Schreibabys und Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADHS) und vieles mehr. Auch die Absender der Botschaften sind schwer einzuschätzen, vermischen sich doch gesundheitliche oder medizinische mit eher gewerblichen Interessen, wie sich am Beispiel der gesponserten „*Starterpakete*“ bei Entlassung aus der Entbindung mit Schnuller und Zufütterernahrung exemplarisch zeigt. Wie diametral dies mit den WHO-Konzepten der Stillförderung kollidiert, braucht an dieser Stelle wohl nicht ausgeführt zu werden.

Wie ist es zu erklären, dass das Gesundheitswesen Schwangeren und jungen Eltern derart diffus begegnet? Fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz, die Flut der Verhaltensbotschaften zu klassifizieren und zu priorisieren? Oder mangelt es der Wissenschaft an Einfluss, ihre Erkenntnisse gegen gewerbliche Interessen durchzusetzen? Oder fehlt es vielleicht der gynäkologischen und pädiatrischen Praxis grundsätzlich an Bewusstsein über die vermittelten Ambivalenzen? Es ist zu befürchten, dass alle drei Fragen bejaht werden müssen.

Auch in der weiteren kinderärztlichen Karriere ihrer Kinder erleben Eltern ähnliche Verunsicherungen, wie die enormen regionalen Unterschiede in der Diagnostik des ADHS zeigen: Während in Mecklenburg-Vorpommern nur 0,4 Prozent der Kinder zwischen 6 und 14 Jahren entsprechende Medikamente verschrieben bekommen, liegt die Behandlungshäufigkeit in der Region Würzburg bei den 9- bis unter 12-jährigen Jungen bei 9,5 Prozent, bei den 12- bis unter 15-jährigen Jungen in der Region Koblenz sogar bei 11,8 Prozent (Glaeske/Janhsen 2002). Bundesweit werden rund 30 Prozent der verordneten Methylphenidatmenge (Arzneistoff mit anregender Wirkung auf das Nervensystem) von nur 66 Ärzten rezeptiert – die weiteren 70 Prozent werden von 4.008 Ärzten verschrieben (ebd.). Auch hier mangelt es an Evidenzen, an Leitlinien und einer entsprechenden Überprüfung, und vor allem an Bewusstsein über die sozialen Implikationen gesundheitlicher Hilfen.

Vorsorgeuntersuchungen als Pflichtmaßnahme?

Auf diesem Hintergrund befremdet es besonders, wenn sich auch Gesundheits- und Sozialforscher wie Klaus Hurrelmann für Zwangsmaßnahmen bei jungen, sozial benachteiligten Müttern aussprechen. In Anbetracht der eklatanten Qualitätsmängel der fachlichen Unterstützung – und anders ist diese Diskrepanz zwischen psychosozialem Unterstützungsbedarf und medizinischer Leistungserbringung nicht zu bewerten – reagieren Eltern wie alle kritischen Konsumenten: Sie verzichten auf die weitere Inanspruchnahme. Diese mangelnde Bereitschaft des Kranken auf Heilung ist ihr gutes Recht und im Übrigen auch eine legitime Antwort auf eine diffuse, vollkommen unüberschaubare Ansammlung moralischer Verhaltensbotschaften und Warnungen zu Ernährung und plötzlichem Kindstod, Vitaminen und Impfungen, Prophylaxen und Therapien. Für die Sozial- und Gesundheitsversorgung sollte es Anlass sein, die eigene Leistungserbringung rund um die zentrale, aber auch äußerst kritische Lebensphase der Geburt und des Kleinkindalters grundsätzlich in Frage zu stellen. Es bedarf noch eines langen Weges, die Leistungen den Anforderungen anzupassen. Dass dies nicht allein ein bundesdeutsches Problem ist, zeigt die von Meurer und Siegrist (2005) für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erstellte internationale Überblicksstudie zu Determinanten der Inanspruchnahme. In Skandinavien und anderen Ländern ist die Versorgung inzwischen stärker auf die Problemlagen der jungen Mütter und Väter und ihrer schwierigen sozialen Situation abgestimmt, mit höherer Betreuungsdichte und lebensnäheren Unterstützungssystemen.

Aktuell gibt es in Brandenburg erste Ansätze mit Familienhebammen, in Sachsen-Anhalt die Eltern-AGs oder das Projekt „ELAN“ als niedrigschwellige Unterstützungsprojekte, in denen die Lebensrealität der jungen Familien zum Ausgangspunkt genommen wird und in der Folge eine Selbstorganisation unterstützt wird (Lehmann et al. 2007). In der professionellen Arbeit mit und für Kinder und Eltern muss ein solches empathisches, Empowerment förderndes Konzept etabliert werden, um fachlichen Ansprüchen der Förderung des Kinder- und Elternwohls gerecht zu werden.

Welche Rolle können die Kinderärzte in einem solchen Konzept einnehmen? Zunächst einmal müssen sie die ihnen bereits in einigen Bundesländern (vor allem im Saarland) aufgetragene Kontrollfunktion strikt von sich weisen. Unterstützung und Kontrolle passen nicht zueinander! Gleichwohl zeigt eine Untersuchung zu Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei so-

zial Benachteiligten, dass es gerade bei den Projekten ein großes Interesse gibt, mit niedergelassenen Ärzten zusammen zu arbeiten (Walter et al. 2005). Kinderärzte müssen sich mit der Ambivalenz der neuen Lebenssituation junger Eltern vertraut machen und ihre eigenen professionellen Grenzen erkennen. Sie sind aufgefordert, sich mit den Unterstützungsstrukturen vor Ort vertraut zu machen und ihren privilegierten Zugang zu Eltern in schwierigen Lebenslagen zu nutzen, um Unterstützungen zu vermitteln, die jungen Familien wirklich nutzen.

Projekte der frühkindlichen und familiären Stärkung

Dass es solche Unterstützungsstrukturen gibt, zeigt die Vielfalt der Projekte, die sich in der Datenbank „*Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) abbilden. Von den dort eingestellten 1.000 Projekten in ganz Deutschland sind bereits einige als so genannte „*Good Practice*“ identifiziert, die beispielhaft Wege der Unterstützung aufzeigen. Bereits angesprochen wurde hier die Magdeburger „*Eltern-AGs*“, in denen Mütter und Väter mit fachlicher Anleitung zu Selbsthilfegruppen zusammengeführt werden. Ziel ist nicht die Belehrung der Eltern, sondern vielmehr die Stärkung ihrer elterlichen Intuition. Es geht von einem positiven Elternbild aus, wissend, dass alle Eltern sich ein glückliches familiäres Zusammenleben wünschen und dabei Handlungsmuster entwickeln, die ihren sozialen Bedingungen entsprechen. Mit der Eröffnung weiterer Handlungsperspektiven durch die fachlichen Mentoren und der Knüpfung eines Netzwerkes mit anderen jungen Eltern wird diese Grundbedingung konstruktiv aufgegriffen und geformt. Ähnlich problemnah und niedrigschwellig arbeitet das Flensburger Unterstützungsprojekt „*Schutzengel*“, das auf Grund seines durchschlagenden Erfolges nun in allen Landkreisen Schleswig-Holsteins eingeführt wird. Auch das Hamburger Familienprojekt Adebar, jüngst mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet, sieht seine Aufgabe vor allem in der vorurteilslosen Unterstützung junger Eltern.

Allen Projekten ist gemeinsam, dass sie unkonventionelle Wege suchen, Eltern anzusprechen und ihre Interessen aufzugreifen. Zentral dafür ist der Ansatz des Communitybuildings, mit dem überhaupt erst Möglichkeiten zur Kommunikation junger Eltern und damit erste Grundlagen für Entwicklungsprozesse geschaffen werden. Statt weiterer paternalistischer Betreuung, der sich viele junge Eltern nach Schulende und Trennung aus dem eigenen Elternhaus gera-

de erst entzogen haben, setzen diese Projekte auf eine Stärkung elterlichen Selbstbewusstseins und elterlicher Intuition. Dabei werden die Eltern in ihrem individuellen Lebensstil nicht bewertet, sondern die jeweilige Subjektivität wird zum Ausgangspunkt der Gemeinschaftserfahrung. Ganz im Sinne der Ottawa-Charta: Jede Mutter, jeder Vater ist zunächst Experte des eigenen Alltags.

Die unterschiedlichen sozialen und kulturellen Realitäten als positiven Ausgangspunkt zu setzen ist das zukunftsweisende Konzept des Diversity-Managements, das in Deutschland insgesamt noch wenig angekommen ist. Zahlreiche Beispiele aus England, Holland, Frankreich oder Belgien zeigen das Potenzial dieser Strategie, gerade auch in der sozialen und gesundheitlichen Begleitung junger Eltern. Hier versteht sich die Unterstützungsarbeit als Inklusion, also als aktives Kennenlernen der elterlichen Wünsche und Ziele. Diese aufzugreifen und zu unterstützen ist die Aufgabe sogenannter „*Early Excellence Center*“, eine Mischform aus Kita und lokalen Familienzentren. Der Einstieg in die Center erfolgt nicht als Information über die Hausordnung, vielmehr befragen die Erzieher/innen und Sozialarbeiter/innen die Eltern über ihre Erziehungsziele und arbeiten in der Folge daran, die Eltern bei der Umsetzung zu unterstützen. Auch wenn eine solche Herangehensweise in Deutschland noch utopisch erscheint, sollte sie doch dazu dienen, der weiteren Entwicklung gesundheitlicher und sozialer Unterstützung junger Familien als Orientierung zu dienen – gerade auch in der schwierigen Situation des tief greifenden sozialen Wandels in Ostdeutschland.

Literaturverzeichnis

Altgeld, T./Geene, R./Glaeske, G./Kolip, P./Rosenbrock, R./Trojan, A., (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich Ebert-Stiftung. Bonn.

Antonovsky, A., (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

Butterwegge, C./Klunt, M./Zeng, M., (2004): Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. Wiesbaden.

Dienel, C., (2002): Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme. Weinheim.

Dienel, C. (Hrsg.) (2005): Abwanderung, Geburtenrückgang und regionale Entwicklung. Ursachen und Folgen des Geburtenrückgangs in Ostdeutschland. Wiesbaden.

Geene, R., (2004): Armut und Gesundheit. In: Luber, E./Geene, R., (Hrsg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt.

Geene, R./Wolf-Kühn, N., (2008): Empowerment und Partizipation. Manuskript in Vorbereitung.

Glaeske, G./Janhsen, K., (2002): GEK-Arzneimittel-Report 2002. St. Augustin.

Hauser, R., (1989): Entwicklungstendenzen der Armut in der Bundesrepublik Deutschland, In: Döring, D./Hauser, R. (Hrsg.), Politische Kultur und Sozialpolitik. Frankfurt/M./New York.

Holz, G., (2005): Frühe Armutserfahrungen und ihre Folgen – Kinderarmut im Vorschulalter. In: Zander, M. (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Wiesbaden.

Lehmann, F./Geene, R./Kaba-Schönstein, L./Kilian, H./Meyer-Nürnberger/Brandes, S./Bartsch, G., (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Köln.

Meurer, A./Siegrist, J., (2005): Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 25. Köln.

Pfautsch, B., (2007): Angebote selektiver Prävention für risikoreiche Mutter-Kind-Dyaden. Diplomarbeit. Hochschule Magdeburg-Stendal.

Pfeiffer, C., (2005): Weniger Verbrecher, mehr Panikmache. In: Die Zeit (60) 23 vom 10.11.2005, S. 9.

Reißblandt, C., (2006): Kinderarmut im Stadtteil: Intervention und Prävention. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 26 vom 26.06.2006.

Robert Koch Institut, (2007): Die KIGGS Basispublikation. Erste Ergebnisse. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Band 50. Heft 5/6. Mai/Juni 2007. Berlin.

Schilling, J., (2005): Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. München.

Schirrmacher, F., (2006): Minimum. Vom Vergehen und Neuentstehen unserer Gesellschaft. München.

Schwarz, C./Schücking B. A., (2004): Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In: Dr. med. Mabuse 148, S. 22–25.

Walter, D./Kilian H./Bartsch, G./Geene, R., (2005): Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten von und mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Gutachten im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin.

4. Kindheit und Jugend in Armut

I Roland Merten I

Einleitung

Kindheit und Jugend in Armut, diese Formulierung irritiert, wenn die Sprache auf eines der reichsten Länder der Welt kommt: die Bundesrepublik Deutschland. Und doch wäre es fahrlässig, das Thema Armut hierzulande unbeachtet und damit unbearbeitet zu lassen. Es ist Aufgabe sowohl von Wissenschaft als auch von Interessensverbänden, diesem Thema die notwendige öffentliche Aufmerksamkeit zu verschaffen, um das Aufwachsen der nachkommen- den Generationen schon heute so zu gestalten, dass sich dieser Prozess unter Bedingungen materieller Sicherheit vollzieht. Von dieser Voraussetzung sind wir jedoch in Deutschland heute für große und immer größer werdende Teile der Kinder- und Jugendgeneration weit entfernt. Entgegen allen öffentlichen Beteuerungen hat es der Gesetzgeber seit Bestehen der Bundesrepublik nicht geschafft, das Thema Armut zu einem unbedeutenden Problem werden zu lassen.

Vielmehr zeigt sich, dass die sozialpolitischen Veränderungen der letzten Jahre zu einer massiven Problemverschärfung geführt haben. Diese soll im Folgenden, eingebettet in die Diskussion um soziale Ungleichheit, rekonstruiert und in ihrem Ausmaß bestimmt werden. Worauf es insgesamt ankommt, und das ist Aufgabe aller gesellschaftlichen Kräfte, ist dafür zu sorgen, dass die erste Erfahrung, die Kinder mit dem Staat machen, nicht die Begegnung mit dem Sozialamt ist! Armutsfeste Grundsicherung und solide Bildung, das ist die Gesellschaft der nachwachsenden Generation als Ganzes schuldig – nicht mehr, aber auch nicht weniger!

Soziale Ungleichheiten

Hier bedarf es zunächst einer Klärung dessen, was unter sozialen Ungleichheiten im Folgenden verstanden werden soll. Um dies deutlich zu machen, wird als Einstieg in diese Fragestellung kontra-intuitiv verfahren, indem zunächst geklärt wird, was nicht unter den Begriff der sozialen Ungleichheit fällt. In diesem Zusammenhang erfolgt ein Rückgriff auf eine Bestimmung Stefan Hradils:

„Nicht als soziale Ungleichheiten gelten ... ‚natürliche‘, ‚individuelle‘, ‚momentane‘ und ‚zufällige‘ Ungleichheiten. Obwohl Nachteile und Ungleichheiten beispielsweise infolge angeborener Behinderungen [oder] individueller psychischer Eigenheiten ... ein ganz erhebliches Ausmaß erreichen können, gelten sie im Sinne des soziologischen Begriffs nicht als soziale Ungleichheiten“ (Hradil 1999, S. 25f.).

Und diese soziologische Analyse korrespondiert auch mit der gerechtigkeits-theoretischen Analyse, die für die späteren Überlegungen relevant sein wird. Der amerikanische Philosoph John Rawls führt in diesem Zusammenhang aus:

„Die natürliche Verteilung ist weder gerecht noch ungerecht; es ist auch nicht ungerecht, dass die Menschen in eine bestimmte Position der Gesellschaft hineingeboren werden. Das sind einfach natürliche Tatsachen“ (Rawls 1988, S. 123).

Dieser Sachverhalt mag zunächst irritieren, dass er indes eine hohe Plausibilität für sich beanspruchen kann, soll später differenziert gezeigt werden. Demgegenüber – und dies ist der positive Bestimmungsversuch – werden im Folgenden unter sozialen Ungleichheiten zentrale menschliche Daseinsbedingungen verstanden, also Vor- und Nachteile, die das Leben des Einzelnen im Ganzen wesentlich beeinflussen. Es handelt sich dabei:

1. um bestimmte Güter, die im Rahmen einer Gesellschaft als „wertvoll“ gelten,
2. bestimmte Vorstellungen darüber, wie diese „wertvollen Güter“ verteilt sein müssen, um als „ungleich“ zu gelten, und
3. nur diejenigen „wertvollen Güter“, die in gesellschaftlich strukturierter, vergleichsweise beständiger und verallgemeinerbarer Form zur Verteilung kommen (vgl. Hradil 1999, S. 24f.).

Wir haben es bei sozialen Ungleichheiten also zu tun mit (normativen) *Wertsetzungen*, mit (intersubjektiven) *Verteilungsvorstellungen* und mit (sozialen) *Positionsbeschreibungen*. Und gerade der letzte Gesichtspunkt ist zur Bestimmung sozialer Ungleichheiten besonders relevant, denn ihre

„... Bindung an relativ konstante gesellschaftliche Beziehungen und Positionen unterscheidet soziale von anderen Ungleichheiten“ (Hradil 1999, S. 25).

Und Gerhard Schulze fügt hinzu:

„Durch nichts wird soziale Ungleichheit stärker akzentuiert als durch die Wahrnehmung, dass sie kollektiv gebündelt ist“ (Schulze 1992, S. 398).

Die Dimensionen sozialer Ungleichheit lassen sich dabei wie folgt systematisieren:

Ungleichheitsdimensionen		
Merkmalsausprägung	kategorial-exklusiv	graduell-quantitativ
stabil	Geschlecht, Hautfarbe	Vermögen
instabil	Beruf, Arbeitsplatz	Einkommen

Abb. 1 (vgl. Berger 1989, S. 54)

Die zentralen Güter sozialer Ungleichheit sind

- materieller Wohlstand,
- Macht,
- Prestige und nicht zuletzt
- Bildung (vgl. Hradil 1999, S. 27).

Soziale Gerechtigkeit¹

Kaum ein Begriff ist so umstritten und wird so kontrovers verhandelt, wie der der Gerechtigkeit (vgl. Höffe 2005; Opielka 2006). Folglich ist es besonders wichtig, hier eingangs eine eindeutige begriffliche Klärung herbeizuführen. Dazu wird insofern pragmatisch verfahren, als mit der Definition zugleich ein Anschluss an die verfügbaren (amtlichen) Daten erreicht werden soll. In dieser Hinsicht bildet der Zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung eine gute Basis:

„Lange Zeit wurde soziale Gerechtigkeit vorrangig unter Einkommens- und Vermögensaspekten diskutiert. Das heutige Verständnis von sozialer Gerechtigkeit orientiert sich hingegen zunehmend daran, ob den Menschen gleiche Chancen und Möglichkeiten verschafft werden, am ökonomischen und gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und sich selbst zu verwirklichen (...).“

John Rawls betont, dass Menschen mit ähnlichen Fähigkeiten auch ähnliche Lebenschancen haben sollten. Damit geht er über formale Chancengleichheit im Sinne gleicher gesetzlicher Rechte hinaus.

„(...) Auch wenn sich die Ansätze im Detail unterscheiden, besteht weitgehend Konsens darüber, dass soziale Gerechtigkeit sich heute nicht in erster Linie nur an materiellen Verteilungsaspekten orientieren kann, sondern auch ein Mehr an Gleichheit bei den Teilhabe- und Verwirklichungschancen der Menschen bedeutet“ (BT-Drs. 15/5015, S. 13f.).

Nun wurde weiter oben bereits John Rawls erwähnt, so dass jetzt kurz auf seine Vorstellung von Gerechtigkeit eingegangen werden soll.

Es sind zwei Grundsätze, auf die Rawls seine Theorie der Gerechtigkeit aufbaut, nämlich einerseits auf einen so genannten. „*Urzustand*“², andererseits auf den „*Schleier des Nichtwissens*“³ (Rawls 1988, S. 28f., S. 34ff.). Dahinter verbirgt sich eine „*Gesellschaftsvertragstheorie*“, wie Rawls das selbst nennt. Das Gesellschaftssystem ist in dieser Perspektive

„keine für Menschen unveränderliche Ordnung, sondern ein menschliches Handlungsmuster. Bei der Gerechtigkeit als Fairness kommen Menschen überein, natürliche und gesellschaftliche Zufälligkeiten nur dann hinzunehmen, wenn das dem gemeinsamen Wohl dient“ (Rawls 1988, S. 123).

Und er präzierte den letzten Gedanken dorthin gehend, dass er Gleichheit und Ungleichheit zusammenbringt:

- a) Jede Person hat den gleichen Anspruch auf gleiche Grundrechte und Freiheiten.
- b) „*Soziale und ökonomische Ungleichheiten müssen zwei Bedingungen erfüllen:*
 - erstens müssen sie mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die allen unter Bedingungen fairer Chancengleichheit offen stehen,
 - und zweitens müssen sie sich zum größtmöglichen Vorteil für die am wenigsten begünstigten Gesellschaftsmitglieder auswirken“(Rawls 2003, S. 69f.).

Nunmehr erschließt sich auch die Logik des vorhin liegen gelassenen Gedankenfadens, der hier wieder aufgenommen werden muss, demzufolge die Tatsache ungleicher Verteilung natürlicher Fähigkeiten oder die Tatsache in eine arme Familie geboren worden zu sein, keine Ungerechtigkeit darstellt. Aber, so führt Rawls (1988, S. 123) weiter aus:

„Gerecht oder ungerecht ist die Art, wie sich die Institutionen angesichts dieser Tatsachen verhalten“.

Gerechtigkeit ist, wie im Armuts- und Reichtumsbericht völlig richtig ausgeführt wurde, eben nicht nur (allein), aber auch (!) ein Verteilungsproblem materieller Ressourcen, sondern darüber hinaus eine Frage der Eröffnung von „Lebenschancen“ (Dahrendorf 1979).

Angelika Engelbert und Franz-Xaver Kaufmann (2003, S. 90) bringen dies mit Blick auf das Bildungssystem wie folgt auf den Punkt:

„Jedermann soll eine faire Chance haben, vorteilhafte Positionen auch tatsächlich zu erreichen. Bezogen auf das Bildungswesen erfordert dies nicht notwendigerweise eine generelle Nivellierung der Bildungschancen, aber eine kompensatorische Förderung derjenigen, die aufgrund ihrer natürlichen und sozialisatorischen Voraussetzungen benachteiligt sind“.

Und wenn hier von Bildungswesen die Rede ist, so folgt daraus eben nicht und notwendig eine Beschränkung auf den Bereich der formalen Bildung, also der Schule, denn das KJHRSG schreibt auch dem Aufgabenfeld der Kinder- und Jugendhilfe einen Bildungsauftrag ins Stammbuch (vgl. insbes. §§ 11 und 22 (2) SGB VIII).

Wenn man soziale Ungleichheiten unter einer Gerechtigkeitsperspektive thematisiert, so wie dies eben geschehen ist, und wenn zudem noch hervorgehoben wird, dass sich die damit verbundenen Probleme eben nicht allein auf die Frage der Verteilung materieller Ressourcen beschränken lassen, dann bedeutet das indes nicht, dass diese Dimension ohne Bedeutung wäre. Ganz im Gegenteil: Sie hat in den zurückliegenden Jahren sogar zunehmend an Bedeutung gewonnen, wenngleich diese Tatsache nicht immer ins öffentliche Bewusstsein gedrungen ist.

Kinder und Jugendliche in Armut

In der Armutsforschung werden mehrere Armutsbegriffe unterschieden.⁴ Während *absolute Armut* auf das physische Existenzminimum abhebt, das zum Überleben unabdingbar notwendig ist, bezieht sich der Begriff der *relativen Armut* auf ein Versorgungsniveau, das mit Bezug auf die jeweilige Gesellschaft ermittelt wird. Gerade dieser Bezug hat immer wieder die kritische Frage laut werden lassen, ob es denn in Deutschland überhaupt Armut gibt, denn hier ist ja für das sozio-kulturelle Existenzminimum gesorgt. Dieser Ein-

wand scheint vordergründig überzeugend. Bei einer genaueren Betrachtung wird jedoch deutlich, welche Konsequenz mit ihm verbunden ist.

„Die Armen in Deutschland sind arm, weil sie ausgeschlossen sind aus einer Welt, die sich nur den einigermaßen Situiereten entfaltet. Verglichen mit dem Elend in Kalkutta sind die deutschen Armen komfortabel ausgestattet. Aber daraus ergibt sich auch das besonders Bittere für die Bedürftigen in Deutschland: Sie haben die Anerkennung ihrer Bedürftigkeit verloren“ (Prantl 2005, S. 52).

Gerade im Punkt der Anerkennung – nicht allein beschränkt auf den Aspekt der finanziellen Ausstattung – liegt eine wesentliche Herausforderung, die mit dem Thema Armut für die davon Betroffenen verbunden ist (vgl. Honneth 1992).

In der folgenden Abbildung (2) wird aus einer Fülle möglicher Ansätze auf den Bezug von Sozialhilfe zur Messung von Armut abgehoben. Bei aller Einseitigkeit bzw. Begrenztheit, die mit diesem Ansatz verbunden ist⁵, gilt er dennoch insofern als *politisch anerkannte Armutsgrenze*, weil diese Höhe des Einkommens als unabdingbares Existenzminimum steuerfrei zu stellen ist. Es wird nunmehr die Entwicklung des Sozialhilfebezugs in der Zeit zwischen 1963 und 2004 nach alten und neuen Bundesländern bzw. nach Beziehern von Leistungen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz differenziert dargestellt.

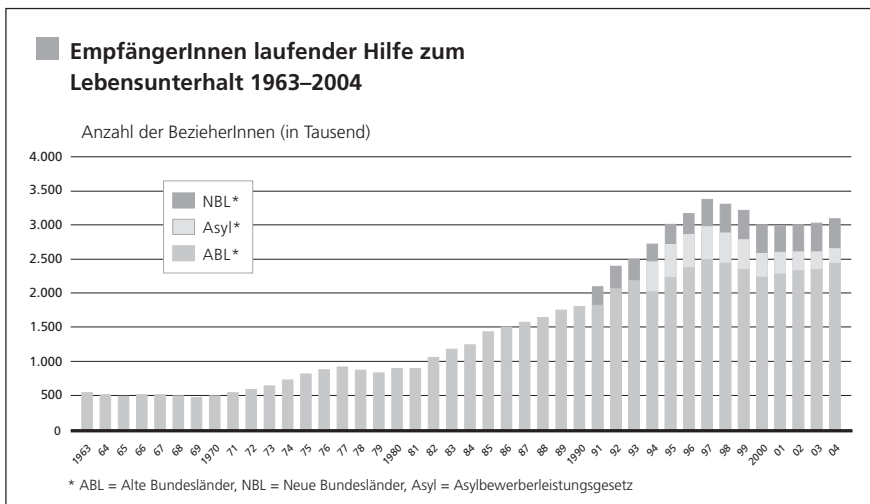


Abb. 2 (Datenbasis Statistisches Bundesamt, div. Igg.; eigene Berechnungen)

Wie sich erkennen lässt, hat es bis 1998 einen ununterbrochenen Zuwachs gegeben. Betrachtet man die Entwicklung für die Population der Kinder und Jugendlichen, dann zeigt sich eine höchst aufschlussreiche Parallele: Auch hier wächst die Zahl der von Armut Betroffenen beständig an.

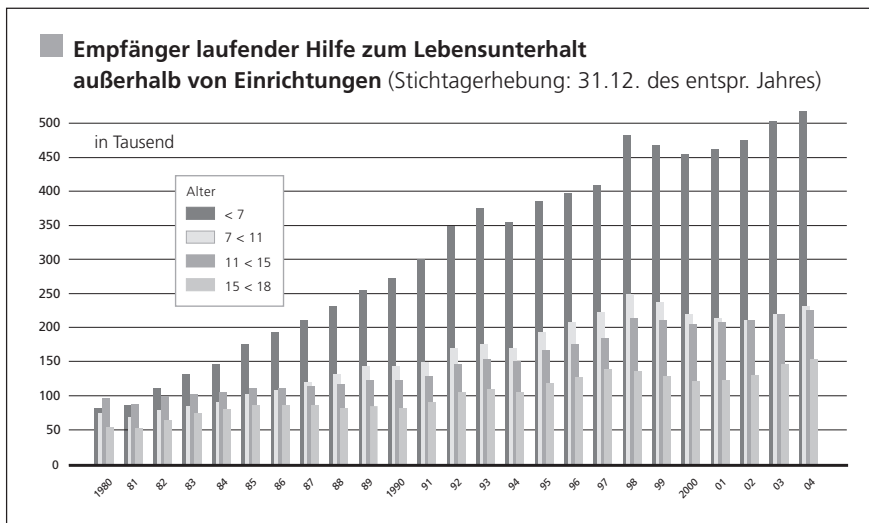


Abb. 3 (Datenbasis: Statistisches Bundesamt)

Gleichwohl verstellt der Hinweis auf die Parallelentwicklung den Blick auf die dahinter liegende außerordentlich problematische Besonderheit: Während in Deutschland am 31.12.2004 rund 3,5 Prozent der Bevölkerung zur Sicherung ihres Lebensunterhalts auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen waren, lag die entsprechende Quote bei der nachwachsenden Generation der Minderjährigen mit 7,5 Prozent mehr als doppelt so hoch! Und noch dramatischer sind die Zahlen, je jünger die betrachtete Population ist: Die Gruppe der unter Dreijährigen ist mit einer Sozialhilfequote von 11,3 Prozent fast dreieinhalb Mal so stark mit Armut belastet, wie die übrige Bevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt 2006b, S. 2f.)!

Armut ist indes, ähnlich wie Arbeitslosigkeit, kein Phänomen, das sich gleichsam naturwüchsig einstellt. Mit anderen Worten, es bilden sich sogenannte „Problemgruppen“, innerhalb derer sich besonders nachhaltig und stabil die Benachteiligungen manifestieren, sei es auf dem Arbeitsmarkt, sei es im Bereich der Einkommen. Für die Arbeitslosigkeit bedeutet dies:

„Zu den sogenannten ‚Problemgruppen‘ auf dem Arbeitsmarkt zählen insbesondere Jüngere, Ältere, Frauen, Ausländerinnen und Ausländer sowie auch Schwerbehinderte“ (Statistisches Bundesamt 2004, S. 115).

Ähnlich, wenngleich für teilweise andere Populationen, präsentieren sich die Risikoerhöhung bzw. die Verfestigungen im Bereich der Armut. Es kann auch in diesem Segment sozialer Benachteiligung von einer „strukturierten Armut“ gesprochen werden. Denn ein kurzer Blick auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, die in teilweise deutlich erhöhtem Maße von Armut (i.S. von Sozialhilfebedürftigkeit) betroffen sind, zeigt sich in der folgenden Abbildung:

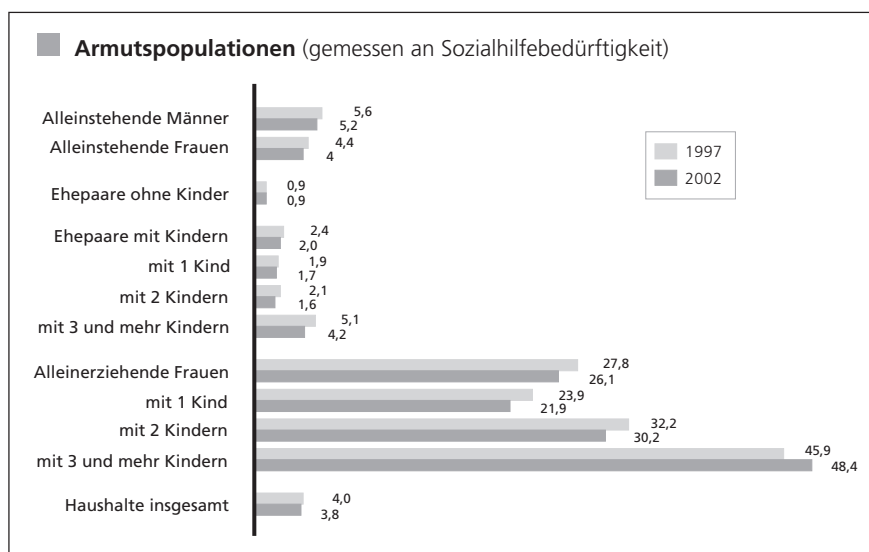


Abb. 4 (Datenbasis: BT-Drs. 15/5015, S. 280; eigene Grafik)

Es sind, wie hier zu sehen ist, insbesondere allein erziehende Frauen, die überproportional von Armut betroffen sind. Mit Blick auf die Gesamtgruppe der Kinder, die in Armut aufwachsen, bedeutet dies:

„Mehr als die Hälfte dieser Kinder (52,7 Prozent bzw. 589.540 Kinder) leben in Haushalten von allein erziehenden Frauen. Dagegen lebte lediglich ein sehr kleiner Anteil (1,7 Prozent bzw. 19.078 Kinder) in Haushalten von allein erziehenden Männern ...“ (Statistisches Bundesamt 2006b, S. 2).

Die Tabelle 1 macht das gesamte Ausmaß an Verarmung in der nachwachsenden Generation, geordnet nach Haushaltstypen, deutlich:

Haushaltstyp	Kinder im Alter von ... bis ... Jahren									
	unter 3		3–6		7–14		15–17		unter 18	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ehepaare mit Kindern ¹⁾	72.143	29,8	78.755	28,8	140.779	31,3	48.718	31,7	340.395	30,4
Nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern ¹⁾	26.615	11,0	16.897	6,2	16.543	3,7	4.735	3,1	64.790	5,8
Allein erziehende Männer mit Kindern ¹⁾	2.137	0,9	3.765	1,4	8.821	2,0	4.361	2,8	19.084	1,7
Allein erziehende Frauen mit Kindern ¹⁾	121.583	50,2	154.593	56,6	240.411	53,4	72.863	47,4	589.450	52,7
Einzelnen nachgewiesene Kinder ¹⁾	1.427	0,6	2.742	1,0	7.808	1,7	6.439	4,2	18.416	1,6
Sonstige Haushalte	18.309	7,6	16.244	6,0	35.448	7,9	16.724	10,9	86.725	7,8
Insgesamt	242.214	100	272.996	100	449.810	100	153.840	100	1.118.860	100

Tab. 1: Kinder in Sozialhilfebezug nach Haushaltstyp
(Datenbasis: Statistisches Bundesamt 2006b, S. 8)

1) Kinder unter 18 Jahren

Zum Jahresende 2004 lebten also 1.118.860 Kinder und Jugendliche in Deutschland unter Bedingungen (strenger) materieller Armut. Ist dieser Wert allein schon alarmierend, so wird das gesamte Ausmaß an Kinderarmut dann deutlich, wenn man sich die Veränderungen vergegenwärtigt, die mit der Einführung der sogenannten Hartz-IV-Gesetze zu verzeichnen sind. Seit dem 01.01.2005 werden alle Personen, die mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein können, über das SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) abgesichert. Danach erhalten Personen zwischen dem vollendeten 15. und 65. Lebensjahr *Arbeitslosengeld II* und deren minderjährige Angehörige *Sozialgeld* (Letztere allerdings ohne *eigenständigen* Rechtsanspruch) (vgl. § 7 SGB II). Mit dieser Umsteuerung hat sich unter finanziellen Gesichtspunkten für diejenigen Personen die Situation verändert (und das heißt zumeist: verschlechtert), die zuvor Arbeitslosenhilfe bezogen haben: im Durchschnitt ist die vormalige Transferleistung (Arbeitslosenhilfe) durch Sozialgeld ersetzt und damit in der Leistungshöhe deutlich reduziert worden (auf das Niveau der Sozialhilfe). Nun stellt sich die Frage, in welchen personellen Größenordnungen sich Veränderungen zwischen vormaliger Sozialhilfe und jetzigem Arbeitslosengeld II

und/bzw. Sozialgeld vollzogen haben. Hierzu gibt es eine erste Untersuchung, die sich auf Juli 2005 bezieht. Vergleicht man also die Zahl derjenigen Kinder, die zum 31.12.2004 von Sozialhilfe lebten, mit der Zahl derer, die ab 01.01.2005 zur Sicherung ihrer Existenz auf Sozialgeld oder Sozialhilfe angewiesen waren, so wird das politisch verursachte Ausmaß der Verarmung von Kindern und Jugendlichen deutlich.

Leistungsempfänger nach	SGB II					BSGH	
	gesamt	ALG II	↓ gesamt	↓ Sozialgeld	↓	HLU am 31.12.04	
				Kinder unter 15			
				in % *	absolut	absolut	in % *
Deutschland	6.451.496	4.763.747	1.687.749	13,7	1.630.180	965.020	8,1
West	4.253.187	3.055.302	1.197.885	11,5	1.159.502	739.684	7,3
Ost **	2.198.309	1.708.445	489.864	25,5	470.678	225.336	12,2
* in Prozent der jeweiligen Bevölkerung							
** einschließlich Berlin							

Tab. 2: Kinder in Sozialhilfe bzw. in Sozialgeld – Zeitpunktvergleich
 (Datenbasis: Martens 2005, S. 10; Statistisches Bundesamt,
 pers. Mitteilung 16.03.2006; teilweise eigene Berechnungen)

Während in den alten Bundesländern die Armutsquote der Kinder bis 15 Jahre von 7,3 Prozent auf 11,5 Prozent der entsprechenden Bevölkerung angestiegen ist, hat sich die Zahl in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) mehr als verdoppelt: Bezogen am 31.12.2004 bereits 12,2 Prozent aller Kinder der Hilfe zum Lebensunterhalt, so hat sich (bei gleichem Sicherungsniveau) der Anteil der Sozialgeldbezieher an der jeweiligen Bevölkerung auf 25,5 Prozent erhöht. In der Summe bedeutet dies für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr der alten Bundesländer einen Anstieg um absolut 419.818 bzw. 69 Prozent, für die neuen Bundesländer einen Anstieg um absolut 245.342 bzw. 129 Prozent. Die sogenannten Hartz-IV-Folgen sind also in den alten und neuen Bundesländern von der Richtung her gleich, sie treffen jedoch ungleich härter in den neuen Bundesländern. Wirft man nunmehr einen weiter differenzierenden Blick auf die Situation in den neuen Bundesländern nach Einführung der Hartz-IV-Gesetze und die mit dieser sozialpolitischen Umsteuerung verbundenen Konsequenzen für Kinder, dann zeigen sich – besonders für Sachsen-Anhalt [differenziert nach Landkreisen] – fatale Entwicklungen.

Tabelle 3 zeigt in einer Zusammenfassung, wo im Landesinneren die besonderen Problemzonen liegen, denn hier muss berechtigterweise von *besonderen* Problemzonen gesprochen werden, weil das Land mit seinen Armutsquoten insgesamt deutlich über dem Bundesdurchschnitt und über dem Durchschnitt der neuen Bundesländer liegt.

	Kinder unter 15 Jahren		
	absolute Zahl	Bezieher von Sozialgeld	
		absolut	in %
Deutschland	12.162.110	1.630.421	13,4
Sachsen-Anhalt	267.633	73.794	26,7
Ostdeutschland	1.927.347	470.675	24,4
Westdeutschland	10.234.763	1.159.746	11,3
Dessau, Stadt	7.372	2.210	30,0
Anhalt-Zerbst	8.387	1.902	22,7
Bernburg	7.076	2.214	31,3
Bitterfeld	10.546	3.157	29,9
Köthen	7.395	2.180	29,5
Wittenberg	13.624	3.199	23,5
Halle (Saale), Stadt	25.943	8.964	34,6
Burgenlandkreis	14.631	3.978	27,2
Mansfelder Land	10.758	3.202	29,8
Merseburg-Querfurt	14.059	4.285	30,5
Saalkreis	9.286	1.745	18,8
Sangerhausen	7.111	1.938	27,3
Weißenfels	7.849	2.208	28,1
Magdeburg, Stadt	23.372	6.995	29,9
Aschersleben-Staßfurt	10.898	3.371	30,9
Bördekreis	9.120	1.904	20,9
Halberstadt	8.921	2.151	24,1
Jerichower Land	11.307	2.400	21,2
Ohrekreis	13.807	2.043	14,8
Stendal	16.437	4.424	26,9
Quedlinburg	8.185	2.456	30,0
Schönebeck	7.959	2.398	30,1
Wernigerode	10.207	1.796	17,6
Altmarkkreis Salzwedel	12.387	2.673	21,6

Tab. 3: BezieherInnen von Sozialgeld bis zum vollendeten 15. Lebensjahr Ost-West-Vergleich und Sachsen-Anhalt (Datenbasis: Martens 2005)

Die überdurchschnittlich stark mit Kinderarmut belasteten Kreise und kreisfreien Städte sind weiß bzw. fett hervorgehoben. Wie bereits erwähnt, liegt Sachsen-Anhalt mit seinen Armutsquoten deutlich über dem Bundesdurchschnitt und über dem Durchschnitt der neuen Bundesländer. Von den seinerzeit noch bestehenden 24 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten liegen wiederum 15 (das sind 62,5 Prozent) über dem negativen Landesdurchschnitt. Besonders negativ ragt in dieser Liste Halle (Saale) hervor, während der Saalkreis unterdurchschnittliche Werte aufweist. Solche Verwerfungen lassen dann auch die Frage nach Strukturentscheidungen drängend werden.

Im Verlauf der letzten Jahre haben sich die Werte insgesamt weiter verschlechtert, d. h. dass trotz wirtschaftlichen Aufschwungs die Zahl der in Armut lebenden Kinder seit 2005 weiter angestiegen ist und in diesem Jahr nach anfänglichem weiterem Anstieg nun weitestgehend auf hohem Niveau stagniert. Die gegenüberliegende Tabelle 4 veranschaulicht das Problem.

Kinderarmut ist also, wie die bisher präsentierten Ergebnisse zeigen, das Ergebnis eines politischen Entscheidungsprozesses. Dies wird auch im internationalen Abgleich deutlich. So hat das UN-Kinderhilfswerk UNICEF im letzten Jahr eine Vergleichsstudie zur Kinderarmut vorgelegt, die diese Einschätzung nachhaltig bestätigt. In dieser Studie wird die Armutsquote (gemessen an 50 % des mittleren [Median-]Einkommens) in unterschiedlichen Ländern anhand des Primäreinkommens bestimmt. Damit ist gemeint, dass alle staatlichen Transferleistungen unberücksichtigt bleiben, die für Kinder im jeweiligen Land gezahlt werden und dann die Quote armer Kinder bestimmt wird. In einem zweiten Schritt werden genau diese staatlichen Transfers berücksichtigt, so dass nunmehr deutlich wird, wie mittels solcher Unterstützungen die Armutsquote der Kinder reduziert wird, s. Tab. 5, S. 44: Einfluss von Transferleistungen auf Kinderarmut (internationaler Vergleich).

Markant sind die skandinavischen Länder Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden, die ihre Armutsquoten auf ein geradezu marginales Niveau senken. Beachtlich ist auch Frankreich, das seine Kinderarmutsquote durch staatliche Transfers um volle zwanzig Prozentpunkte senkt. Deutschland und auch Österreich zeigen im Verhältnis dazu eine eher schwache sozialpolitische Unterstützung für ihre nachwachsende Generation. Und nicht zuletzt fällt ein Land wie die Schweiz auf, die über die Höhe der Primäreinkommen die Kinderarmutsquote deutlich senkt. Insgesamt gibt es also unterschiedliche Wege (hohe Primäreinkommen; umfangreiche [direkte oder indirekte] Transferleistungen), die Armut unter Kindern und Jugendlichen zu reduzieren: Deutschland beschreitet diese Wege jedoch nur sehr zögerlich.

Art der staatlichen Unterstützung		31.12.05	%	31.12.06	%	Juni 07	%
Sachsen-Anh.	Einwohner (0–15)	2.44.181	100,0	244.181	100,0	ca. 244.181	100,0
	Sozialgeld (SGB II)	78.713	32,2	80.407	32,9	80.263	32,9
	Sozialhilfe (SGB XII)	691	0,3	ca. 691	0,3	ca. 691	0,3
	Kinderzuschlag (§ 6a BKGG)	–	–	ca. 3.794	1,6	ca. 3.794	1,6
	Asylbewerberleist.-G.	ca. 416	0,2	ca. 416	0,2	ca. 416	0,2
	insgesamt	79.820	32,7	85.308	34,9	85.164	35,1
Halle (Saale)	Einwohner (0–15)	24.151	100,0	24.151	100,0	ca. 24.151	100,0
	Sozialgeld (SGB II)	9.396	38,9	9.728	40,3	9.791	40,5
	Sozialhilfe (SGB XII)	ca. 68	–	ca. 68	–	ca. 68	–
	Kinderzuschlag (§ 6a BKGG)	–	–	ca. 375	1,6	ca. 375	1,6
	Asylbewerberleist.-G.	ca. 41	–	ca. 41	–	ca. 41	–
	insgesamt	9.505	39,4	10.212	42,3	10.275	42,5

Anteil der Kinder Halles am Kinderanteil in Sachsen-Anhalt: 9,8906 Prozent;

Ausländeranteil Sachsen-Anhalts am Gesamt-Ausländeranteil in Deutschland: 0,644895 Prozent

Sozialgeld:

Sozialgeld erhalten alle Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, deren Eltern Arbeitslosengeld II beziehen.

Sozialhilfe:

Sozialhilfe erhalten alle Kinder, deren Eltern nicht (mindestens drei Stunden am Tag) erwerbsfähig sind und keinen Anspruch auf so genannte vorrangige Sozialleistungen haben (z. B. Arbeitslosengeld I, Krankengeld, etc.), die über kein verwertbares Eigentum verfügen und auch keinen Unterhaltsanspruch gegenüber einer anderen Person haben.

Asylbewerberleistungsgesetz:

Hier werden Kinder abgesichert, die selbst oder deren Eltern staatliche Unterstützung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten.

Kinderzuschlag:

Kinderzuschlag erhalten diejenigen Kinder (für max. 3 Jahre), deren Eltern zwar über Einkommen verfügen, das deren Lebensunterhalt sichert, nicht aber den ihrer Kinder, so dass sie ohne Zuschlag in ALG II Bezug rutschen würden.

Tab. 4: Kinder in Armut: Sachsen-Anhalt und Halle (Saale)

Land	Armutsquote bei Berücksichtigung			
	des Primäreinkommens		aller Transferleistungen	
Dänemark	in %	11,8	in %	2,4
Finnland		18,1		2,8
Norwegen		15,5		3,4
Schweden		18,0		4,2
Schweiz		7,8		6,8
Tschechien		15,8		6,8
Frankreich		27,7		7,5
Belgien		16,7		7,7
Ungarn		23,2		8,8
Niederlande		11,1		9,8
Deutschland		18,2		10,2
Österreich		17,7		10,2
Griechenland		18,5		12,4
Polen		19,9		12,7
Kanada		22,8		14,9
Großbritannien		25,4		15,4
Portugal		16,4		15,6
Irland		24,9		15,7
Neuseeland		27,9		16,3
USA		26,6		21,9
Mexiko		29,5		27,7

Tab. 5: Einfluss von Transferleistungen auf Kinderarmut
(internationaler Vergleich) (Datenbasis: UNICEF 2005, S. 21)

Problemperspektiven

1992 erschien Ralf Dahrendorfs Schrift „*Der moderne soziale Konflikt*“, in dem er auf eine Entwicklung aufmerksam machte, die mit Blick auf die soziale Situation in der Bundesrepublik damals als gänzlich überzogen schien, nämlich auf die Herausbildung einer neuen, verfestigten Unterklasse. Dahrendorf führt dazu aus:

„Beschreibungen des Phänomens variieren im einzelnen, aber konzentrieren sich auf weithin gleichartige Merkmale von Minderheitsgruppen, die in den Elendsquartieren unserer Großstädte leben, gekennzeichnet

durch eine schwache Bindung an den Arbeitsmarkt, durch Drogen- und Alkoholmissbrauch, uneheliche Geburten, langfristige Abhängigkeit von Sozialhilfe und, zumindest unter Männern, eine Tendenz zu kriminellem Verhalten“ (Dahrendorf 1992, S. 223).

Lässt man einmal die latenten Zuschreibungen beiseite und konzentriert sich allein auf die Merkmale, so wird man auch in der bundesdeutschen Gesellschaft längst solche Phänomene feststellen können, und zwar in zunehmendem Ausmaß. Es wird zwar auch in diesen Bereichen immer noch geholfen und – will man den Sinngehalt des grundgesetzlichen Sozialstaatsgebots nicht gänzlich aushöhlen – auch künftig geholfen werden müssen, aber die Tonlage gegenüber der betroffenen Population hat sich nicht erst seit Hartz IV verschärft. Schon 1998 hat Dirk Baecker auf das Phänomen aufmerksam gemacht:

„Tatsächlich hat die Gesellschaft ... schon längst eine Reaktionsmöglichkeit auf das Problem zunehmend anspruchsvoller, zunehmend unwahrscheinlicher und zunehmend massenhaft auftretender Hilfsbedürftigkeit gefunden. Überall dort, wo die Hilfe aussichtslos wird, hilft sie entweder durch Organisation trotzdem, solange diese sich noch finanzieren kann, oder sie hilft gar nicht. Immer weitere Teile der Bevölkerung fallen innerhalb wie außerhalb der reichen Industrieländer aus den Netzwerken von Hilfsangeboten heraus und bilden eine Sekundärgesellschaft, die weder an der Wirtschaft noch an der Politik, weder an der Erziehung noch an der Religion, weder an der Kunst noch an der Wissenschaft der Primärgesellschaft teilhat. Hier geht es nur noch ums Überleben“ (Baecker 1998, S. 180).

Es ist zu hoffen, dass dies nicht das Bild unserer zukünftigen Gesellschaft ist, dass Hilfe auch dann gewährleistet wird, wenn sie erforderlich ist, weil das Grundgesetz hier Mindeststandards definiert. Die Frage der Finanzierbarkeit solcher Hilfen wird dabei neuerlich als besonderes Problem in einer Weise thematisiert, die alle Kritiker sozialstaatlicher Abbauprozesse in erhebliche Legitimationsnot bringen soll und zumeist auch tatsächlich bringt.

Schaut man sich indes die gesamtwirtschaftliche Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland im Zeitreihenvergleich etwas genauer an, dann wird deutlich, dass wir es mit Blick auf das soziale Sicherungssystem in Deutschland nicht mit einer Finanzierungskrise, sondern mit einer Verteilungskrise zu tun haben. Die folgende Abbildung untermauert das.

Gesamtwirtschaftliche Rahmendaten im Zeitreihenvergleich in %											
Jahr	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
BIP ¹	1,9	1,0	1,8	2,0	2,0	3,2	1,2	0,1	-0,2	1,6	0,9
PA ²	1,7	1,5	1,9	0,9	0,6	1,4	2,0	1,4	1,1	1,6	2,0
AE ³	3,7	1,0	0,4	2,1	2,6	3,8	1,9	0,7	0,2	0,3	-0,5
UVE ⁴	5,6	2,7	4,1	1,4	-1,4	-0,8	3,7	2,8	3,6	11,7	6,1

Legende:

1 = Bruttoinlandsprodukt (preisbereinigt)

2 = Preisanstieg gegenüber Vorjahr (Verbraucherpreisindex)

3 = Arbeitnehmerentgelt (Veränderung gegenüber Vorjahr)

4 = Unternehmens- und Vermögenseinkommen (Veränderungen gegenüber Vorjahr)

Tab. 6: (Datenbasis: Statistisches Bundesamt 2006a, S. 9 und S. 23)

Wie sich den hier vorgestellten Daten entnehmen lässt, hat es in den zurückliegenden Jahren (mit Ausnahme des Jahres 2003) beständig einen wirtschaftlichen Zuwachs in der Bundesrepublik gegeben, der auch – wenngleich sehr unterschiedlich – auf einzelne Bevölkerungsgruppen verteilt worden ist. Der Reichtum, aber ebenso die Armut hat in den zurückliegenden Jahren in Deutschland zugenommen; dies ist ein Prozess der zunehmenden Polarisierung innerhalb der bundesrepublikanischen Bevölkerung (vgl. bereits BT-Drs. 15/5015). Wie der Zweite Armuts- und Reichtumsbericht darüber hinaus erneut deutlich gemacht hat, sind in besonderem Maße Familien mit Kindern, sind in deutlich überproportionalem Maße Kinder von Verarmung betroffen. Der Versuch, die kommunalen Haushalte über eine Verschlechterung der künftigen Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendhilfe zu konsolidieren, weist dabei in die falsche Richtung. Kinder und Jugendliche sind von ihrer demografischen Stärke als auch von ihren politischen Einflussmöglichkeiten die schwächste Gruppe im Verteilungskampf. Aber sie sind zugleich unser aller Zukunft. Es ist nicht nur (wenngleich zuallererst) eine Frage der Gerechtigkeit, fair mit ihnen umzugehen. Es ist zugleich auch eine Frage der politischen Klugheit (im wohlverstandenen Eigeninteresse), ihnen eine gute Zukunft zu ermöglichen!

Anmerkungen

1 Der Begriff der „Sozialen Gerechtigkeit“ ist indes nicht unproblematisch, wie Otfried Höffe berechtigterweise moniert: „Für den Gerechtigkeits-theoretiker ... klingt der Ausdruck zu Recht befremdlich: sachlich befremdlich, weil ein Element aller Gerechtigkeit, das Soziale, die eine Art vor der anderen Art auszeichnen soll, obwohl die Gerechtigkeit doch schon von ihrem Begriff her sozial ist; historisch befremdlich, weil die bis heute maßgeblichen Unterscheidungen auf Aristoteles zurückgehen, ohne dass sie eine soziale Gerechtigkeit kennen“ (Höffe 2005, S. 3). Das historische Argument ist indes wenig tragfähig, weil es der Entfaltung anderer gerechtigkeits-theoretischer Modelle nicht entgegen steht. Das erste Argument indes nötigt zur Klärung, d. h. dass im Folgenden von sozialer Gerechtigkeit dann die Rede ist, wenn es um die ungleiche Ausstattung von materiellen, kulturellen und sozialen Ausstattungen von Menschen geht, die auf die Entfaltung von Lebenschancen innerhalb der Bundesrepublik nachhaltige Auswirkungen haben.

2 Der Urzustand wird von Rawls nicht als empirische Situation, sondern als theoretische Voraussetzung verstanden. „Zu den wesentlichen Eigenschaften dieser Situation gehört, dass niemand seine Stellung in der Gesellschaft kennt, seine Klasse oder seinen Status, ebenso wenig sein Los bei der Verteilung natürlicher Gaben wie Intelligenz oder Körperkraft“ (Rawls 1988, S. 29).

3 „Die Grundsätze der Gerechtigkeit werden hinter einem Schleier des Nichtwissens festgelegt. Dies gewährleistet, dass dabei niemand durch die Zufälligkeiten der Natur oder der gesellschaftlichen Umstände bevorzugt oder benachteiligt wird. Da sich alle in der gleichen Lage befinden und niemand Grundsätze ausdenken kann, die ihn aufgrund seiner besonderen Verhältnisse bevorzugen, sind die Grundsätze der Gerechtigkeit das Ergebnis einer fairen Übereinkunft oder Verhandlung“ (Rawls 1988, S. 29).

4 Jeder Armutsbegriff sieht sich der Möglichkeit einer (grundlegenden) Kritik ausgesetzt. „Jede Armutsdefinition ist letztlich politisch-normativer Natur“ (Boeckh/Huster/Benz 2004, S. 233).

5 So wird beispielsweise ausschließlich auf das verfügbare Einkommen abgehoben; andere Dimensionen sozialer Ungleichheit bzw. Armut werden ausgespart. Zudem sind nur diejenigen Personen erfasst, die den ihnen zustehenden Anspruch auch tatsächlich realisieren. Berechtigte, die zwar einen Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt haben, diesen aber (aus welchen Gründen auch immer) nicht realisieren, bleiben statistisch unberücksichtigt.

Literaturverzeichnis

Baecker, D., (1998): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Merten, R. (Hrsg.): Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziale Arbeit. Begriffsbestimmungen in einem unübersichtlichen Feld. Freiburg (Brsg.), S. 177–206.

Berger, P. A., (1989): Ungleichheitssemantiken. Graduelle Unterschiede und kategoriale Exklusivitäten. In: Archives européennes de sociologie, 30. Jg., S. 48–60.

Boeckh, J./Huster, E. U./Benz, B., (2004): Sozialpolitik in Deutschland. Eine systematische Einführung. Wiesbaden.

BT-Drs. 15/1544 [Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1544 vom 11.09.2003]: Mehr Demokratie wagen durch ein Wahlrecht von Geburt an. (4 Seiten).

BT-Drs. 15/4532 [Deutscher Bundestag, Drucksache 15/4532 vom 15.12.2004]: Gesetzentwurf des Bundesrates – Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG). (27 Seiten).

BT-Drs. 15/5015 [Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5015 vom 03.03.2005]: Unterrichtung durch die Bundesregierung: Lebenslagen in Deutschland – Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht. (322 Seiten).

BT-Drs. 16/643 [Deutscher Bundestag, Drucksache 16/643 vom 14.02.2006]: Entwurf eines Gesetzes zur steuerlichen Förderung von Wachstum und Beschäftigung. (8 Seiten).

Dahrendorf, R., (1979): Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie. Frankfurt/M.

Dahrendorf, R., (1992): Der moderne soziale Konflikt. Essay zur Politik der Freiheit. Stuttgart.

Engelbert, A./Kaufmann, F.-X., (2003): Der Wohlfahrtsstaat und seine Kinder. Bedingungen der Produktion von Humanvermögen. In: Kränzl-Nagl, R./Mierendorff, J./Olk, T. (Hrsg.): Kindheit im Wohlfahrtsstaat. Gesellschaftliche und politische Herausforderungen. Frankfurt/M./New York, S. 59–95.

Freie und Hansestadt Hamburg, (2002): Senatsdrucksache Nr. 2002/1002 vom 30.08.2002: Geschlossene Unterbringung für Minderjährige bei Kindeswohlgefährdung durch die Begehung von Straftaten in wiederholten oder gravierenden einzelnen Fällen und Maßnahmen der Jugendhilfe zur Stärkung der Erziehungsverantwortung der Eltern. Hamburg.

Höffe, O., (2005): Soziale Gerechtigkeit: ein Zauberwort. Essay. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 37/2005, S. 3–6.

Honneth, A., (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt/M.

Hradil, S., (1999): Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen.

Koalitionsvertrag, (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. Berlin. 11. November 2005.

Opielka, M., (2006): Gerechtigkeit durch Sozialpolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 8–9/2006, S. 32–38.

Prantl, H., (2005): Kein schöner Land. Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit. München.

Rawls, J., (1988): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt/M.

Rawls, J., (2003): Gerechtigkeit als Fairness. Ein Neuentwurf. Frankfurt/M.

Schulze, G., (1992): Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt/M/New York.

Statistisches Bundesamt, (2004): Statistik der Sozialhilfe. Kinder in Sozialhilfe 2004. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, (2006a): Bruttoinlandsprodukt 2005 für Deutschland. Informationsmaterialien zur Pressekonferenz am 12. Januar 2006 in Frankfurt/M. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, (2006b): Statistik der Sozialhilfe. Kinder in Sozialhilfe 2004. Wiesbaden.

UNICEF, (2005): Child Poverty in Rich Countries. The proportion of children living in poverty has risen in a majority of the world's developed economies. Florence.

Unsere Jugend, (2005), 57. Jg., Heft 7–8: „Wahlrecht von Geburt“.

5. Kinderarmut und Gesundheit

| Gerhard Trabert |

Wie ist Armut überhaupt definiert?

Aufgrund unterschiedlichster epochaler Faktoren und Einflüsse ist eine deutliche Zunahme der Armut in Deutschland festzustellen. Im Jahre 2002 lebten in Deutschland ca. 6,8 Millionen Menschen auf Sozialhilfeniveau, davon sind ca. 1 Million Kinder betroffen. Nach Umsetzung der Hartz-IV-Gesetzgebung Anfang 2005 sind ungefähr 500.000 Kinder zusätzlich von Armut betroffen (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverein. 2005). Nach Angaben des 2. Deutschen Armuts- und Reichtumsberichtes und damit der EU-Definition von Armut entsprechend, lebten im Jahre 2002 13,5 Prozent der Bevölkerung an der Armutsgrenze.

Armutsdefinition

Es existiert keine eindeutige Armutsdefinition. Es wird generell zwischen absoluter Armut (die physische Existenz bedrohend) und relativer Armut unterschieden. Definitionsversuche relativer Armut in Deutschland orientieren sich schwerpunktmäßig an der finanziellen Ausstattung. Es wird daher von Einkommensarmut gesprochen, der wiederum in der Regel zwei Definitionen zugrunde liegen:

- Sozialgeld bzw. Arbeitslosengeld II nach der Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe im Jahr 2005 (entspricht 345 Euro)
- 50 Prozent- und 60 Prozent des am Median bemessenen durchschnittlichen Haushaltseinkommens eines Landes, äquivalenzgewichtet nach der neuen OECD-Skala, berechnet auf der Personenebene, so genanntes „soziokulturelles Existenzminimum“ (entspricht ca. 938 Euro in Deutschland [Empfehlung der Europäischen Union])

Da eine formale Heranziehung des Einkommens als bestimmende Determinante von Armut die Komplexität dieses gesellschaftlichen Status nicht genügend wiedergibt, wurde das so genannte Lebenslagekonzept entwickelt. Es interpretiert Armut als ein mehrdimensionales Geschehen im Sinne einer Ku-

mulation von Unterversorgungslagen, u. a. in den Bereichen Wohnen, Bildung, Arbeit, Arbeitsbedingungen, Einkommen und der Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur.

Dass es einen Zusammenhang zwischen Sozialer Lage und Krankheit gibt, haben zahlreiche sozial- und naturwissenschaftliche Untersuchungen belegt. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind, wie z. B. Kinder zwischen 0 bis 15 Jahren, alleinerziehende Elternteile (in der Regel Mütter), Familien mit mehr als drei Kindern, arbeitslose Menschen, wohnungslose Menschen, ausländische Mitbürger sowie in Zukunft verstärkt alte Menschen, chronisch Kranke und Behinderte haben ein signifikant erhöhtes Erkrankungs- sowie Sterblichkeitsrisiko.

Kinderarmut

Der Trend hat sich in den letzten Jahren von der Altersarmut zur Kinderarmut verlagert. Die stärksten Zunahmen sind bei den Kindern unter sieben Jahren zu verzeichnen. Nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2003) liegt die Zahl zum Jahresende 2002 bei über 1 Million (1,02 Mio.). Nach Altersklassen differenziert sind:

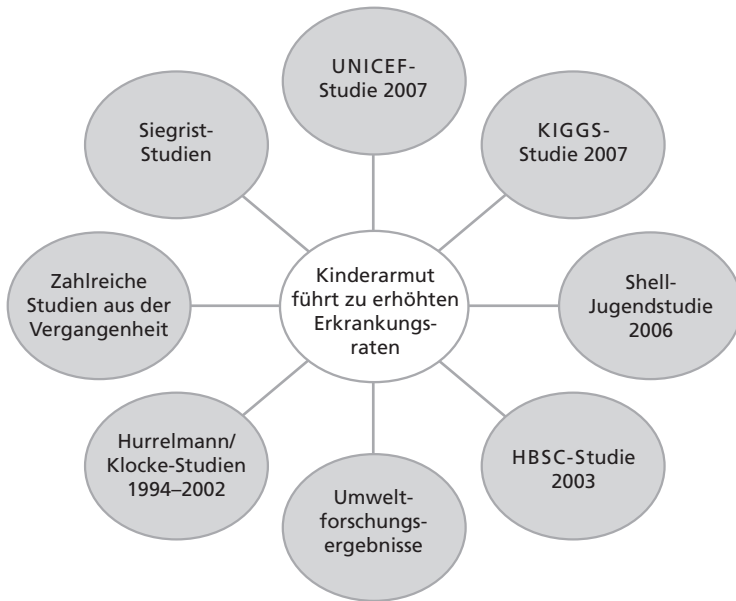
- 232.000 Kleinkinder (unter 3 Jahren),
- 240.000 Kinder im Kindergartenalter (3–7 Jahre),
- 415.000 Kinder im schulpflichtigen Alter (7–14 Jahre) und
- 130.000 Jugendliche davon betroffen.

Kinder stellen immer noch ein Armutsrisiko in Deutschland dar. So ist jeder vierte Alleinerziehende, fast 90 Prozent der allein Erziehenden sind Frauen, auf Sozialhilfe angewiesen. Mit steigender Kinderzahl erhöht sich auch die Sozialhilfequote. Bei alleinerziehenden Eltern mit drei und mehr Kindern liegt die Quote schon bei über 48 Prozent. Paare mit mindestens drei Kindern sind deutlich stärker von relativer Einkommensarmut (EU-Empfehlung) betroffen als Paarhaushalte mit höchstens zwei Kindern. Die Einkommensarmut in der Altersgruppe bis unter 16 Jahren liegt im Jahre 2001 bei 13,6 Prozent (weiblich 13,6 %; männlich 13,7 %) (sozio-oekonomischer Panel SOEP). Die neuesten Schätzungen des Deutschen Kinderschutzbundes deuten darauf hin, dass die Zahl der in Armut lebenden Kinder noch höher als bisher vermutet zu veranschlagen ist. Es wird eine Zahl von über 2,5 Millionen genannt.

Im Zusammenhang mit der Armutsentwicklung in Deutschland spricht man mittlerweile auch von einer Infantilisierung bzw. Familiasierung von Armut. Dass sich die sozioökonomische Lage, die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen auch auf die Gesundheit auswirkt, ist eben schon angesprochen worden. Gerade für Kinder und Jugendliche trifft dies in verstärktem Maße zu. Zudem sind in Deutschland über 200.000 Kinder nach einer Veröffentlichung des Deutschen Kinderschutzbundes im Rahmen der Einführung der Hartz-IV-Gesetzgebung und der Arbeitslosengeld II Regelung aufgrund von Versäumnissen bzw. fehlendem Wissen der Eltern nicht krankenversichert. Die Daten der Sozialgeldbezieher unter 15 Jahren in Sachsen-Anhalt sprechen hier für sich. Der Durchschnitt für Sachsen-Anhalt liegt bei 26,7 Prozent und damit insgesamt noch unter den Prozentsätzen der im folgenden aufgeführten Städte im Bundesland Sachsen-Anhalt:

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

Anhand einer Auswertung des sozio-ökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) ergab eine Studie der Universität Marburg zu Armutslebensläufen in Deutschland, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (Selektionseffekt), dass heißt chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko von Armut. Dagegen gibt es bei Kindern Hinweise auf einen Kausationseffekt, d. h. wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Die neuesten Untersuchungen, wie z. B. die KIGGS-Studie, Bella-Studie, Shell-Studie, die HBSC-Studie, der UNICEF-Bericht 2007 usw. bestätigen die Befunde der Studien in den letzten zehn Jahren, dass es eine Korrelation zwischen Kinderarmut und Gesundheitsgefährdung, sprich erhöhten Erkrankungsraten gibt. Das nebenstehende Schaubild gibt einen diesbezüglichen Studienüberblick.



■ Korrelation: Kinderarmut und Gesundheitsgefährdung, Studien

Kinderarmut und Gesundheitsrisiko

Vorgeburtliches Risiko

Aus der Pränatalforschung ist bekannt, dass sich die sozialen Verhältnisse, die Lebensbedingungen der Eltern, speziell der werdenden Mutter, auf die Gesundheit des sich im Mutterleib befindlichen Embryos auswirkt. Die Lebensweise und das Risikoverhalten der Eltern spielen hierbei eine wichtige Rolle. Dass sich Alkohol- und Zigarettenkonsum negativ auf die embryonale Entwicklung auswirken bzw. dass es zu entsprechenden organischen Schädigungen kommen kann, ist genügend erforscht worden. Die KIGGS-Studie (Kinder- und Jugendstudie aus dem Jahre 2006) zeigte, dass 31,1 Prozent der schwangeren Frauen aus der niedrigen Sozialstatusgruppe rauchten. Dies waren etwa viermal so viele Raucherinnen als in der hohen Statusgruppe (KIGGS-Studie, S. 670 – 676). Rauchen stellt wiederum ein zusätzliches vorgeburtliches Risiko dar. Das Risikoverhalten der Eltern bzw. der werdenden Mutter sollte allerdings im sozialen Lebenskontext gesehen werden und darf nicht ohne diese Form der Reflektion individualisiert werden.

Die Alkoholembyopathie (durch chronischen Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft hervorgerufene pränatale Erkrankung des Kindes) kann exemplarisch diesbezüglich hervorgehoben werden. Das Risikoverhalten der Eltern bzw. der werdenden Mutter sollte im sozialen Lebenskontext gesehen werden und darf nicht ohne diese Form der Reflektion individualisiert werden.

Verschiedene Studien zu Früh- und Mangelgeburten ergaben, dass die Zahl der Frühgeborenen, und hier besonders auch in Kombination mit einer stark verzögerten Entwicklung, gerade bei sozio-ökonomisch unterprivilegierten Müttern signifikant erhöht war (Straßburg 1997). Eine Längsschnittuntersuchung zur Langzeitentwicklung frühgeborener Kinder zeigte, dass diese auffällig häufig (ca. 30 %) unter schwerwiegenden Lernstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Intelligenzentwicklungsstörungen litten. Des weiteren konnte festgestellt werden, dass diese Kinder oft eine unzureichende oder überhaupt keine dringend notwendige Frühförderung und spezielle entwicklungsunterstützende Therapie erhielten.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung im Land Brandenburg im Jahre 1998 (Böhm/Kuhn 2000) wurde fast doppelt so häufig bei Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen die Notwendigkeit einer Frühförderung diagnostiziert als bei Kindern aus höheren sozialen Schichten. Es wurde fast jedes fünfte Kind aus sozial benachteiligten Familien zu einer entsprechenden Behandlung überwiesen. Sinn einer Frühförderung ist eine sehr frühe therapeutische Intervention zur Kompensation von Entwicklungsstörungen. Wenn diese Indikation erst im Alter von sechs bis sieben Lebensjahren (Einschulung) gestellt wird, verringert sich die Behandlungseffizienz und zugleich deutet dies auf diagnostische Versäumnisse in der Vergangenheit hin.

Interessanterweise konnte in diesem Zusammenhang auch beobachtet werden, dass bei Kindern aus privilegierten sozialen Verhältnissen, die eine Frühförderung erhielten, diese über die Indikationsstellung hinaus und über den als notwendig erachteten Zeitraum hinaus angewandt wurde, während bei frühgeförderten Kindern aus sozial unterprivilegierten sozio-ökonomischen Verhältnissen diese Förderung oft schon vor dem Ende der für notwendig erachteten Zeitspanne eingestellt wurde. Ob dies an dem kooperativen Verhalten der betroffenen Familien oder dem des behandelnden Arztes lag, blieb offen. Die späteren gesellschaftlichen und speziell beruflichen Chancen betroffener Kinder bzw. die hieraus resultierende Chancenungleichheit ist unschwer nachvollziehbar.

Ernährung und Bewegungsmangel

Dass eine ausgewogene Ernährung für die kindliche Entwicklung mitentscheidend ist, ist allgemein bekannt. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde, diesen Kontext betreffend, deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen, die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobachten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet. Zahlreiche Ernährungswissenschaftler weisen darauf hin, dass die materiellen Ressourcen z. B. von Sozialhilfeempfänger/innen eine ausreichende und ausgewogene Ernährung entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, als fast unmöglich erscheinen lassen.

Kennzeichen der Mangel- und Fehlernährung ist eine fettreiche und vitaminarme Kost, zusätzlich ist der Kohlenhydrat- und der Obstanteil geringer als im Bevölkerungsdurchschnitt. (Klocke/Hurrelmann et al. 1995). Die KIGGS-Studie belegt des Weiteren, dass Kinder in benachteiligten sozialen Schichten auffällig häufiger von Essstörungen, Adipositas (Übergewicht) und einem Mangel an körperlicher Aktivität betroffen sind (KIGGS, S. 794–799). Die Shell-Jugendstudie 2006 bestätigt die Feststellung, dass Jugendliche aus der so genannten Unterschicht weit häufiger als in mittleren und oberen Sozialschichten gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und regelmäßiges Zigarettenrauchen aufweisen.

Neben einer unausgewogenen Ernährung findet man bei sozial benachteiligten Kindern auch einen Bewegungsmangel. Ein Grund hierfür ist wohl in dem Mangel an adäquaten Sportstätten in sozialen Brennpunkten zu finden. Dass zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten eine positive Beziehung im Sinne der Gesundheitsförderung besteht, ist bekannt.

Kinderarbeit

In Deutschland gehen nach Schätzungen des Kinderschutzbundes ca. 700.000 Minderjährige regelmäßig einer Tätigkeit nach, um Geld zu verdienen. Wenn auch ein großer Anteil dieser Kinder und Jugendlichen arbeitet, um sich Konsumgüter kaufen zu können, so steigt aber auch die Quote derjenigen Kinder die mitarbeiten müssen, um der Herkunftsfamilie oder sich selbst eine finanzielle Basis zu ermöglichen, stetig an (Hilgers 2001).

„Es besteht deshalb Grund zu der Annahme, das unfreiwillige Kinderarbeit durch wachsende Armut von Kindern im selben Zeitraum ebenfalls stark gestiegen ist“.

Es handelt sich hierbei u. a. um so genannte Straßenkinder, Kinder von illegalen Migranten, Drogenabhängige oder Minderjährige, die nach Deutschland eingeschleust wurden und zur Prostitution gezwungen werden. Es ist allgemein bekannt, dass Kinderarbeit mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden ist. U. a. klagen ca. ein Drittel der minderjährigen Erwerbstätigen über Rückenschmerzen, (Große-Oetringhaus/Strack 1995). Eine Studie zur Kinderarbeit des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ergab, dass 40 Prozent der Kinder die über Lohnarbeit berichteten, unter psychischen und physischen Belastungen leiden. Jeder zehnte hatte sich im vergangenen Arbeitsjahr verletzt. In fast 50 Prozent der untersuchten Arbeitsverhältnisse wurde gegen Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes verstoßen (Wienold/Ingenhorst 1991; Ministerium NRW 1991).

Gesundheitspräventionsmaßnahmen

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen so wie sie derzeit in Deutschland hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen unzureichend wahrgenommen. So ergab eine Studie des Gesundheitsamtes Göttingen, dass bei 30 Prozent der Kinder von arbeitslosen Eltern (Arbeitslosigkeit korreliert in starkem Maße mit Einkommensarmut), ein unzureichender *Impfschutz* vorlag. Zudem wurden Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen (Kraus 1998). Die Impfraten bei Masern und Mumps waren laut einer Schuleingangsuntersuchung der Stadt Braunschweig signifikant schlechter bei Kindern arbeitsloser oder alleinerziehender Eltern (Schubert 1996). Diese Ergebnisse wurden innerhalb regionaler Untersuchungen aus anderen Großstädten (z. B. Hamburg) bestätigt (Zimmermann/Brandt 1996). Eine Studie in Brandenburg ergab, dass Kinder aus sozial schwachen Familien deutlich seltener gegen *Hämophilus B* (eine der schwersten bakteriellen Infektionen für Kinder unter dem fünften Lebensjahr) geimpft sind.

Daten des Jugendgesundheitsdienstes in Köln (Abel 1998) belegen, dass die Teilnahme an den *Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9* ebenso wie die Inanspruchnahme von Therapien bei behandlungsbedürftigen Entwicklungsstörungen von dem sozialen Status der Eltern abhängig sind. Eine weitere Untersuchung zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen zeigte, dass im Hinblick auf die U9-Kontrolle die Teilnahmequote von Kindern aus Familien ohne eigenes Einkommen bei 27 Prozent lag, während sie insgesamt bei 61 Prozent lag. Ein Vergleich zwischen ausländischen (Ausländische Mitbürger sind deutlich häufiger von Einkommensarmut betroffen als Deutsche.) und deutschen Kindern ergab, dass bei 59 Prozent der ausländischen und 9 Prozent der deutschen Kinder kein Vorsorgeheft vorlag (Kraus 1998).

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass die Kinder aus sozial benachteiligten Familien im Vergleich zu Kindern aus Familien mit einem hohen sozialen Status eine kürzere Zeit im Kindergarten verbringen, infolgedessen es häufig zu einer unzureichenden vorschulischen Förderung kommt. Innerhalb verschiedener Schuleingangsuntersuchungen konnte in verschiedenen Großstädten immer wieder festgestellt werden, dass Kinder aus Stadtbezirken mit einem hohen Sozialhilfeanteil als nicht schulfähig eingeordnet wurden, wobei hier deutlich erhöhte pathologische Befunde im Hinblick auf Sprachstörungen, Einschränkungen beim Sehen und Hören, psycho-motorische Störungen, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung und der Psyche festgestellt wurden.

Vielleicht muss auch die Gesundheitsreform näher betrachtet werden, da diese keinen unerheblichen Beitrag bezüglich der finanziellen Ressourcen zur Gesundheitsvorsorge leistet. Für Gesundheitsausgaben sieht das Arbeitslosengeld II/Sozialgeld für Kinder bis zum 14. Lebensjahr 7,93 Euro und für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr 10,57 Euro vor. Selbst ein Arztbesuch ist für die meisten Kinder nicht kostenlos. Zwar müssen keine Praxisgebühr oder Zuzahlungen erstattet werden, aber die Fahrt zum Arzt, z. B. durch die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel für das Kind sowie die Begleitperson, kostet Geld. Schnell können hier für Hin- und Rückfahrt bis zu 10 Euro an Fahrtkosten anfallen und dies ist sehr viel für einen Arbeitslosengeld II- oder Sozialgeldbezieher. Niemand hat scheinbar an diesen Geldposten, bei Erstellung des Sozialgeldwarenkorb gedacht. Sozial benachteiligte Menschen bzw. betroffene Kinder wohnen häufig in strukturschwachen Stadtteilen, die eine geringere Arzt- und speziell Facharztdichte aufweisen. Längere Anfahrtswege sind somit keine Seltenheit. Könnte dies nicht auch ein banaler Grund für die schlechte Arztkonsultationsquote von Kindern aus der unteren Sozialschicht sein?

Beteiligung an Unfällen

Kinder aus sozial unterprivilegierten Verhältnissen sind häufiger an Unfällen, speziell Verkehrsunfällen beteiligt. Die schon erwähnte Einschulungsuntersuchung in Brandenburg kam zu dem Ergebnis, dass 15 bis 20 Prozent aller Kinder bis zu ihrer Einschulung an einem Unfall beteiligt waren, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verbrühungs- und Verkehrsunfällen doppelt so häufig betroffen waren wie Kinder aus Familien mit einem höheren sozialen Status.

Auch hier ergab die KIGGS-Studie eindeutige Resultate: Bei Verkehrsunfällen konnten eindeutig höhere Unfallraten bei den Kindern und Jugendlichen der Eltern mit niedrigem Sozialstatus festgestellt werden. Zudem zeigte die KIGGS-

Studie, dass Schutzmaßnahmen, wie z. B. das Tragen von Helmen und Protektoren beim Fahrradfahren und beim Inlineskaten, bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus seltener praktiziert wurden (KIGGS, 718–727).

Unfälle mit tödlichem Ausgang findet man ebenfalls häufiger bei von Armut betroffenen Kindern. Diese erhöhte Quote ist u. a. auf die Wohnverhältnisse sowie auf das Wohngebiet zurückzuführen (verkehrsreiche Wohngebiete, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel, weite Wege zu Schule und Sportstätten) (Bieligk 1996 und Böhm/Kuhn 2000).

Gewalt

Verschiedene Studien (sogenannte Bielefelder Studie und eine Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen; Wetzels 1997) zeigen einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation der Familien und Gewaltanwendungen gegenüber den Kindern auf. So beträgt die Quote gravierender Gewaltanwendung durch die Eltern in Familien, die Sozialhilfe beziehen bzw. von Arbeitslosigkeit betroffen sind, 24 Prozent, während sie in anderen Familien bei 14,6 Prozent liegt (Pfeiffer 1998). Hier ist einerseits eine problemorientierte Thematisierung von Gewalt innerhalb der Familie unter Berücksichtigung des Lebenskontextes notwendig. Andererseits müssen Kinder und Jugendliche stärker vor Gewalt geschützt werden. Dies bedeutet Auf- und Ausbau betroffenenzentrierter Hilfsangebote und gesetzgeberischer Schutzmaßnahmen. Auch hier ist eine Vernetzung medizinischer und sozialpädagogischer Dienstleistungen dringend erforderlich.

Zahnerkrankungen

Deutlich erhöhte Zahnkariesbefunde werden ebenfalls bei Kindern aus unteren Sozialschichten beschrieben. So ergab eine Screening-Untersuchung, dass 25 Prozent der Schulanfänger aus sozial benachteiligten Familien kariesfreie Zähne hatten, während es bei Kindern aus Familien mit einem hohen Sozialstatus 44 Prozent waren.

Psychosomatik/Beschwerdekomplexe

Eine der bedeutendsten Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen von Hurrelmann und Klocke kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden sowie die psychische Gesundheit in sozialer Armut lebender Kinder in erschreckendem Maße verschlechtern. Hier spielen insbesondere Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten und Beschwerdekomplexe (z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen) eine wichtige Rolle. So

klagen sozial benachteiligte Kinder innerhalb von Befragungsstudien häufiger über Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Magenschmerzen und Nervosität als Kinder, die aus sozial höher anzusiedelnden Schichten stammen.

Diese bisher bekannten Ergebnisse werden durch die KIGGS-Studie (u. a. S. 784–793) bestätigt und ergänzt. Insgesamt nehmen psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu. Es sind ca. 11 Prozent der Mädchen und 18 Prozent der Jungen betroffen. Haupterkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten sind: mangelnde Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Aggressivität, Depressionen. Wiederum ist eine deutliche soziale Abstufung zu beobachten. Essstörungen werden laut KIGGS-Studie bei 27,6 Prozent der Jugendlichen mit niedrigem sozialen Status festgestellt, während „nur“ 15,5 Prozent in der oberen Sozialschicht hiervon betroffen waren. 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden unter psychischen Auffälligkeiten. Ca. 14 Prozent sind manifest psychisch erkrankt (Angststörungen, Depressionen usw.). Insgesamt sind 31,3 Prozent der Kinder und Jugendlichen in der unteren Sozialschicht psychisch auffällig und „nur“ 16,4 Prozent in der oberen, sowie 21 Prozent in der Mittelschicht (BELLA-Studie: Modul „Psychische Gesundheit“ der KIGGS-Studie). Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children; WHO-Vergleichserhebung von 30 Ländern; alle vier Jahre; 5., 7., 9. Schulklasse; deutsche Beteiligung der Bundesländer: NRW, Hessen, Sachsen und Berlin, 2003) ergab, dass 19,3 Prozent der von Armut betroffenen Kinder und 14,1 Prozent der nicht von Armut betroffenen Kinder ihren Gesundheitszustand als schlecht empfinden. Diese subjektive Einschätzung assoziierte mit zahlreichen psychosomatischen Beschwerden: Kopf-, Bauch-, Rücken-, Schulter- Nackenschmerzen. 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen gab Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit an. 6 Prozent konnten hierbei als psychisch auffällig bezüglich Hyperaktivität, Verhaltensproblemen und emotionaler Probleme eingestuft werden. 12,8 Prozent waren zusätzlich als grenzwertig auffällig zu bezeichnen. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien waren besonders häufig betroffen.

Im Zusammenhang mit Schmerzsymptomen (Kopfschmerzen) muss auch die Einnahme von Arzneimitteln problematisiert werden. So beträgt nach einer Studie der Barmer Ersatzkasse (Glaeske 1998) der Medikamentenkonsum aufgrund von Kopfschmerzen bei Schülerinnen bis zu 40 Prozent, während er bei Schülern zwischen 15 bis 20 Prozent liegt. Verschiedene Untersuchungen belegen übereinstimmend, dass die Selbstmedikation bei Kopfschmerzen die häufigste Ursache für einen unkontrollierten Medikamentenmissbrauch bei

Kindern und Jugendlichen darstellt. Zusätzlich ist der Zigaretten- und Alkoholkonsumanteil bei Schülerinnen und Schülern mit häufig auftretenden Kopfschmerzen signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen, die eine geringere Kopfschmerzquote aufweisen.

Klocke (1995) stellt fest:

„Es zeigte sich, dass die in Armut lebenden Kinder schlechter sozial integriert waren, ein geringeres Wohlbefinden mitteilten, weniger Selbstvertrauen besaßen und sich häufiger hilflos und einsam fühlten. Ferner gaben sie erheblich häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen und psychosomatische Beschwerden an“.

Die Wissenschaftler fassen schließlich resümierend zusammen:

„Schon für die Kinder gilt die Formel: Armut macht körperlich und seelisch krank“.

Der Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands weist in einer Pressemitteilung 1999 ebenfalls auf eine Fülle von Beschwerdekompexen und Verhaltensauffälligkeiten bei von Armut betroffenen Kindern hin. So seien Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität, Konzentrationsunfähigkeit, motorische Unruhe, verzögerte bzw. unvollkommene Entwicklung des Sprechens, aber auch chronischer Kopfschmerz, Essstörungen oder Befindlichkeitsstörungen wie Antriebsarmut und Lustlosigkeit typische Gründe, den Kinderarzt aufzusuchen. Die Folge seien überquellende Wartezimmer aufgrund des zunehmenden Wunsches betroffener Eltern nach psychosozialer Beratung durch den Kinderarzt, der diesem Anspruch aufgrund seiner Qualifikation und seiner zeitlichen Inanspruchnahme häufig nicht gerecht werden kann. 15 bis 20 Vorstellungen pro Kind und Quartal seien diesbezüglich keine Seltenheit.

Sterblichkeitsquote (Mortalität)

Internationale Untersuchungen zur postnatalen (nach der Geburt) Mortalitätsrate zeigten, dass diese in den untersten sozialen Schichten im Vergleich zur Höchsten um das mehr als Zweifache erhöht ist. Des Weiteren konnte ein Anstieg der Mortalität während der ersten vier Lebensjahre je nach Grad der relativen regionalen Verarmung festgestellt werden (Carstairs/Morris 1991; Spencer 1996). Kinder, deren Väter eine soziale Abwärtsmobilität erleben, waren von einer überproportional hohen Frühmortalität betroffen. Die höchs-

te Mortalitätsrate konnte bei Kindern festgestellt werden, bei denen die Eltern, also weder der Vater noch die Mutter, in einem regulären Beschäftigungsverhältnis waren (Östberg 1996).

Insgesamt muss resümierend festgestellt werden, dass die derzeit bestehenden Versorgungskonzepte, sowohl was die primäre, als auch die sekundäre und die tertiäre Gesundheitsprävention bei Kindern betrifft, die in sozial benachteiligten Lebensverhältnissen aufwachsen, nicht ausreichend wirken. Oft einfach nur deshalb, weil sie die Zielgruppe nicht erreichen.

Konsequenzen/Interventionsbereiche

Prävention

Aus den zuvor beschriebenen defizitären Versorgungs- bzw. Gesundheitsbewusstseinsbereichen wird die Bedeutung eines präventiven Gesundheitsansatzes deutlich. Hierbei muss gerade bei sozial benachteiligten Kindern der Settingansatz Berücksichtigung finden. Gesundheitsangebote müssen im Lebensumfeld der Betroffenen angesiedelt werden.

§ 20 Abs. 1 SGB V zur Gesundheitsprävention soll besonders die Situation sozial benachteiligter Menschen verbessern, unter Berücksichtigung sinnvoller Settingansätze d. h. das z. B. mehr Gesundheitspräventionsangebote „vor Ort“ in dem Lebensumfeld der Menschen angeboten werden (z. B. in sozialen Brennpunkten). Allerdings muss die praktische Umsetzung dieses Gesetzes rascher erfolgen. Die veranschlagten Ausgaben pro Versicherten in Höhe von 2,56 Euro werden bisher von keiner Krankenkasse ausgegeben und investiert.

■ § 20 Abs. 1 SGB V:

Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.

Leitfaden der Krankenkassen (2001):

„Damit nicht eine stark mittelschichtspezifische Inanspruchnahme erfolgt, sind Leistungsangebote mit zielgruppenspezifischen Zugangswegen zu konzipieren, ggf. im Sinne „aufsuchender“ Programme.“

Pathogenese (Krankheitsprozess) versus Salutogenese (Gesundheitsentstehung)

Immer noch ist unser Gesundheitssystem zu sehr pathogenetisch ausgerichtet, d. h. es wird nach krankheitsverursachenden Faktoren gesucht. Hierbei wird der salutogenetische Aspekt, d. h. die Suche nach gesundheitsfördernden Faktoren vernachlässigt. Die Salutogenese muss mehr in den Mittelpunkt von Gesundheitsprophylaxe und Prävention gerückt werden. Hierbei scheint die Resilienzforschung ein interessanter Ansatz zu sein, gerade im Hinblick auf die Gesundheitsförderung von Kindern, im Sinne von „Kinder stark machen“. Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit protektiven Faktoren, im Sinne von: Was reduziert deren Verletzbarkeit, was stärkt den Gesundheitsstatus, was macht sie weniger „verwundbar“ (eng.: resilience – unverwundbar, unverletzlich). Die folgenden Aspekte sollen ausschnitthaft die Inhalte des Resilienzansatzes verdeutlichen:

- Positives Selbstkonzept
- Kontrollerwartung und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit
- Fähigkeit zur Selbstregulierung
- Anpassungsfähigkeit im Umgang mit Belastungen oder übermäßigen Reizen (einschließlich der Fähigkeit, sich innerlich zu distanzieren)
- Fähigkeit, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen
- Regelbewusstsein
- Fähigkeit zu konstruktivem Denken (auch bei widrigen Umständen)
- Fähigkeit, sich zu entscheiden und zu organisieren (Selbstmanagement)
- Fähigkeit, sich in verschiedenen kulturellen und sozialen Umwelten zu bewegen und mit unterschiedlichen Rollenerwartungen konstruktiv umzugehen
- Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen
- Fähigkeit, Konflikte gewaltlos zu bewältigen
- Kreativität und Explorationslust
- Sachbezogenes Engagement und intrinsische (von innen her kommende) Motivation

Die Resilienzentwicklung und -stärkung hat somit sehr viel mit Bildung und Wissensvermittlung zu tun. Dies ist ein wichtiger Aspekt, der auch die Eltern der betroffenen Kinder betrifft.

Ein zweiter wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation ist die Verbesserung der finanziellen Versorgungssituation. Nach einer Expertise des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes müsste, aufgrund der Preisentwicklung in Deutschland, der Arbeitslosengeld-II-Betrag um 20 Prozent erhöht werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine genaue Hinterfragung des „Ernährungsbudgets“ innerhalb des Arbeitslosengelds II (345 Euro). Für eine allein stehende Person sind 4,02 Euro pro Tag für Lebensmittel vorgesehen! Für eine allein erziehende Mutter mit einem zehnjährigen Kind stehen pro Tag 7,05 Euro für Lebensmittel zur Verfügung! Eine konkrete Nachfrage bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, welche Ernährungsbestandteile für eine ausgewogene Ernährung notwendig wären, was also eine Mutter mit einem zehnjährigen Kind täglich essen sollte, um gesund zu leben, ergab eine umfangreiche Lebensmittelliste. Im Rahmen eines Experiments der Redaktion der Fernsehsendung Planet-Wissen zum Thema: Schattendasein – Armut in Deutschland (07.11.2005), wurden Fleisch und Wurst frisch beim Metzger eingekauft, während die sonstigen Lebensmittel in einem Supermarkt besorgt wurden. Insgesamt wurden 8,39 Euro ausgegeben. Zur Verfügung standen 7,05 Euro. Dies ergab eine Differenz von 1,34 Euro pro Tag, was einem monatlichen Minusbetrag von 40,20 Euro entspricht. Das heißt dann zum Beispiel: Auf frische Wurst verzichten, alles im Supermarkt abgepackt kaufen, Frischgemüse durch Konserven ersetzen. An diesem Beispiel wird deutlich, dass es sich einerseits um eine strukturelle Benachteiligung von Arbeitslosengeld-II-Beziehern handelt, der Ernährungsetat ist, im Sinne einer ausgewogenen und gesunden Ernährung einfach zu niedrig bemessen. Andererseits wird transparent, wie schwierig, ja fast unmöglich eine die Gesundheit stabilisierende Ernährung mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, ist.

Der Ernährungsposten mit ca. 35 Prozent ist der höchste Einzeletat innerhalb des Arbeitslosengeld-II-Betrages und zudem einer der wenigen, der variabel benutzt bzw. genutzt werden kann. In absoluten Zahlen: 120,75 Euro. Aus diesem Budget werden deshalb häufig andere, nicht aufschiebbare Kosten oder sonstige Investitionen finanziert.

Neben einer Verbesserung der sozio-ökonomischen Situation der betroffenen Menschen sind stichwortartig zusammenfassend folgende weitere Diskussionspunkte im Hinblick auf eine betroffenenzentrierte Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen:

Allgemein

- Koordination und Vernetzung von Gesundheits- und Sozialberichterstattung
- Stärkere Integration und Berücksichtigung des Problems Armut und Gesundheit speziell im Hinblick auf Kinder in Forschung und Lehre
- Interdisziplinäre Ausbildung, z. B. durch gemeinsame Lehrveranstaltungen für SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen, PädagogenInnen und Mediziner (Kooperation von Universität und Fachhochschule)
- Thematisierung von Armut und Gesundheit im Rahmen der LehrerInnen- und ErzieherInnen- und -fortbildung
- Wohnbauliche und architektonische Maßnahmen im Hinblick auf eine Senkung der verkehrsunfallbedingten Frühmortalität.

Speziell

- Screening – Untersuchung im Kindergarten (Stichwort: Frühförderung)
- Gesundheitserziehung von Kindern in Schule und Kindergarten
- Gesundheitserziehung von Eltern sozialer Risikogruppen (z. B. alleinerziehende Eltern, arbeitslose Eltern); Stichwort „Triple P“ (Positiv Parenting Program)
- Gesundheits- und insbesondere z. B. Ernährungsinformationen in sozialen Brennpunkten
- Gesundheitsförderung den besonderen Bedürfnissen sozial benachteiligter Menschen entsprechend konzipieren und strukturieren (Setting und Lebenskontext der Betroffenen berücksichtigen, „Komm“-Strukturen der meisten Präventionsangebote stellen eine Zugangsbarriere dar, Gesundheitsförderung und Prävention sind zu stark mittelschichtorientiert)
- Niedrigschwellig angelegte medizinische Versorgungsangebote (z. B. Impfangebote) „vor Ort“, in sozialen Brennpunkten (z. B. Obdachlosensiedlung).
- Impfscreeninguntersuchung in der Schule (z. B. Grundschule; nicht nur bei der Einschulung) gekoppelt mit einer Informationsveranstaltung für die Eltern
- Verbesserung der ökonomischen Lebensbedingungen (So ist z. B. eine effektive Verminderung der Frühgeborenenrate internationalen Untersuchungen zufolge durch eine Verbesserung der ökonomischen Lebensbedingungen in der Schwangerschaft möglich.)

- Stärkung von Selbsthilfe-Ressourcen und Eigeninitiative betroffener Familien
- Stärkere Vernetzung vorhandener zielgruppenorientierter Einrichtungen (KIGA, KITA, Schule, Jugendhilfe, Jugendamt, Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsamt usw.)

Literaturhinweise

Abel, M., (1998): Stadtteilorientierte Projekte zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern. Beitrag im Rahmen der Fachtagung „... die im Dunkeln sieht man nicht!“ am 14.07.1998 in Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Andersen, T., (1984): Persistence of social and health problems in the welfare state: A Danish cohort experience from 1948 to 1979. *Soc Sci Med.* 18 (7), S. 555–560.

Bieligk, A., (1996): Die armen Kinder. Essen.

Böhn, A./Kuhn, J., (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse von Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg. *Soziale Arbeit* 9, S. 343–346.

Carstairs, V./Morris, R., (1991): Deprivation and Health in Scotland. Aberdeen.

Ford, G. et al., (1994): Patterns of class inequality in health through the lifespan: class gradients at 15, 35 and 55 years in the West of Scotland. *Soc Sci Med.* 39 (8), S. 1037–1050.

Glaeske, G., (1998): Arzneimittel für Kinder und Jugendliche – Hinweise auf sozialschichtspezifische Verbrauchsmuster? Beitrag im Rahmen der Fachtagung „... die im Dunkeln sieht man nicht!“ am 14.07.1998 in Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Große-Oetringhaus, H.-M./Strack, P., (1995): Verkaufte Kindheit. Kinderarbeit für den Weltmarkt. Münster.

HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), WHO-Vergleichserhebung; 30 Länder; alle 4 Jahre; 5., 7., 9. Schulklasse; deutsche Beteiligung der Bundesländer NRW, Hessen, Sachsen und Berlin, 2003. Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. Weinheim/München. 2003.

Hermann, S./Meinlschmidt, G., (1994): Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung. Gesundheitsbarometer. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin.

Hilgers, H., (2001): Kinderarbeit in Deutschland. Zusammenfassende schriftliche Stellungnahme des Präsidenten des Deutschen Kinderschutzbundes Heinz Hilgers. Berlin.

Hurrelmann, K., (1998): Armut macht seelisch und körperlich krank – Bielefelder Studie: Schon das Wohlbefinden von Kindern ist stark abhängig von ihrer sozialen Lage. Tagung: „... die im Dunkeln sieht man nicht!“ Armut und Gesundheitsgefährdung bei Kindern. Hannover. 14.07.1998. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

KIGGS-Studie, (2006): Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. Robert Koch Institut Berlin. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007.

Klocke, A., (1995): Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter.

In: Barlösius, E./Feichtinger, E./Köhler, B.-M. (Hrsg.) Ernährung und Armut. Berlin, S. 185–203.

Klocke, A./Hurrelmann, K., (1995): Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 2. Beiheft, S. 138–151.

Klocke, A., (1996): Aufwachsen in Armut. Auswirkungen und Bewälti-

gungsformen der Armut im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie. 16 (4), S. 390–409.

Klocke, A./Hurrelmann, K., (1998): Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen/Wiesbaden.

Kirschner, W./Radoschewski, M./Kirschner, R., (1995): § 20 SGB V – Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Beiträge der Sozial- und Gesundheitswissenschaften zu Praxis und Politik. Band 6. St. Augustin.

Kraus, C., (1998): Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, durchgeführt vom Gesundheitsamt Stadt und Landkreis Göttingen. Protokoll des Arbeitskreises „Armut und Gesundheit“ Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover 26.1.1998, Aufgaben und Möglichkeiten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter. Beitrag im Rahmen der Fachtagung „... die im Dunkeln sieht man nicht!“ am 14.07.1998 in Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Kürner, P./Nafroth, R., (1994): Die vergessenen Kinder. Köln.

Kurella, S., (1997): Modellprojekt im Kreis Perleberg gestartet. Aktiv und

gesund bleiben – auch ohne Job.
In: Journal für Gesundheit der Plan-
und Leitstelle Gesundheit Berlin-
Hohenschönhausen, II. Quartal 1997,
S. 16–17.

Maclure, A./Stewart, G., (1984):
Admission of children to hospitals in
Glasgow: Relation to unemployment
and other deprivation variables.
Lancet. 2 (8404), S. 682–685.

Maseide, P., (1990): Health and social
inequity in Norway. Soc Sci Med. 31
(3), S. 331–342.

Micheelis, W./Bauch, J., (1991):
Mundgesundheitszustand und -ver-
halten in der Bundesrepublik Deutsch-
land. Materialienreihe Band 11.1.
Köln.

Mielck, A./Reitmeir, P./Wjst, M.,
(1996): Severity of Childhood Asthma
by Socio-economic Status. International
Journal of Epidemiology, S. 388–393.

Mielck, A., (1998): Armut und
Gesundheit bei Kindern und Jugendli-
chen: Ergebnisse der sozial-epidemiolo-
gischen Forschung in Deutschland.
In: Klocke, A./Hurrelmann, K. (Hrsg.):
Kinder und Jugendliche in Armut.
Opladen, S. 225–249.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit
und Soziales NRW (Hrsg.) (1991):
Kinderarbeit. Untersuchung zur
Kinderarbeit in den Aufsichtsbezirken
der Gewerbeaufsichtsämter Köln,
Recklinghausen und Münster.

Müller, U./Heinzel-Gutenbrunner,
M., (1998): Armutslebensläufe und
schlechte Gesundheit – Kausation
oder soziale Selektion?
Untersuchungsergebnisse vorgestellt
auf dem 104. Kongress der Deut-
schen Gesellschaft für Innere
Medizin. April 1998 in Wiesbaden
(Philipps-Universität Marburg).

Östberg, V., (1996): Social Structure
and childrens lifes chances. An
analysis of child mortality in Sweden.
Unpublished PhD Dissertation.
University of Stockholm.

Pfeiffer, C. et al., (1998):
Ausgrenzung, Gewalt und Kriminali-
tät im Leben junger Menschen.
Kinder und Jugendliche als Opfer
und Täter. Sonderdruck zum 24.
Deutschen Jugendgerichtstag vom
18.–22. September 1998. Hamburg/
Hannover.

Arbeitskreis zur Verbesserung der
Schulärztlichen Dokumentation,
(1988): Pilotprojekt schulärztlicher
Dokumentation, Einschulungsunter-
suchungen in den Bezirken
Hamburg-Nord und Harburg 1987
und 1988.

Power, C., (1991): Social and
economic background and class
inequalities in health among young
adults. Soc Sci Med. 32 (4), S. 411–
417.

Pressemitteilung des Berufsverban-
des der Ärzte für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin Deutschlands
e.V. am 10.09.1999 in Berlin.

Rosenbrock, R., (2003): Prävention und Gesundheitsförderung aus gesundheitspolitischer Sicht. Vortrag auf der wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) am 25.09.2003 in Greifswald.

Schubert, R., (1996): Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. In: Murza, G./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Weinheim/München.

15. Shell-Jugendstudie (2006): Jugend 2006 – Eine pragmatische Generation unter Druck. Frankfurt/M.

Siegrist, J./Frühbuß, J./Grebe, A., (1997): Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf.

Spencer, N., (1996): Poverty and child health. Oxon.

Statistisches Bundesamt (2003): Sozialhilfe in Deutschland. Entwicklung, Umfang, Strukturen. Presseexemplar. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Straßburg, H., (1997): Entwicklungsstörungen bei Kindern – Grundlagen für eine interdisziplinäre Betreuung. Stuttgart.

Straßburg, H., (1999): Kinder, Armut und Gesundheit (Vortragsscript/Würzburg)

Towner, E. et al., (1994): Measuring exposure to injury risk in schoolchildren aged 11–14. Brit. Med. J. 308, S. 449–452.

UNICEF-Studie (2006)/Bertram, H., (2006): Zur Lage der Kinder in Deutschland: Politik für Kinder als Zukunftsgestaltung. Innocenti Working Paper No. 2006–02. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre. (<http://www.unicef.de/4263.html>).

West, P., (1997): Health inequalities in the early years. Is there equalisation in youth? Soc Sci Med. 44 (6), S. 833–858.

Wetzels, P., (1997): Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Forschungsbericht Nr. 59 des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen. Hannover.

Wienold, H./Ingenhorst, H., (1991): Aspekte der Kinderarbeit in Deutschland. Diskurs 2/1991, S. 53–55.

Wolfram, W., (1995): Präventive Kindergartenpädagogik. Weinheim/München.

Zenke, K. G./Ludwig, G., (1985): Kinder arbeitsloser Eltern. Erfahrungen, Einsichten und Zwischener-

gebnisse aus einem laufenden Projekt.
In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung, Heft 2, S. 265–
278.

Zimmermann, I./Brand, H., (1996):
Evaluation von Gesundheitsberichten
am Beispiel des Hamburger Berichts
zur „Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen“.

In: Murza, G./Hurrelmann, K., (Hrsg.):
Regionale Gesundheitsberichterstat-
tung. Weinheim/München.

6. Kinderarmut und soziale Teilhabe

| Silvia Schmidt, MdB |

Kernprobleme der Armut in der Region Mansfelder Land-Südharz, die ich als Bundestagsabgeordnete in Berlin vertrete, sind die hohe Arbeitslosigkeit und der demografische Wandel. Ich möchte im Folgenden erläutern, wie diese Faktoren auf das Armutsrisiko von Kindern wirken und wie wir dem begegnen müssen.

Als Behindertenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion betrachte ich die soziale Situation von Kindern als entscheidend für die zukünftige soziale Lage dieser Generation. Wer heute durch Bildung und Förderung in seinen Schwächen gestärkt und in seinen Stärken gefördert werden kann, wird eine erworbene oder angeborene Funktionsstörung vermeiden oder verbessern und er wird lernen, damit ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Lernschwächen und Lernbehinderungen, chronische körperliche und psychische Krankheiten betreffen weite Teile unserer Bevölkerung, besonders aber einkommensschwache Gruppen in ländlichen Regionen. Daher sind der Südharz, die Region des Mansfelder Landes und Sangerhausen prädestiniert, um das Problem beispielhaft darzustellen. Armut hat Ursachen und zeitigt Wirkungen, die neue Probleme hervorrufen. Diesen Teufelskreis müssen wir durchbrechen und dafür Sorge tragen, dass auch strukturell schwache Regionen einen Weg für die nachwachsenden Generationen zur Überwindung der Armut finden.

Der demografische Wandel

Nicht nur im Südharz, sondern in ganz Deutschland sind die Folgen des demografischen Wandels deutlich zu spüren: Die Geburtenrate sinkt, die Lebenserwartung steigt und der Anteil der älteren Menschen nimmt deutlich zu. Dies führt zu einer dramatischen Altersstruktur: Bereits über 30 Prozent der Menschen sind älter als 60 Jahre. Die Region Mansfeld-Südharz wird bereits im Jahr 2020 einen Anteil von 36 Prozent der Menschen über 60 Jahren aufweisen. Ein Anteil, der im Durchschnitt des Bundesgebiets erst im Jahr 2050 zu messen sein wird.

Für Sachsen-Anhalt gilt außerdem: Noch immer wandern gut ausgebildete junge Menschen ab. Die Alterspyramide verschiebt sich dramatisch hin zu den Älteren. Zwischen 1990 und 2005 sind rund 850.000 Menschen abgewan-

dert und nur 640.000 Menschen zugewandert. Die Bilanz aus Abwanderung und Zuwanderung lässt ein Minus von ca. 210.000 Menschen erkennen. Das allein ist schon eine gewaltige Zahl für ein Bundesland mit jetzt nur noch 2,4 Millionen Einwohnern.

Hinzu kommt die Bilanz aus Geburten und Sterbefällen. Im gleichen Zeitraum stehen ca. 277.000 Geborenen ca. 517.000 Gestorbene gegenüber. Das ergibt ein Defizit von ca. 239.000 Menschen – wiederum eine gewaltige Zahl. Zusammen hat Sachsen-Anhalt somit bis 2006 ca. 450.000 Menschen verloren – das geht an die Belastungsgrenze. Denn abgewandert sind diejenigen, die eine Perspektive suchen, deren Fähigkeiten und Fertigkeiten hier nicht abgefragt oder geschätzt werden. Abgewandert sind diejenigen, die sich – wenn auch zum Teil notgedrungen – den Erfordernissen flexibler und mobiler Arbeitsplatzsuche angepasst haben. Problematisch ist also nicht der Rückgang der Bevölkerung allein – wir erlebten und erleben einen Rückgang des allgemeinen Bildungs- und Ausbildungsstandes in unserem Bundesland. Arbeits- und Perspektivlosigkeit stehen in untrennbarem Zusammenhang mit der Frage des Bildungsniveaus. Doch dazu später mehr.

Wir verzeichnen auch einen Anstieg des Anteils der jüngeren männlichen Bevölkerung, weil mehr junge Frauen als Männer abwandern. Diese bleiben gemeinsam mit jenen Familien zurück, die eher einkommensschwach sind. Häufig ist ein oder sind sogar beide Elternteile ohne Arbeit. Die soziale Teilhabe dieser Menschen ist somit durch Armut und Armutsrisiko hochgradig gefährdet.

Arbeitslosigkeit und wirtschaftliche Perspektive

Ein erhöhtes Armutsrisiko besteht insbesondere für Kinder arbeitsloser Eltern, für Alleinerziehende und für alleinlebende ältere Menschen. Dabei dominiert Armut, die durch besondere Konfliktsituationen entstanden ist, etwa durch wiederkehrende Arbeitslosigkeit oder Schulden, die sich Scheidungen und falschem Konsumverhalten verdanken. Generationsübergreifende, sogenannte vererbte Armut, und Armut durch Zuwanderung bilden eher die Ausnahme. Diese Tendenzen sind dem bereits 2003 veröffentlichten 1. Armutsbericht des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt zu entnehmen. Der Bericht hatte betont, dass Sachsen-Anhalt die Folgen des tiefgreifenden Strukturwandels nach der Wiedervereinigung – weg vom produzierenden Gewerbe und hin zu einer modernen Dienstleistungsgesellschaft – noch immer nicht überwunden hat. Jeder Versuch der Bewältigung dieser

Aufgabe stößt schnell an seine Grenzen. Wie soll ein Land Ressourcen bündeln und wirtschaftliche Perspektiven aufbauen, wenn die besten Leute abwandern?

Aus der Sicht des Jahres 2007 ist der Befund von 2003 noch immer zutreffend, obwohl Anzeichen einer Besserung nicht zu übersehen sind. Sachsen-Anhalts Wirtschaft wächst wieder – im jüngsten Bundesländer-Ranking der Initiative Neue soziale Marktwirtschaft wurde Sachsen-Anhalt bekanntlich wegen seiner am dynamischsten wachsenden Wirtschaft Zweiter hinter Baden-Württemberg. Die Arbeitslosenquote ist seit dem Vorjahr um 4 Prozent gesunken, der Bestand an Arbeitslosen ist im Vergleich zum Vorjahresmonat Oktober um 11,6 Prozent gesunken.

Auch die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Erwerbspersonen zeigt seit zwei Jahren nach oben. Das lässt hoffen, ist aber noch kein Grund zum Jubel, waren doch im Oktober 2007 noch 18,4 Prozent der Erwerbspersonen arbeitslos und 27.000 Menschen in 14.000 Bedarfsgemeinschaften Empfänger von Arbeitslosengeld II. Hier ist die strukturelle Langzeitarbeitslosigkeit zu finden, die unser Land so stark im Griff hat. Hier gibt es nur wenige Erfolge der Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Hier wird das Leben für die in den Familien lebenden Kinder zum Risiko für ihre Zukunft.

Die Höhe der Regelsätze des Arbeitslosengeldes II ist sicher die Untergrenze des Existenzminimums. Kinderarmut entsteht in diesem Zusammenhang jedoch nicht primär durch die Höhe der Regelsätze an sich, sondern auch durch die Verwendung des zur Verfügung stehenden Geldes in einem Haushalt. Besonders die Überschuldung stellt hier in Ostdeutschland ein gravierendes Problem dar. In Folge des steigenden Marken- und Konsumdrucks durch immer aggressiver werdende Werbe- und Marketingstrategien in den Medien schaffen es viele Eltern nicht, eine solide Haushaltsführung durchzusetzen. Wenn ein bestimmter Konsumstandard nicht eingehalten wird, folgt oftmals die Ausgrenzung der Kinder. Das erleben wir an unseren Schulen in nahezu allen Klassenstufen. Ausgrenzung erfolgt jedoch auch in Folge der mit dem mangelhaften Konsumverhalten verbundenen Überschuldung. Einige sprechen gar von regelrechten „Schuldenghettos“, in denen sich überschuldete Langzeitarbeitslose wiederfinden.

Als sozialdemokratische Politikerin ist mir wichtig, die Menschen da abzuholen, wo sie stehen und ihre Bedürfnisse und Wünsche äußerst ernst zu nehmen. Deshalb setzt eine Politik, die Kinder aus der Armut herausholen und

ihnen soziale Teilhabe ermöglichen will, auch genau dort an. Wir müssen Chancen geben und Perspektiven öffnen. Soziale Teilhabe von Kindern ist durch Armut gefährdet. Die Ursachen dieser Armut, die nach neuesten Erkenntnissen auch stetig zunimmt, werden kaum zu bearbeiten sein. Daher konzentrieren wir uns mit der Idee des Vorsorgenden Sozialstaates darauf, die soziale Teilhabe aller Menschen zu fördern und mehr Geld und Ressourcen in die nachwachsende Generation zu investieren – wohlgerne im Rahmen des wichtigen Konsolidierungskurses der Bundesregierung.

Arbeitslosigkeit und Demographie erhöhen das Armutsrisiko

Das Armutsrisiko von Kindern wird wesentlich von der beschriebenen demografischen Situation der Gesellschaft, der hohen Arbeitslosigkeit in der Eltern- generation sowie dem niedrigen Bildungsstand der Eltern mit beeinflusst. Familien sind generell gefährdet, durch finanzielle Brüche auch Brüche der Familienstruktur zu erleben, die sich dann auch auf die wirtschaftliche Situation wiederum verstärkend auswirken können.

Die Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung bietet der nachwachsenden Generation wenig Perspektiven. Kinderarmut ist nicht nur ein Ergebnis des demografischen Wandels, sondern verstärkt ihn. Kinder werden als ein Armutsrisiko wahrgenommen. Entsprechend wirkt sich diese Wahrnehmung auf die Geburtenzahl aus. Die Abwärtsspirale der Abwanderung wird sich so lange drehen, bis wir es wieder schaffen, Menschen davon zu überzeugen, hier zu bleiben oder gar zurück zu kommen. Nur mit einem integrierten Politikansatz, der Chancen für alle Kinder und Jugendlichen gleichermaßen und individuell bereitstellt, kann dies geschafft werden.

Kinder in bildungsfernen und einkommensschwachen Bevölkerungsteilen der Gesellschaft haben es schwer in unserem Bildungssystem. Dieses selektiert leider in großem Maße. Wir haben Sonderschulen für behinderte Kinder, wir haben Privatschulen für Besserverdienende und wir haben ein zwei- und dreifach gegliedertes Schulsystem. All dies sortiert nach bestimmten Eigenschaften – nach dem Einkommen der Eltern, einer Behinderung oder Funktionsstörung sowie mittelbar nach sozialen Verhältnissen. Der Schulabschluss entscheidet über die berufliche Qualifikation, diese über das Einkommen und den sozialen Status. Dies zu durchbrechen muss Ziel verantwortlicher Politik sein. Dem Fachkräftemangel werden wir nicht begegnen können, wenn wir

weiterhin einkommens- und lernstarken Kindern den Vorzug geben und die anderen aussortieren. Sicher muss es auch eine Spitzenförderung geben, jedoch nicht zulasten der Mehrheit.

Wie kommen wir diesen Entwicklungen bei?

Soziale Teilhabe heißt, am Leben in der Gesellschaft aktiv teilnehmen zu können und das eigene Leben perspektivisch mit gestalten zu können. Der Vorsitzende des Deutschen Jugendinstituts, Herr Dr. Thomas Rauschenbach, hat auf einer Tagung der Arbeitsgruppe Verteilungsgerechtigkeit und Soziale Gerechtigkeit der SPD-Bundestagsfraktion auf die Dimensionen der Armutsbekämpfung und der Teilhabe hingewiesen: Im Hinblick auf die Frage, wie die Lage von Familien und Personen durch staatliche Unterstützung verbessert werden kann, müsste formuliert werden: (1) durch Geld, (2) durch Recht, (3) durch Infrastruktur, sowie (4) durch die Verbesserung der individuellen Handlungskompetenz der Menschen.

Dazu gab er folgende drei Aspekte zu bedenken:

- Erstens: Mit monetärer Hilfe allein ist es, besonders bei Kindern, nicht getan. Geld, Brot und Arbeit zu haben, ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung, um den Zusammenhang von sozialer Herkunft und individueller Zukunft zu durchbrechen. Kindern fehlt es oft an mehr als Geld. Die kurze, aber heftige Debatte des vergangenen Herbstes über eine „*neue Unterschicht*“ hat diesen Zusammenhang auf sehr plakative Weise deutlich gemacht. Mit anderen Worten: Monetäre Hilfen schaffen im günstigsten Fall Gelegenheiten und Erwartbarkeiten.
- Zweitens: Auch Recht und Infrastruktur sind nur mittelbare Bedarfsausgleichsmodalitäten. Sie schaffen wesentliche Rahmenbedingungen, verändern aber letzten Endes nicht Personen, sondern Situationen.
- Drittens: Die Frage, die sich deshalb aufdrängt, ist die, wie es gelingen kann, das Aufwachsen so zu organisieren, dass unmittelbar die „individuelle Handlungskompetenz“ bei Kindern nachhaltiger gefördert und bei den Jugendlichen zielgerichtet verbessert wird. Sofern man demnach die Tendenz nach Bildung mit dieser „Verbesserung der individuellen Handlungskompetenz“ gleichsetzt, wird die praktische Reichweite von Bildung erkennbar.

Es bedeutet, dass der Staat dafür sorgen muss, dass kulturelle, soziale und personale Kompetenzen von Kindern aktiv gefördert werden. Dies sind Eckpunkte einer Bildung, die sowohl von Einrichtungen wie Kindergarten und Schule geleistet, als auch von den Eltern ergänzt werden muss. Genau hier beginnt das Problem. Die Schere zwischen Armen und Reichen, zwischen Gewinnern und Verlierern dieses Systems scheint immer größer zu werden und die Institutionen und Akteure, wie Eltern und Bildungseinrichtungen, scheinen nicht in der Lage zu sein, diese Entwicklung abzufedern. Im Gegenteil: Wie oben beschrieben, sorgen diese Akteure eher für eine Verstärkung des Selektierungsprozesses und wirken somit sozialer Teilhabe von Kindern gerade aus ärmeren Verhältnissen entgegen. Die Handlungskompetenzen der Kinder zu stärken und gleichzeitig denjenigen, die bereits Defizite aufweisen, individuelle und bedarfsgerechte Unterstützung und Förderung zu geben, sollte Ziel sozialer Teilhabepolitik sein. Dies muss in allen Teilen des Bildungssystems stattfinden – von der Kleinkindbetreuung bis zur Ausbildung. Ich habe die Hoffnung – und darin bestärken mich die Aussagen der einschlägigen Experten – dass die Armutsfalle durch Bildungschancen für alle zumindest aufgebrochen werden kann.

Die realen sozialen Verhältnisse der Gesamtgesellschaft – Alterung, Rentenhöhe, Arbeitslosigkeit, wirtschaftliches Wachstum u. v. m. – werden damit sicher nicht aufgehoben. Es besteht für die nachwachsende Generation jedoch die Chance, sich mit ihren Fähigkeiten aktiv einzubringen. Dazu benötigen sie jedwede Unterstützung und Förderung. Es kommt also darauf an, die Prävention zur Vermeidung von armutsbedingten Nachteilen zu verstärken, um Kindern aus einkommensschwachen Verhältnissen von Beginn an gleichwertige Chancen zu geben, soziale Teilhabe im weiteren Lebens- und Bildungsverlauf zu realisieren. Prof. Rauschenbach sagte dazu richtigerweise:

„Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen subjektiv überhaupt in die Lage versetzt werden, sich aus den Fallstricken ihrer sozialen Herkunft zu lösen. Deshalb ist eine richtig verstandene Bildung das wichtigste Förderinstrument im Prozess des Aufwachsens, sie ist ein Weg zu mehr sozialer Gerechtigkeit“.

Schon die Kindertagesstätte hat einen Bildungsauftrag. Soziale Teilhabe zu sichern ist bereits eine Aufgabe dieser Einrichtungen. Deshalb trete ich mit meiner Partei dafür ein, dass der Besuch dieser Einrichtungen kostenlos und ganztägig zu gewähren ist. Kinder haben hier die Möglichkeit, Bildung von

Anfang an zu erfahren. Besonders die Kinder von langzeitarbeitslosen Eltern sollten wieder in den Genuss dieser Leistung kommen – es geht nicht um Betreuung, sondern um Bildung!

Das Ganztagserschulprogramm der Bundesregierung war ein voller Erfolg. Auch in meiner Region gibt es zahlreiche Schulen, die davon profitiert haben und in die Lage versetzt wurden, ein ganztägiges Angebot zur Verfügung zu stellen. Für die soziale Teilhabe der Kinder ist wichtig, gemeinsame Punkte zu setzen. Hier gehört eben ein ganztägiges Bildungsangebot und auch gemeinsames Mittagessen dazu. Um Bildungschancen und Chancen auf soziale Teilhabe zu schaffen und zu erhalten, ist der kostenlose Zugang zu Lehr- und Lernmitteln erforderlich. Das sind Investitionen in die Menschen, die sich langfristig auszahlen werden. Auch den Eltern wird damit ein Stück weit die Last der Erziehungsarbeit abgenommen.

An Kinderarmut kann man sich nicht anpassen, sie ist und bleibt ein Skandal. Und der genannte Ansatz ist lediglich ein Mosaikstein. Aber wir brauchen viele derartige Mosaiksteine, damit unsere Region lebens- und liebenswert ist und bleibt – für Alte und Junge, für Eltern und Kinder!

Dr. Ringo Wagner
Friedrich-Ebert-Stiftung
Landesbüro Sachsen-Anhalt
Otto-von-Guericke-Straße 65
Tel.: 03 91/5 68 76 11
Fax: 03 91/5 68 76 15
E-Mail: ringo.wagner@fes.de

Sven Spier
Grundsatzreferent Jugendhilfe des
PARITÄTISCHEN Sachsen-Anhalt
Halberstädter Straße 168–172
38112 Magdeburg
Tel.: 03 91/6 29 32 25
E-Mail: sspier@mdlv.paritaet.org

Sven Vogler
Landkreis Mansfeld-Südharz
Amt für Kinder, Jugend und Familie
Rudolf-Breitscheid-Straße 20/22
06526 Sangerhausen
Tel.: 0 34 75/66 17 74
Fax: 0 34 75/66 17 83
E-Mail: svolger@mansfeldsuedharz.de

Prof. Dr. Raimund Geene
Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Straße 25
39576 Stendal
Tel.: 0 39 31/2 18 74 86 66
Fax: 0 39 31/21 87 48 70
E-Mail: raimund.geene@hs-magdeburg.de

Prof. Dr. Roland Merten
Vorsitzender des Deutschen Kinder-
schutzbundes Landesverband
Sachsen-Anhalt
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Lehrstuhl für Sozialpädagogik und
außerschulische Bildung
Arbeitsschwerpunkte u. a. Kinder- und
Jugendhilfe, Kinderarmut
Am Planetarium 4
07737 Jena
Tel.: 0 36 41/94 53 70
Fax: 0 36 41/94 53 72
E-Mail: roland.merten@uni-jena.de

Prof. Dr. Gerhard Trabert
Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle: Barbarastraße 4
55118 Mainz
Tel.: 0 61 31/6 27 90 71
Fax: 0 61 31/6 27 91 82
E-Mail: info@armut-gesundheit.de
E-Mail: gerhard.trabert@fh-nuernberg.de

Silvia Schmidt, MdB
Wahlkreisbüro
Markt 12–13
06295 Lutherstadt Eisleben
Tel.: 0 30/22 77 31 09
Fax: 0 30/22 77 66 27
E-Mail: silvia.schmidt@bundestag.de



ISBN 978-3-89892-860-1