

Armut und Kindergesundheit



© Apad Nagy-Bagoly - Fotolia.com

In ihrem Artikel 24 formuliert die internationale UN-Kinderrechtskonvention 1989 (UN-KRK): „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit an.“ Artikel 27 besagt im Weiteren: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf einen seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard an.“ Die Verantwortung hierfür wird primär den Eltern sowie „allen anderen für das Kind verantwortlichen Personen“ zugeordnet. Die Vertragsstaaten werden aufgefordert, „gemäß ihren innerstaatlichen Verhältnissen und im Rahmen ihrer Mittel“ dafür Sorge zu tragen und bei Bedürftigkeit entsprechende Hilfs- und Unterstützungsprogramme vorzusehen.

Der österreichische Nationalrat hat diese UN-Kinderrechtskonvention im Jahr 1992 ratifiziert, damals jedoch mit einem „Erfüllungsvorbehalt“ versehen, welcher bis dato unterbunden hat, dass die Inhalte faktisch anwendbares Recht werden konnten. Im November 2011 wurden einige wenige Aspekte daraus über die Rechte von Kindern in den Verfassungsrang erhoben. So heißt es etwa in Artikel 1 des entsprechenden Bundesverfassungsgesetzes: „Jedes Kind hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für sein Wohlergehen notwendig sind, auf bestmögliche Entwicklung und Entfaltung sowie auf die Wahrung seiner Interessen auch unter dem

Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit. Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher und privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein.“

Der oben genannte Erfüllungsvorbehalt gegenüber der UN-KRK wurde schließlich im März 2015 vom Ministerrat zurückgenommen. Damit wurde eine langjährige Forderung des Netzwerks Kinderrechte (National Coalition) und der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit erfüllt und ein wichtiges Zeichen für die Wertschätzung der Grundrechte junger Menschen in Österreich gesetzt.

Was lässt dieses verbrieftete Recht auf „höchstmögliche Gesundheit“ sowie auf „angemessenen Lebensstandard“ nun aber in der Realität erwarten? Beides ist durch keine international festgelegte objektive Norm beschrieben, sondern misst sich in Relation zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Landes und zum allgemeinen Wohlstand der Gesellschaft. Dies ließe für die Umsetzung der UN-KRK in Österreich, das laut internationalem Währungsfonds 2013 als elftreichstes Land der Welt und als drittreichstes Land der EU gilt, ein hohes Niveau erwarten.

Andererseits sind jedoch aus der letzten Erhebung der Statistik Austria 2014¹ folgende Fakten aus Österreich bekannt:

- 408.000 Kinder und Jugendliche leben unter Bedingungen der Armutsgefährdung². Das sind 23 Prozent der unter 20-Jährigen und damit beinahe jedes vierte Kind bzw. jeder vierte Jugendliche!



Prim. Dr. Klaus Vavrik

ist Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde und für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapeut und Präsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit.

¹ Statistik Austria, EU-SILC 2014.

² Weniger als 60 Prozent des Medianeinkommens, also derzeit etwa EUR 1.100,-.

- Die Armutsgefährdungsquote bei Kindern liegt damit höher als jene bei Erwachsenen (19 Prozent).
- In sogenannter „manifeste Armut“ („erheblicher materieller Deprivation“) leben 107.000 unter 20-Jährige (das sind sechs Prozent gegenüber vier Prozent in der Allgemeinbevölkerung).
- Allein die Zugehörigkeit zur Gruppe der Kinder und Jugendlichen birgt also ein systemisches Armutsrisiko in sich.
- Für Kinder und Erwachsene, die in Ein-Eltern-Haushalten leben, ist die Quote der erheblichen materiellen Deprivation bzw. der manifesten Armut mit 16 Prozent viermal so hoch, die Armutsgefährdung mit 34 Prozent doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung.
- Das Armutsrisiko einer Mehrpersonenfamilie nimmt mit jedem Kind rasant zu. Familien mit drei oder mehr Kindern haben eine etwa viermal so hohe Armutsgefährdungsquote wie solche mit einem Kind.
- 161.000 Kinder und Jugendliche (13 Prozent) unter 16 Jahren sind von mindestens drei der für diese Altersgruppe als relevant erachteten Lebensbereiche ausgeschlossen. Dazu gehören die Teilnahme an Schulveranstaltungen, die Möglichkeit, Freunde einzuladen, die Verfügbarkeit kindergerechter Bücher oder tägliches Obst und Gemüse.
- 60.000 Minderjährige verbringen ihre Tage unter Mindestsicherungsbedingungen (d. h. derzeit zumindest EUR 827,82 für eine alleinstehende Mutter und EUR 149,01 pro Kind, man darf kein eigenes „Vermögen“ besitzen, jedes Einkommen, Arbeitslosengeld, Unterhaltszahlungen u. Ä. werden angerechnet).
- Alle diese Daten werden über Haushaltsbefragungen erhoben. Das bedeutet, dass Kinder und Jugendliche in institutioneller Unterbringung (z. B. Mutter-Kind-Heimen, Jugendhilfeeinrichtungen, Wohngemeinschaften, Gefängnissen...) hierbei noch gar nicht erfasst sind.

Aufwachsen in Armut oder Armutsgefährdung bedeutet eine hohe Gesundheitsbelastung bzw. -gefährdung. Kinder, die in Armut leben,

- haben häufiger und schwerwiegendere Unfälle,
- erkranken deutlich öfter,
- zeigen vermehrt Störungen in ihrer Entwicklung und
- haben dann weniger Chancen, die notwendige Therapie zu erhalten,
- sind als Jugendliche und Erwachsene später dreimal so häufig von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenksbeschwerden, Diabetes u. a. m. betroffen wie Kinder und Jugendliche aus nicht deprivierten Familien,

- erkranken auch psychisch häufiger und in größerer Zahl
- und sterben schlussendlich um fünf bis acht Jahre früher als die Durchschnittsbevölkerung.

Armut hat viele Gesichter

Kinder in Industrienationen leben im Vergleich zu zahlreichen anderen Regionen der Welt in grundsätzlich „privilegierten“ Verhältnissen. Schutz vor Kinderarbeit, Verfügbarkeit von Nahrung, Zugang zu Bildung, soziale Sicherungssysteme u. v. a. m. sind grundsätzlich vorhanden und gewährleistet (wenn auch mit sehr unterschiedlicher Durchlässigkeit und mit immer wieder erschreckenden „blinden Flecken“ einzelnen Gruppen gegenüber). Die ausgrenzende und demütigende Wirkung von Armut ist deshalb aber nicht geringer. Betroffene Kinder leiden nicht nur unter dem unmittelbaren Mangel an Kleidung, Heizung, Freizeit- und Sportaktivitäten, sondern auch unter anderen Stigmata von Armut, wie etwa unter der Außenseiterrolle, wenn in der Peergroup ein internetfähiges Smartphone nötig ist, um am sozialen Leben teilzunehmen, wenn sie im Winter keine festen Schuhe haben, keine Freunde einladen oder bei kostenpflichtigen Schulaktivitäten nicht mitfahren können. Es bereitet ihnen Scham, wenn man bei einer Geburtstagsfeier kein Geschenk mitbringen kann und beim Fußballspielen im Park nicht die passende Sportbekleidung hat.

Armut in Mitteleuropa betrifft heute kleinere Bevölkerungsgruppen und ist vielleicht nicht mehr wie früher eine akute Frage des nackten Überlebens, aber sie ist in ihrer Wirkung dennoch hoch segregativ und diskriminiert Einzelne oft in noch stärkerer Form. Sie bedingt Ausgrenzung und Scham, was dem menschlichen Bedürfnis nach Anerkennung in der Gemeinschaft zutiefst widerspricht. Gefühle von Demütigung und Entwertung verursachen bei Kindern hohen sozialen Stress. Auch Erwachsene schämen sich für ihr „Versagen“, ihre berufliche Erfolglosigkeit und den damit verbundenen sozialen Status. Dies führt etwa dazu, dass ein erheblicher Prozentsatz (regional zwischen 30 und 50 Prozent!) der betroffenen Menschen die ihnen zustehende Mindestsicherung nicht abholt, weil sie diese über das lokale Gemeindeamt beziehen und dadurch ihre Lage öffentlich machen müssten.

Kinder und Jugendliche erleben Armut nicht bloß in der Dimension von Einkommens- oder Geldarmut ihrer Eltern. Sie leiden auch an den Zukunftsängsten, der Perspektivenlosigkeit und Nervosität ihrer Eltern, an dem Mangel an gemeinsamer Zeit mit Freude, Förderung und Zuversicht. Sie erleben Eltern, welche häufiger gereizt oder auch depressiv ver-

Jedes Kind hat laut UN-Kinderrechtskonvention ein Recht auf „höchstmögliche Gesundheit“ und „angemessenen Lebensstandard“. Dennoch leben in Österreich 408.000 Kinder und Jugendliche (das sind 23 Prozent der unter 20-Jährigen!) unter Bedingungen der Armutsgefährdung.

stimmt sind und vermehrt zu Medikamenten oder Alkohol greifen. Eltern etwa, die ihre Erwerbslosigkeit als persönliches Versagen erleben, tendieren zu größerer Strenge und zu strafendem Erziehungsverhalten.

Derart belastete Familien leiden oft auch an Beziehungs- und Spracharmut, dem Mangel an Optimismus, dem fehlenden Erleben von Stolz und hilfreichen sozialen Kontakten. Auch diese Armutsdimensionen schränken die Entwicklungsmöglichkeit und die Potentialentfaltung von Kindern und Jugendlichen erheblich und nachhaltig ein. Zusätzliche soziale Risikofaktoren wie Migrations- oder Flüchtlingsbiografie, die Sorge um chronisch oder psychisch kranke Eltern, das Erleben von Gewalt, Vernachlässigung, Fremdunterbringung o.Ä. verstärken die Folgen von Armut noch erheblich. Um der Weitergabe, gleichsam „Vererbung“ von Armut in die nächste Generation zu entkommen, ist Bildung die effektivste Maßnahme. Die sogenannte Bildungsmobilität ist in Österreich aber sehr gering.

Die armen Kinder von heute sind die chronisch kranken Erwachsenen von morgen!

Dieser statistisch vielfach belegte Stehsatz umfasst mehrere Dimensionen:

- Eine vereinfachte, aber absolut gültige Gleichung hierzu heißt: „Armut macht Stress und Stress macht krank.“ Existentielle Not, Angst, die Familie nicht ernähren zu können, die Wohnung zu verlieren, Gefühle des Scheiterns, nutzlos zu sein, nicht gebraucht zu werden, in seinem Leben versagt zu haben, das sind enorme, den Alltag ständig begleitende Belastungen und chronische Stressquellen. Dass dies im späteren Leben zu deutlich erhöhten Raten von stressassoziierten Krankheiten

wie Bluthochdruck und Herzinfarkten führt, ist vielfach belegt.

- Ein zweiter Aspekt könnte – verdichtet zusammengefasst – heißen: „Armut demütigt und kränkt“, was die enormen psychischen Auswirkungen beschreibt und das erhöhte Risiko für Depression, Suchtverhalten, Ängste, Suizid u. a. widerspiegelt. Bei Kindern im Speziellen sind vermehrt Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Gefühle von Einsamkeit dokumentiert. Eine europaweit einzigartige Longitudinalstudie von Manfred Laucht³ zeigt auf, dass es einen linear-kumulativen Effekt einander verstärkender psychosozialer Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Erkrankungen gibt. Kinder und Jugendliche aus Familien ohne eine erfassbare psychosoziale Belastung haben bis zu ihrem 15. Lebensjahr zu ca. zwölf Prozent (vorübergehende) psychische Auffälligkeiten gezeigt. Mit jedem zusätzlichen Risikofaktor (Armut, dissonante Paarbeziehung, kleine Wohnfläche, geringer Bildungsstand der Eltern, Gewalt etc.) ist dieser Prozentsatz auf über 60 Prozent gestiegen. Wir können also Kindern aus sozial belasteten Familien gleichsam rechnerisch voraussagen, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie psychisch erkranken werden. Das bedeutet allerdings auch, dass wir es verhindern können, indem wir soziale Risikobedingungen reduzieren und Ressourcen stärken.
- Kinder aus einkommensschwachen Familien verunfallen um 70 Prozent häufiger und schwerer als Kinder aus Familien mit einem höheren Einkommen.
- Es häufen sich Komplikationen, und die Krankheitsdauer bei akuten und chronischen Erkrankungen ist länger.⁴ Möglicherweise ist dies in der bekannten Tatsache begründet, dass diese Kinder seltener und später zum Arzt gebracht werden sowie Eltern aus der Sorge um ihren eigenen Arbeitsplatzverlust weniger Pflegeurlaub konsumieren wollen und Kinder häufiger krank in Kindergarten und Schule schicken.⁵
- Die Lebensbedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche in Armutsbedingungen aufwachsen, sind oft hochgradig gesundheitlich belastend. Das beginnt beim Wohnort, weil niedrige Mietpreise dort zu finden sind, wo etwa an Hauptverkehrsrueten und Ausfallstraßen großer Städte eine hohe Feinstaubbelastung besteht. Auch Lärmbelastung, das Innenraumklima (Schimmel, Formaldehyd etc.), zu kleine Wohnflächen für ein gedeihliches Miteinander, u. a. m. sind Verursacher von ge-



3 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (2000), Mannheimer Risikokinderstudie.

4 Damm, Lilly (2009), Kinder, die stillen Verlierer?

5 Habl, Claudia (2009), Gesundheit und soziale Ungleichheit.

sundheitlicher Beeinträchtigung. Die Ernährung „muss“ leicht verfügbar, billig und ausgiebig (d. h. hochkalorisch) sein, was zu vermehrter Adipositas und Folgeerkrankungen wie Diabetes und Gelenksbeschwerden führt. Durch mangelnde Möglichkeiten und Ressourcen für Freizeit- und Sportaktivitäten verstärkt sich dieser Effekt, und eine geringere Bewegungsfreude sowie motorische Kompetenz bedingen wiederum Haltungsschäden und Verletzungsgefahr. Die frühe Prägung kann kein vitales und gesundes „Körpergedächtnis“ aufbauen, auf das im weiteren Leben zurückgegriffen werden könnte. Es ist erheblich mühsamer und aufwendiger, sich später nachträglich mit viel Überwindung und Disziplin eine gute Fitness zu „erarbeiten“, als die früh erworbene Freude und Lust an der Bewegung zu bewahren.

- Es gibt sogar einen nachweisbaren sozialen Gradienten der Körpergröße, wie eine Stichprobenuntersuchung in der Steiermark erwiesen hat.⁶ Je höher die soziale Position einer Gruppe ist, desto größer ist ihre durchschnittliche Körpergröße.

Solche Unterschiede sind nicht einfach zu „individualisieren“ oder zu „privatisieren“. Sie sind nicht bloß auf der Ebene des eigenen Verhaltens oder der eigenen Verantwortung zu lösen. Dafür braucht es kommunale Verantwortungsübernahme und Verhältnisprävention.

Last, but not least sind diese Kinder oftmals durch die allgemeine Gesundheitsversorgung schlechter erfasst oder von ihr ausgeschlossen, weil sich Eltern z. B. die Zuzahlungen zu Therapieangeboten oder zu Hilfs- und Heilmitteln nicht leisten können. Es gibt Probleme mit dem Krankenversicherungsschutz, wenn sich z. B. Mama oder Papa nicht zur Mindestversicherung angemeldet haben, Studenten die Mitversicherung verlieren, der Asylstatus von Kindern unklar ist u. a. m. Auch der administrative Aufwand in unserem Antragssystem für Sozialleistungen ist für viele Menschen in ihrer persönlichen Notsituation – etwa wegen psychischer Krisen, Sprachbarrieren oder intellektueller Schwäche – schwer zu bewältigen.

Die Kumulation dieser verschiedenen Gesundheitsbelastungen führt dazu, dass Menschen, die unter der Armutsgrenze leben, insgesamt einen dreimal so schlechten Gesundheitszustand aufweisen wie Menschen mit hohem Einkommen und doppelt so oft krank sind wie solche mit mittlerem Einkommen (Statistik Austria 2014). Besonders bedeutsam dabei ist auch, dass die durch soziale Ungleichheit in der Kindheit auftretenden gesundheitlichen Folgen eine

hohe Prognosewirkung auch für die Morbidität im Erwachsenenalter haben. Die soziale Benachteiligung wird gleichsam als gesundheitliche Benachteiligung ein Leben lang mitgetragen. So erfüllt sich die Überschrift dieses Kapitels: Die armen Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen. Dies ist nicht etwa bloß eine akademische Annahme oder Diskussion, sondern ein realer Befund der Lebenslaufforschung. So zeigt etwa die Heinz-Nixdorf-Recall-Studie⁷ aus dem Ruhrgebiet, dass die Häufigkeit von Erkrankungen wie Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck und Angina Pectoris bei Erwachsenen im Alter zwischen 45 und 75 Jahren hoch signifikant mit dem Beruf ihres Vaters korreliert – und somit mit dem eigenen sozialen Status in ihrer Kindheit.

Ein Pionier der Lebenslaufforschung, Nico Dragano⁸, schreibt: *„Die Lebenslaufperspektive macht deutlich, dass die Gesundheit eines Menschen das Produkt einer Interaktion von biologischen und sozialen Einflüssen in verschiedenen Stadien seines Lebens ist. Einflüsse, die bereits im Mutterleib auf den Organismus wirken, das Wachstum des Säuglings, seine ersten Sozialisationserfahrungen und die späteren Lebensbedingungen des Kindes, rücken in den Blickpunkt. Denn der Körper scheint negative wie positive Erfahrungen zu ‚erinnern‘, und sie prägen seine Konstitution bis ins hohe Alter.“*

Armut macht krank und Krankheit macht arm

Die oben genannten Aspekte ergeben ein Geflecht an Wirkmechanismen, welche deutlich machen, wie soziale zu gesundheitlicher Ungleichheit führt und umgekehrt. Ökonomische und gesundheitliche Benachteiligungen bedingen einander wechselseitig und zeigen enorme Auswirkungen über die gesamte Lebensspanne. Die gesundheitlichen Unterschiede sind vor allem auf zwei Ebenen zu verstehen: einerseits auf der Ebene von günstigen oder schädlichen Einflüssen während wichtiger Lebens- und Entwicklungsphasen („Modell der kritischen Perioden“) und andererseits auf der Ebene von Summationseffekten verschiedenster Belastungen im Laufe eines Lebens („Kumulationsmodell“).

Für das „Modell der kritischen Perioden“ sind vor allem die Phasen mit großer Wachstums- und Differenzierungsdynamik wie die fötale Entwicklung im Mutterleib, Geburt und die ersten tausend Tage eines Lebens von hoher Bedeutung. Aber auch im weiteren Kindes- und Jugendalter finden wichtige Reifungs- und Entwicklungsprozesse statt. Schädigun-

Armut macht Kinder krank, weil sie unter schlechten Ernährungs-, Wohn- und Umweltbedingungen leben sowie Not, Angst und Scham die Seele belasten.

⁶ Stronegger, Willibald-Julius (1996), Soziale Lage und Gesundheit.

⁷ Erbel, Raimund (2008), Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Zeichen subklinischer Atherosklerose.

⁸ Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009), Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit.



© patrickjohn71 - Fotolia.com

Krankheit macht arm, weil sie die Erwerbstätigkeit behindert und weil Medikamente, Therapien, Heil- und Hilfsmittel oft erhebliche Selbstkosten verursachen.

gen, die in solchen „kritischen Perioden“ gesetzt werden (etwa eine veränderte Insulinausschüttung aufgrund von Unterernährung oder Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen durch Schadstoffe wie Alkohol, Nikotin u. Ä. während der Schwangerschaft) sind grundsätzlich nicht reversibel und verbleiben als faktisches Krankheitsbild oder als hohes Erkrankungsrisiko lebenslang bestehen. Daher spricht man auch von der „biologischen Programmierung“. In Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit in der frühen Kindheit gibt es empirische Befunde etwa zum späteren Ernährungsverhalten, zu Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen u. a. bis hin zu einer Erhöhung eines vorzeitigen Mortalitätsrisikos um 44 Prozent. Diese Effekte sind, ebenso wie ein insgesamt subjektiv und objektiv schlechterer Gesundheitszustand, auch durch einen später höheren Lebensstandard nicht mehr auszugleichen.

Ein ganz besonders bedeutsames Zielorgan frühkindlicher Erfahrungen ist, aufgrund der großen neurobiologischen Plastizität, das menschliche Gehirn. Kein anderes Lebewesen kommt mit einem derart gering determinierten Gehirn auf die Welt wie das menschliche Baby. Gemeinsam mit der Verletzlichkeit der kleinkindlichen Seele sind daher ganz besonders die kognitive Entwicklung und die psychische Gesundheit von diesen frühen prägenden Einflüssen betroffen. Aus der schon vorher genannten Mannheimer Longitudinalstudie etwa sind die faktischen Ausmaße der Auswirkungen von frühkindlichen psychosozialen Risikobelastungen auf die weitere Biografie von Kindern und Jugendlichen bekannt. In dieser seit dem Jahr 1989 laufenden Kohortenstudie wurde die Entwicklung von Kindern mit Umfeldrisiken wie Armut, geringem Bildungsstand,

psychischer oder chronischer Erkrankung der Eltern, Gewalterfahrung u. a. m. in regelmäßigen Abständen verfolgt. Die Ergebnisse sind gleichzeitig beeindruckend und erschreckend: Der Anteil von kognitiv entwicklungsverzögerten Achtjährigen war in der hoch belasteten Gruppe mit 27,7 Prozent knapp dreimal so hoch wie in der unbelasteten Gruppe, die Rate von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern dieser Altersgruppe lag bei 41,4 Prozent. Die Weiterverfolgung der Kohorte ergab bei denselben später 19-Jährigen eine elfmal so hohe Rate an Suchterkrankungen, dreimal so viele Störungen des Sozialverhaltens und eine Verdoppelung von affektiven und depressiven Störungen. Die pathologischen Folgen von traumatischen Erfahrungen sind heute bis hinein in den genetischen Code nachweisbar, was auch die Übertragung einer Vulnerabilität in die nächste Generation wahrscheinlich macht.⁹

Dem „Kumulationsmodell“ hingegen liegt das Wissen zugrunde, dass viele, vor allem chronische Erkrankungen oftmals erst durch die Kombination verschiedener Belastungsfaktoren ausgelöst werden oder im Laufe des Lebens durch die Summation von negativen Gesundheitseinflüssen wie Lebensstil, schwierigen Life-Events, Umweltbedingungen etc. im Sinne von Verursachungs- oder Risikoketten entstehen. Es gibt also zumeist nicht bloß den einen Auslöser oder Erkrankungshintergrund einer Störung, sondern oftmals „ein Bündel von Faktoren, die in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter wirken, sich gegenseitig verstärken oder abschwächen bzw. in zeitlichen Sequenzen folgen“¹⁰.

Risikoketten oder Teufelskreise können sich auf unterschiedlichen Ebenen bilden. Dies geschieht einerseits auf der Ebene von direkten Krankheitslinien wie z. B. Rauchen in der Schwangerschaft (Passivrauchen des Säuglings) oder früher Rauchkarriere des Jugendlichen mit allen Gesundheitsfolgen des jeweiligen Alters. Dasselbe gilt für Alkoholkonsum oder Übergewicht und für transgenerationale psychische Störungen, Folgen von Gewalterfahrung bis hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit vorzeitigem Ableben bei Familien mit hohem Stresspotential und wenig Hilfe beim Erlernen von Stressregulation (wie elterliches Trösten, Beruhigen, Haltgeben u. Ä.). Auf dieser Ebene spielen der Lebensstil und die Vorbildwirkung der Eltern eine große Rolle.

Oftmals verschränkt sich eine solche direkt krankheitsbezogene Wirkungskette auch noch mit sozialen Selektionsprozessen, die mit unterschiedlichen Chancen schulischer Bildung einhergehen und über die weitere Berufswahl und den sozialen Status im Er-

9 In Tierversuchen etwa ist die Übertragung von erhöhten Stresshormonen nach frühkindlicher Verwahrlosung in die nächste Generation zweifelsfrei nachgewiesen.

10 Blane, D. (2006), *The Life Course, the Social Gradient and Health*, zitiert aus: Richter, M. (2009), *Gesundheitliche Ungleichheit*.

wachsenalter entscheiden. Die berühmte Längsschnittuntersuchung von Feinstein¹¹ zeigt in beeindruckender Weise, wie die Bildungskarriere in allerfrühester Kindheit weit überwiegend vom sozialen Status der Familie und nicht von der Begabung des Kindes bestimmt wird (Abbildung 1). Mit etwa sieben Jahren hat die Kohorte der schwach begabten Kinder aus guten sozialen Verhältnissen jene der gut begabten Kinder aus schwachen sozialen Verhältnissen kognitiv überholt, und dieser Prozess schreitet auch sukzessive weiter fort. Die Höhe des Bildungsabschlusses wiederum bestimmt die mögliche Berufswahl und somit das Einkommensniveau und die weiteren sozialen Lebensumstände. Ein daraus häufig entstehender ungesunder Lebenswandel – mit der Tendenz, Lebenszufriedenheit über leicht verfügbare Konsumgüter herzustellen – schließt dann wieder den Kreis der negativen gesundheitlichen Wechselwirkungen (siehe Heinz-Nixdorf-Recall-Studie).

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Kinder machen 20 Prozent der Bevölkerung in Österreich aus, ihnen kommen laut Gesundheit Österreich GmbH¹² aber nur 5,8 Prozent der Gesundheitsausgaben zu! Auch dieses Faktum zeigt eine systematisch-strukturelle Benachteiligung dieser Bevölkerungsgruppe. Die Länder der Europäischen Union geben insgesamt im Durchschnitt 6,4 Prozent, Deutschland mit 8,3 Prozent und Großbritannien mit 9,6 Prozent sogar fast das Doppelte für ihre junge Generation aus. Auch im Bereich der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention liegt Österreich mit 2,5 bis drei Prozent deutlich unter dem durchschnittlichen Maß von Industriestaaten im internationalen Vergleich. Daraus entstehende Unterversorgungen im präventiven wie kurativen Bereich treffen arme Kinder häufiger und härter, weil deren Eltern sich benötigte Gesundheitsleistungen nicht „zukaufen“ können.

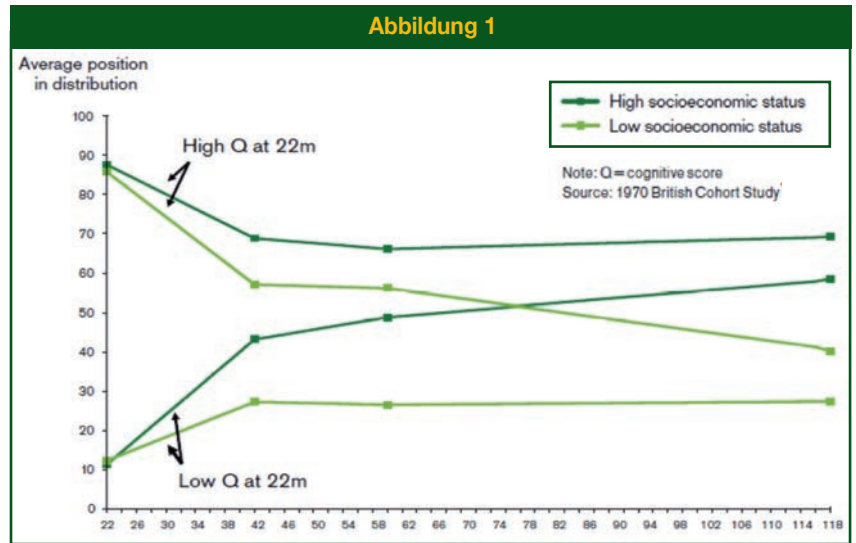
Resümee

Armut macht Kinder krank, weil

- sie unter schlechteren Ernährungs-, Wohn- und Umweltbedingungen leben,
- Existenzangst, Stress, Not und Scham die Seele belasten und
- ihre Eltern weniger Zeit und Geld für Förderungs- und Genesungsprozesse haben.

Krankheit macht Familien arm, weil

- das Sich-Kümmern um ein (chronisch) krankes Kind die Erwerbstätigkeit behindert,



- Medikamente, Therapien, Heil- und Hilfsmittel z. T. erhebliche Selbstkosten verursachen und diese eine große – oftmals nicht bewältigbare – finanzielle Belastung darstellen, da sie zum großen Teil vorfinanziert werden müssen und auf die Refundierung oft lange gewartet werden muss.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit von Beginn des Lebens an ist eine der wichtigsten Ressourcen, die wir Kindern mit auf ihren Lebensweg geben können. Es ist wesentlich sinnvoller, heute in eine gute Gesundheit und Entwicklung von Kindern zu investieren und mit geringerem Aufwand Chancen für sie zu schaffen, als später kostenintensiv chronisch kranke Erwachsene behandeln zu müssen.

Kinder werden – wie in vielen anderen gesellschaftspolitischen Materien auch – in der Sozialberichterstattung kaum als eigenständig zu untersuchende Bevölkerungsgruppe, sondern lediglich als Teil armutsbedrohter Haushalte oder gar als Ursache für Armutsbedrohung von Haushalten wahrgenommen. Kinder und Jugendliche sind aber Subjekte mit eigenständigen Rechten und nicht bloß Teil oder gar Verursacher von Familienarmut.

Gesundheitliche Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche beginnt daher bei der Gleichwürdigung ihrer Rechte!

Chancengerechtigkeit bezüglich Bildung und Gesundheit von Beginn des Lebens an ist eine der wichtigsten Ressourcen, die wir Kindern mit auf ihren Lebensweg geben können.



11 Feinstein, Leon: (2003), Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort.
12 Röhrling et al 2010, zitiert Zinzel 2012.