

Klocke, Andreas

Armut im Kontext. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in deprivierten Lebenslagen

ZSE : Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 26 (2006) 2, S. 158-170



Quellenangabe/ Reference:

Klocke, Andreas: Armut im Kontext. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in deprivierten Lebenslagen - In: ZSE : Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 26 (2006) 2, S. 158-170 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-56463 - DOI: 10.25656/01:5646

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-56463>

<https://doi.org/10.25656/01:5646>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, auführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

ZSE Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation **Journal for Sociology of Education and Socialization**

26. Jahrgang / Heft 2/2006

Schwerpunkt/Main Topic

Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen Poverty and Social Inequality among Children and Adolescents

Sabine Walper

Einführung in das Themenheft „Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen“

Introduction to the Topic “Poverty and Social Inequality among Children and Adolescents” 115

Wolfgang Edelstein

Bildung und Armut. Der Beitrag des Bildungssystems zur Vererbung und zur Bekämpfung von Armut

Education and Poverty: Contribution of the Educational System to the Transmission of and Fight against Poverty 120

Hartmut Ditton, Jan Krüskén

Sozialer Kontext und schulische Leistungen – zur Bildungsrelevanz segregierter Armut

Social Context and School Achievements – the Educational Relevance of Segregated Poverty 135

Andreas Klocke

Armut im Kontext: Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in deprivierten Lebenslagen

Poverty in Context: Health and Health Behavior among Children and Adolescents in Deprived Living Conditions 158

Uwe Flick, Gundula Röhnsch

„Ich vertrau der anderen Person eigentlich ...“ – Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von Jugendlichen

“Actually, I trust the Other Person ...” – Poverty and Homelessness as Contexts of Adolescents’ Sexual Risk Taking and Protection 171

Beiträge

Würdigung <i>Appreciation</i>	188
--	-----

Jürgen Zinnecker Jugendforschung als soziales Feld und als Erfahrung von Biografie und Generation – Für Helmut Fend <i>Youth Research as Social Field and as Experience of Biography and Gene- ration – To Helmut Fend</i>	189
---	-----

Barbara Stauber, Manuela du Bois-Reymond Familienbeziehungen im Kontext verlängerter Übergänge. Eine inter- generative Studie aus neun europäischen Ländern <i>Family Relationships and Prolonged Transitions of Young People. A 9-Country Comparison</i>	206
--	-----

Rezension/Book Review

<i>Einzelbesprechung</i> Stephan Drucks über Lüscher/Liegle	222
--	-----

Aus der Profession/Inside the Profession

<i>Veranstaltungskalender</i>	224
-------------------------------------	-----

<i>Vorschau/Forthcoming Issue</i>	224
---	-----

Armut im Kontext: Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in deprivierten Lebenslagen

Poverty in Context: Health and Health Behavior among Children and Adolescents in Deprived Living Conditions

In dem Beitrag wird die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen analysiert. Die Frage richtet sich auf die Bedeutsamkeit von Armut im Kontext weiterer sozialer Merkmale. Dazu werden die gesundheitlichen Zielvariablen nach folgenden Merkmalen aufgebrochen: nach Alter, Geschlecht und Nationalität, Armut, Wohnumfeld und Familienform sowie der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und der Schulumgebung. Datengrundlage ist die im Jahre 2002 durchgeführte Studie „Health Behaviour in School-Aged Children – A WHO Cross National Study“, eine alle vier Jahre durchgeführte repräsentative Schülerbefragung in über 35 Ländern. Hier wird der deutsche Teildatensatz herangezogen (N = 5.650). Die Analysen zeigen einen signifikanten Effekt der Armut auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, der allerdings von anderen sozialstrukturellen und sozialen Faktoren z.T. deutlich überlagert wird.

Schlüsselwörter: Jugendliche, Gesundheit, Armut

The paper aims to investigate the effects of poverty in the context of other socio-economic factors on the health of young people. Database is the 2002 survey „Health Behaviour in School-Aged Children – A WHO Cross National Study“. In the paper data from Germany is analysed (N = 5.650). Findings show that there is a significant effect of poverty on the health of young people, but these effects are partially out weighted by other social factors like the quality of parent-child relation, neighbourhood or school climate.

Keywords: youth, health, poverty

1. Einleitung

In den Sozial- und Erziehungswissenschaften ebenso wie in der Gesundheitswissenschaft wird lebhaft über die Bedeutung einzelner sozialstruktureller und soziokultureller Merkmale für die Sozialisation bzw. die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen diskutiert. Eine herausgehobene Stellung nimmt dabei die Armut ein (vgl. stellvertretend: Butterwegge, Holm & Imholz, 2004; Zander, 2005; Mielck, 2001; Jungbauer-Gans & Kriwy, 2004). Eine familiäre Armutslage hat unzweifelhaft vielfältige Auswirkungen auf die gesamte Sozialisation der Kinder und Jugendlichen (vgl. BMFSFJ: 11. Kinder und Jugendbericht, 2002). In diesem Beitrag soll dem Stellenwert der Armut im Kontext weiterer erklärender Einflussgrößen nachgegangen werden. Aus dem breiten Kranz der Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wird hier dem gesundheitlichen Befinden und dem Gesundheitsverhalten nachgegangen.

Viele Gesundheitsstudien konnten feststellen, dass ein klarer sozialer Gradient zwischen sozialer Lebenslage bzw. Armut und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorliegt (Klocke & Lampert, 2005; Richter, 2005; Mielck, 2005). So gut dies einerseits dokumentiert ist, so fest steht andererseits, dass nicht alle Effekte einer schlechteren Gesundheit sich ausschließlich und kausal auf eine materielle Armut zurückführen lassen (Walper, 1997). Vielen zugeschriebenen oder erworbenen Merkmalen sozialer Ungleichheit kommt eine eigenständige oder moderierende Kraft zu. Dies kann schon daraus abgeleitet werden, dass der Armutsbegriff selbst diese Konnotationen frei gibt. Der Armutsbegriff richtet sich auf Haushalte, die über nur so geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die von der Allgemeinheit als unterste Grenze des Akzeptablen angesehen wird (Europäische Kommission, 1995). Zur Bestimmung dieser Grenze sind verschiedene Wege vorgeschlagen worden, die am Einkommen, der Versorgung in zentralen Lebensbereichen, dem für notwendig erachteten Lebensstandard oder politisch-normativen Vorgaben ansetzen (Klocke, 2000; Zimmermann, 2002). Es sind also keineswegs nur materielle Größen im engeren Sinne (Einkommen, Vermögen), die eine Armutslage definieren. Es sind vielmehr messtechnische Gründe, die zu einer hauptsächlichen Bezugnahme auf die Einkommenssituation führen. Armutsmaße, die auf die gesamte Lebenssituation eines Menschen Bezug nehmen, sind anspruchsvoll und entsprechend selten in der Armutsliteratur zu finden.

Gegenwärtig wird in Einklang mit den Vorgaben der EU ein Einkommensarmutsrisiko ausgewiesen. Entsprechend dieser Richtlinie wird deutlich, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland überproportional häufig in Haushalten leben, die als einkommensarm einzustufen sind. Im Jahr 2002 waren 13 – 20% der unter 18-Jährigen in den alten und 15 – 17% in den neuen Bundesländern durch Armut bedroht. Die Vergleichswerte für die 18- bis 64-Jährigen (West: 11,3%, Ost: 12,9%) und auch der über 65-Jährigen (West: 13,6%, Ost: 5,2%) lagen deutlich niedriger.¹

Gehen wir von dieser Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit einem Armutsrisiko aus, so kommen weitere sozialstrukturelle und soziokulturelle Merkmale in den Blick, die für die konkrete Lebenssituation ebenso wie für die gesundheitliche Situation von Belang sind. Von besonderem Interesse sind hierbei Faktoren, die das Risiko für Armutslagen erhöhen, ihrerseits als Kennzeichen von Armut gelten oder als zusätzliche sozial-emotionale Belastungen aus Armut resultieren können. Im Folgenden betrachten wir zunächst die askriptiven Merkmale sozialer Ungleichheit: Alter, Geschlecht und Nationalität. Neben diesen biografischen Merkmalen werden folgende sozialstrukturelle Dimensionen berücksichtigt: Arbeitslosigkeit der Eltern, Armut, Wohnumfeld und Famili-

¹ Quelle: SOEP 2002, eigene Berechnungen. Die höheren Armutsrisikoquoten in Westdeutschland hängen mit der größeren Einkommensspreizung zusammen; in Ostdeutschland sind die Haushaltseinkommen konzentrierter. Ein Blick auf die Äquivalenzeinkommen zeigt aber auch, dass die Einkommen in den neuen Bundesländern immer noch deutlich unter denen in den alten Bundesländern liegen. Bei Vorgabe eines Schwellenwertes für das gesamte Bundesgebiet findet sich damit in Ostdeutschland ein höheres Armutsrisiko als in Westdeutschland.

enform. Zwei weitere Faktoren beziehen sich auf die emotionalen Belastungen im sozialen Kontext: die Eltern-Kind-Beziehung und die Schulumgebung. Ziel der folgenden Analysen ist es, die Bedeutung der einzelnen sozialstrukturellen sowie der emotionalen Merkmale zu bestimmen und damit ihren Erklärungsbeitrag zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten in ihren Wechselwirkungen mit der Armut aufzuzeigen. Dabei wird als Arbeitshypothese angenommen, dass die materielle Armutslage auch im Kontext weiterer Bedingungsfaktoren einen eigenständigen Effekt auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ausübt.

2. Theoretischer Rahmen

Für Kinder und Jugendliche kann sich die Armut, der sozioökonomische Status ihrer Herkunftsfamilie, in mannigfaltiger Weise auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirken. Die Zusammenhänge von sozialer Herkunft und Entwicklungsverzögerungen, wie sie in einer Vielzahl von sozialpädiatrischen Untersuchungen nachgewiesen wurden (AWO, 2000), zeichnen das Bild einer Kumulation und Verschränkung von Benachteiligungen der Kinder aus sozial schwachen Familien. Die Entwicklung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist aber nicht allein an der zunehmenden Armut zu bemessen. Neben einer wachsenden Minderheit, die in Armutsverhältnissen aufwächst, lebt auf der anderen Seite des sozialen Spektrums eine ebenfalls wachsende Zahl der Kinder und Jugendlichen in sehr wohlhabenden Familien. Gerade im Jugendalter spielen soziale Vergleiche aber eine wichtige Rolle für die soziale Integration und Teilhabe in der Gleichaltrigen-gruppe. Deshalb ist es häufig die Auseinanderentwicklung der Lebensbedingungen, die deutliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen hat. Um die psychosozialen Belastungen, die mit der Armut einhergehen, richtig erfassen zu können, wird hier auf das Belastungs-Bewältigungsparadigma der Stresstheorie Bezug genommen (Lazarus, 1991; Pearlin, 1987). Dort wird ausgeführt, dass belastende Lebensumstände zu je spezifischen Bewältigungsreaktionen führen. Eine Bewältigung von belastenden Situationen oder Lebensumständen muss nun nicht notwendigerweise in gesundheitsförderlicher Form ablaufen. Alle Bewältigungsmuster die Entspannung versprechen, zählen hierzu, also auch der Griff zur Zigarette oder ein erhöhter TV-Konsum. Die Chancen eines gesundheitsverträglichen Bewältigungshandelns steigen naturgemäß mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen und sind insofern auch sozial gefiltert (Furstenberg et al., 1999; Klocke, 2001). Je mehr auf tragfähiges soziales Kapital zurückgegriffen werden kann und je höher die kognitiven und sozialen Kompetenzen ausgebildet sind, desto eher kann von einem langsichtigen und gesundheitskonformen Bewältigungshandeln ausgegangen werden. Armut bezeichnet in diesem Kontext belastende Lebensumstände, die in der Mehrzahl zu gesundheitlichen Belastungen sowie einem ungünstigeren Bewältigungshandeln (Gesundheitsverhalten) führen. Die Wirkungen der Armutslage der Kinder und Jugendlichen wird im Folgenden im Wechselspiel mit anderen Merkmalen sozialer Ungleichheit betrachtet, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass nur die Armut eine belastende Lebenssituation darstellt.

3. Datengrundlage und Methoden

3.1 Daten

Datenbasis ist die Studie „Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Cross National Survey“ (HBSC), die alle vier Jahre in über 35 Ländern Europas sowie in Nordamerika und in Israel durchgeführt wird und ca. 200.000 Kinder und Jugendliche mit einem einheitlichen Forschungsdesign zu vielerlei Aspekten ihrer Gesundheit und ihres Gesundheitsverhaltens befragt (Currie, Roberts, Morgan et al., 2004). In Deutschland ist die Studie in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin durchgeführt worden.² Es werden in der Studie Schülerinnen und Schüler der fünften, siebten und neunten Klassen an allgemein bildenden Schulen befragt. Dazu wird eine repräsentative Zufallsstichprobe aus allen allgemein bildenden Schulen des jeweiligen Bundeslandes gezogen. Die Auswahl der befragten Schulklassen (Klumpenstichprobe) orientierte sich an der statistischen Verteilung nach dem Alter und den besuchten Schulformen in dem jeweiligen Bundesland. Es wurden ganze Schulklassen befragt und die Ausfallquoten liegen, je nach Bundesland und Krankenstand, bei wenigen einstelligen Prozentpunkten. In Tabelle 1 wird ein Überblick über die Stichprobe gegeben.

Tabelle 1: Stichprobenstruktur HBSC Datensatz 2002

	N	Jungen	Mädchen
Bundesland		%	%
Nordrhein-Westfalen	3.339	58	60
Hessen	1.081	19	19
Sachsen	681	13	12
Berlin	549	10	10
Alter			
5. Klasse, Durchschnittsalter: 11,56	2.100	51	50
7. Klasse, Durchschnittsalter: 13,63	1.801	49	51
9. Klasse, Durchschnittsalter: 15,65	1.749	48	52
Gesamt	5.650	49	51

Quelle: HBSC 2002 Daten für Deutschland (N = 5.650)

3.2 Methode und Variablen

Es wird den Wirkungen verschiedener sozialer Merkmale, einzelner Lebenslagen bzw. Lebensformen nachgegangen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Arbeitslosigkeit, Armut, Wohnumfeld, Familienform, Eltern-Kind-Beziehung

2 Deutsches HBSC Konsortium: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Universität Bielefeld (Leitung); Prof. Dr. Andreas Klocke, FH Frankfurt am Main; Prof. Dr. Wolfgang Melzer, TU Dresden; PD Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Robert-Koch Institut Berlin.

sowie der Schulatmosphäre. Zielvariablen sind die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Folgende Variablen und Indizes finden Verwendung:

Die abhängigen Variablen

Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Es werden verschiedene Konzepte und Indikatoren einzelner Gesundheitsaspekte berücksichtigt: Zunächst wird die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit durch die befragten Kinder und Jugendlichen berücksichtigt (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“). Darüber hinaus wird das Niveau der gesundheitlichen Belastung in der HBSC-Studie über eine Liste von elf Beschwerdeformen (Kopf-, Bauch-, Rücken- und Nackenschmerzen, sowie Reiz- und Erschöpfungszustände u.ä.) gemessen, für die die Befragten die Häufigkeit des Auftretens auf einer fünfstufigen Skala von „selten oder nie“ bis „fast täglich“ angeben können. Ein prekärer Gesundheitszustand ist als das gleichzeitige Auftreten von drei oder mehr mindestens wöchentlichen Beschwerdeformen definiert. Die mentale Gesundheit lässt sich an einem Mittelwert-Index ablesen, der auf Aspekten des psychologischen Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls basiert und aus dem Lebensqualitätsfragebogen für Kinder (KINDL) sowie dem Child Health Questionnaire (CHQ) stammt (vgl. Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000; Ravens-Sieberer, Thomas & Erhart, 2003). Die Skala umfasst zehn Items³ und rangiert zwischen null und vier (Cronbach's Alpha = 0,84). Als schlechte mentale Gesundheit wird ein Wert unter zwei angesehen. Dieses Maß kann auf Grund der emotionalen und sozialen Bezogenheit gut als abhängige Variable betrachtet werden, die sowohl emotionale Defizite wie auch Belastungen durch gesundheitliche Beschwerden misst. Des Weiteren werden auch einige Aspekte des Gesundheitsverhaltens direkt berücksichtigt, so das Rauchen (mindestens wöchentlich), die Zahnhygiene (seltener als 1mal täglich), Fernseh- und Videokonsum (mindestens fünf Stunden an Schultagen) und das Ernährungsverhalten (kein Frühstück an Schultagen).

Die unabhängigen Variablen

Alter. Das Alter muss insbesondere im Bereich des Gesundheitsverhaltens als wichtige Kategorie angesehen werden. *Geschlecht.* Das Geschlecht stellt im Bereich der Gesundheitsforschung generell eine überaus wichtige Variable dar. Geschlechtsspezifisch Gesundheitsverhaltensmuster ebenso wie gesundheitliche Beeinträchtigungen sind ausreichend dokumentiert (Kolip, 2002; Klocke & Becker, 2003).

Nationalität. Die Nationalität der Kinder und Jugendlichen nimmt Bezug auf die Gruppe der ethnischen Minderheiten in Deutschland. Die Randstellung Jugendlicher mit Migrationshintergrund ist in der Jugendsoziologie gut dokumentiert und wirkt sich auf das gesundheitliche Wohlbefinden aus. Es wird die Nationalität des Vaters abgefragt, die einen besseren Indikator für die ethni-

3 Die Items lauten: In den letzten 4 Wochen „... sich traurig gefühlt haben“, „... unglücklich waren“, „... glücklich waren“, „... das was sie getan haben Freude machte“, „... Spaß hatten“, „... sich einsam fühlten“ sowie „stolz auf sich waren“, „sich in ihrer Haut wohl fühlten“, „sich selbst gut leiden mochten“, und „viele gute Ideen hatten“.

sche Zugehörigkeit darstellt als die Nationalität der befragten Kinder, die z. T. die deutsche Staatsangehörigkeit haben. Es wird nach deutsch und nicht deutsch unterschieden.

Neben diesen biografischen Merkmalen werden folgende sozialstrukturellen Dimensionen berücksichtigt:

Arbeitslosigkeit der Eltern. Der Erwerbsstatus von Vater und Mutter wird dahingehend gebündelt, dass „mindestens ein erwerbstätiger Elternteil“ und „kein erwerbstätiger Elternteil“ in der Familie unterschieden wird.

Armut. Die sozioökonomischen Lebensbedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche aufwachsen, wird durch einen Summenindex aus verschiedenen standardisierten Wohlstandsindikatoren abgebildet. In der HBSC-Studie wird die soziale Lebenslage der Kinder mit der „Family Affluence Scale“ (FAS) (Currie et al., 1997) erfasst.

Die FAS-Skala berücksichtigt die Ausstattung der Haushalte mit materiellen Gütern. Dabei kommen Indikatoren zur Anwendung, die auch von den jüngeren Kindern sicher beantwortet werden können. Es wird folglich mit vergleichsweise einfachen, aber robusten Indikatoren der sozialen Lebenslage gearbeitet. Die FAS-Skala benutzt insgesamt vier Indikatoren aus dem internationalen Standardfragebogen⁴:

- Indikator 1: „Besitzt deine Familie ein Auto?“
[(1) nein, (2) ja, eins, (3) ja, zwei oder mehr]
- Indikator 2: „Hast du ein eigenes Zimmer nur für dich allein?“
[(1) nein, (2) ja]
- Indikator 3: „Wie häufig bist du mit deiner Familie in den letzten 12 Monaten in Urlaub gefahren?“
[(0) überhaupt nicht, (1) einmal, (2) zweimal, (3) mehr als zweimal]
- Indikator 4: „Wie viele Computer besitzt deine Familie insgesamt?“
[(0) keinen, (1) einen, (2) zwei, (3) mehr als zwei]

Den nationalen Forschergruppen steht es frei, darüber hinaus weitere Indikatoren der sozialen Lebenslage einzuschließen. So sind in der deutschen Befragung auch Indikatoren zum kulturellen Kapital der Familien (Bücherbesitz) aufgenommen (vgl. Klocke & Becker, 2003):

- Indikator 5: „Wie viele Bücher gibt es ungefähr bei dir zu Hause? Zähle keine Zeitschriften, Zeitungen oder Schulbücher mit [(1) keine, oder sehr wenige, (2) etwa ein Bücherbrett, (3) etwa ein Regal, (4) etwa zwei Regale, (5) drei oder mehr Regale]

Die Summe der standardisierten Einzel-Items wurde in Quintile eingeteilt. Als Armutslage wird das unterste Quintil dieses Summenindex verstanden.

Wohnumfeld. Zu dem unmittelbaren Wohnumfeld der Kinder und Jugendlichen werden eine ganze Reihe von Statements abgefragt. Hier wird das Item „Die

4 Die einzelnen Indikatoren der FAS Skala werden in einem Summenwert aufaddiert und in drei Kategorien untergliedert: niedrige, mittlere und hohe Positionen (vgl. zur genauen Anweisung: Boyce & Dallago, 2004).

Gegend ist gut zum Leben.“ herangezogen, das von (1) Zustimmung bis (5) Ablehnung reicht.

Familienform. Bei der Familienform wird zwischen Paar- und Einelternfamilien unterschieden, um die besondere Lebenslage der Kinder in Einelternfamilien einzufangen. Es werden alle Konstellationen, die durch ein allein erziehendes Elternteil im hauptsächlichen Zuhause charakterisiert sind, als Einelternfamilie betrachtet und den Paarfamilien gegenübergestellt.

Eltern-Kind-Beziehung. Die Eltern-Kind-Beziehung, das Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Kindern, stellt einen ganz entscheidenden Faktor in der (Gesundheits-)Sozialisation von Kindern und Jugendlichen dar. In der HBSC-Studie lautet die Frageformulierung: „Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen?“ [(1) sehr leicht, (2) leicht, (3) schwierig, (4) sehr schwierig, (5) ich habe diese Person nicht].

Schulatmosphäre. Aus einer Vielzahl von Schulklimavariablen wird das Item „An meiner Schule kann man sich wohl fühlen“ herangezogen [Skalierung von (1) „stimmt genau“ bis (5) „stimmt überhaupt nicht“]. Die beiden untersten, ablehnenden Aussagen werden als negative Schulatmosphäre gewertet.

4. Ergebnisse

In einer ersten Analyse werden Belastungen der mentalen Gesundheit sowie das Rauchverhalten als zwei Zielvariablen der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens im Zusammenhang mit den unabhängigen Merkmalen bivariat präsentiert (Tabelle 2), um Aufschluss über die einzelnen Einflussfaktoren geben zu können.

Zunächst fällt auf, dass alle unabhängigen Variablen einen signifikanten Zusammenhang zu Belastungen der mentalen Gesundheit, aber keineswegs alle Variablen einen signifikanten Zusammenhang zum Rauchen aufweisen. Dieses (uneinheitliche) Muster ist in weiteren Analysen (hier nicht ausgewiesen) ebenfalls wieder zu finden. Das heißt, je nach Zielvariable variiert die Bedeutung einzelner unabhängiger Variablen. Neben diesem ersten Ergebnis zeigt eine genauere Inspektion der Daten, dass die mentale Gesundheit ebenso wie das Rauchen besonders starke Zusammenhänge zu den unabhängigen Variablen: Wohngegend, Schulatmosphäre, Eltern-Kind-Beziehung und Familienform aufweisen, wobei das Rauchen erwartungsgemäß einen weiteren starken Zusammenhang mit dem Alter aufweist. So steigt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine negative mentale Gesundheit berichten, von 10% auf 27%, wenn sie in einer „schlechten“ statt in einer „guten“ Wohngegend leben⁵. Noch deutlicher fällt der Sprung von einer „positiven“ (8%) zu einer „negativen“ Schulatmosphäre (25%) und von einer „Bezugsperson vorhanden“ (9%) zu „keiner“ Bezugsperson vorhanden (24%) in der Eltern-Kind-Beziehung aus. Gegenüber der Zweielternfamilie (11%) liegt der Anteil der Kinder mit einer negativen mentalen Gesundheit bei der Einelternfamilie bei 18%. Ähnlich verhalten sich die Zahlen bei den Rauchern, deren Anteil in Abhängigkeit von der Wohngegend

⁵ Gerundete Zahlen

von 14% auf 28%, in Abhängigkeit von der Schulatmosphäre von 12% auf 29%, in Abhängigkeit von der Eltern-Kind-Beziehung von 14% auf 24% und in Abhängigkeit von der Familienform von 15% auf 21% ansteigt. Die stärker auf die materielle Lebenslage hinweisenden Merkmale, Armut und Erwerbstätigkeit der Eltern, weisen hingegen deutliche geringere bzw. zum Rauchen auch keine signifikanten Zusammenhänge auf. Das Geschlecht zeigt nur zur mentalen Gesundheit einen klaren signifikanten Zusammenhang, indem die Mädchen dort einen höheren Anteil mit negativer mentaler Gesundheit stellen.

Tabelle 2: Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen nach sozialen Merkmalen, Angaben in Prozent*

	Mentale Gesundheit (negativ)		Rauchen (wöchentlich)	
Insgesamt	11,6	CV¹	15,5	CV¹
Alter				
10-14 Jahre	9,9		6,3	
15-17 Jahre	14,7	0,07	32,1	0,34
Geschlecht				
Jungen	7,0		15,3 n.s.	
Mädchen	16,0	0,14	15,7 n.s.	—
Nationalität des Vaters				
deutsch	11,0		16,0 n.s.	
nicht deutsch	13,4	0,03	13,7 n.s.	—
Erwerbstätigkeit der Eltern				
mind. 1 erwerbstätiges Elternteil	11,0		15,3 n.s.	
kein erwerbstätiges Elternteil	18,7	0,06	17,5 n.s.	—
Soziale Lage (Armut)				
keine Armut (obere Quintile)	10,7		15,6 n.s.	
Armut (unterstes Quintil)	15,1	0,06	15,5 n.s.	—
Wohngegend				
gut	10,4		14,3	
schlecht	27,2	0,13	28,1	0,09
Familienform				
zwei Elternteile	10,6		14,6	
Einelternteil	18,1	0,08	21,2	0,06
Eltern-Kind-Beziehung				
mind. 1 Bezugsperson	8,9		13,8	
keine Bezugsperson zum Reden	23,6	0,18	23,5	0,10
Schulatmosphäre				
positiv	8,4		12,4	
negativ	24,9	0,20	28,6	0,17

Quelle: HBSC 2002 Daten für Deutschland (N = 5.650)

* wenn nicht anders ausgewiesen, sind alle Zusammenhänge signifikant auf dem Niveau $p \leq 0,05$

1 Cramer's V

n.s. = nicht signifikant

Im Folgenden werden die vorgestellten Faktoren sozialer Ungleichheit in ihrer relativen Erklärungskraft für das Gesundheitsverhalten der Kinder untersucht. In Tabelle 3 sind alle Zielvariablen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens aufgenommen, wobei die jeweiligen Effekte der unabhängigen Variablen als Odds Ratio-Werte ausgewiesen sind.⁶

Tabelle 3: Einflüsse ausgewählter sozialer Merkmale auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen (Logistische Regressionen, Odds Ratios, Zielvariablen: unerwünschte Verhaltensweisen bzw. ein unerwünschter Gesundheitszustand)

	subj. Gesundheit	Gesundheitliche Beschwerden	Mentale Gesundheit	Rauchen	Zahnhygiene	TV/Video	kein Frühstück
Alter							
Intervallskaliert als Kovariate	n.s.	n.s.	n.s.	2,205***	0,910*	1,134***	1,219***
Geschlecht							
(RK: Jungen)							
Mädchen	1,572***	2,100***	3,006***	n.s.	0,290***	0,808**	1,284**
Nationalität des Vaters							
(RK: deutsch)							
Nicht deutsch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	1,896***	1,431***	n.s.
Erwerbstätigkeit der Eltern							
(RK: mind. 1 erwerbstätiges Elternteil)							
Kein erwerbstätiges Elternteil	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Soziale Lage (Armut)							
(RK: obere Quintile)							
Unteres Quintil (Armutslage)	1,292*	1,446**	1,264**	n.s.	0,233*	2,039***	1,480**
Wohngegend							
(RK: gut)							
schlecht	2,272***	2,473***	2,304***	2,219***	1,643**	n.s.	1,553***
Familienform							
(RK: zwei Elternteile)							
Ein Elternteil	1,442***	n.s.	n.s.	1,452***	n.s.	n.s.	1,279**
Eltern-Kind-Beziehung							
(RK: mind. 1 Bezugsperson)							
Keine Bezugsperson zum Reden	1,834***	1,731***	2,755***	1,218*	n.s.	n.s.	1,575***
Schulatmosphäre							
(RK: positiv)							
negativ	2,485***	2,539***	3,326***	1,972***	1,513**	1,566***	1,417***
Nagelkerke R²	0,096	0,106	0,178	0,269	0,070	0,047	0,066
N	4.493	4.531	4.470	4.520	4.511	4.307	4.477

Signifikanzniveaus: * p≤0,10; ** p≤0,05; *** p≤0,01; n.s. = nicht signifikant
a RK: Referenzkategorie

Quelle: HBSC 2002 Daten für Deutschland (N = 5.650)

6 Es werden hier nur die Haupteffekte der unabhängigen Variablen dargestellt, nicht aber deren Wechselwirkungen untereinander. Zudem ist die Varianzaufklärung in einzelnen Fällen unbefriedigend, was hier aber aus heuristischer Sicht vernachlässigt wird, da die Fragestellung auf die Bedeutung der Armut im Kontext anderer Merkmale gerichtet ist und nicht ein möglichst gut angepasstes Erklärungsmodell gesucht wird.

Im Gegensatz zu Tabelle 2, in der die Zielvariable des Rauchens nur zu wenigen unabhängigen Variablen einen signifikanten Zusammenhang aufweist, können in Tabelle 3 Gruppen von unabhängigen Variablen erkannt werden, die unterschiedliche Effekte auf die Zielvariablen aufweisen. So erweist sich in der multivariaten Analyse die Arbeitslosigkeit der Eltern, aber auch die Nationalität des Vaters als wenig einflussreich. Lediglich die Nationalität hat auf die Zahnhygiene (OR: 1,9) und den TV- bzw. Videokonsum (OR: 1,4) einen Einfluss. Dass die Arbeitslosigkeit keinen Effekt aufweist, mag damit zusammenhängen, dass in der Stichprobe der Anteil der Arbeitslosigkeit der Eltern deutlich unter der offiziellen Quote zum Befragungszeitpunkt liegt und somit als nicht valide angesehen werden muss. Trotzdem bleibt dieser Befund bemerkenswert. Die Armut selbst weist – mit der Ausnahme des Rauchens – auf die übrigen Zielvariablen signifikante Effekte auf, jedoch sind diese vergleichsweise schwach (OR: 1,2-1,5), lediglich der TV/Video Konsum ist durch die Armutslage besser vorhersagbar (OR: 2,1). Deutlich stärkere Effekte zeigt die Wohngegend, die bis auf den TV- und Videokonsum starke Effekte auf das gesundheitliche Befinden (OR: 2,2-2,5) und mit etwas schwächeren Effekten auch auf das Gesundheitsverhalten (OR: 1,5-2,2) ausübt. Die Familienform, hier der Status der Einelternfamilie, weist nur zum Teil signifikante Effekte auf, die auch insgesamt schwächer sind (OR: 1,3-1,4). Jedoch wird das Merkmal Einelternfamilie auch nicht vollständig von der sozioökonomischen Lebenslage (Armut oder Arbeitslosigkeit) aufgesogen, es bleibt folglich ein eigenständiger Effekt der Familienform bestehen (vgl. auch Weitoft et al., 2003). Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung behauptet einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der Gesundheit (OR: 1,7-2,8), wenn auch im Bereich des Gesundheitsverhaltens die Zahnhygiene und der TV- und Videokonsum nicht signifikant vorhergesagt werden können. Als letzte Einflussvariable ist die Schulumgebung von z. T. überragender Bedeutung auf das gesundheitliche Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen (OR: 1,5-3,3). Dies stimmt besonders nachdenklich, wirkt sich doch eine negativ wahrgenommene Schulumgebung durchgängig gesundheitsbelastend und -abträglich auf die Schülerinnen und Schüler auf. Werden die Ergebnisse summarisch betrachtet, so sticht hervor, dass die Armutslage keineswegs die dominante Einflussvariable auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen darstellt. Dies soll abschließend diskutiert werden.

5. Diskussion

Armut im Kontext weiterer sozialstruktureller und emotionaler Lebensumstände erweist sich als signifikanter Erklärungsfaktor und bestätigt insofern die Ausgangshypothese, verliert aber zugleich seine dominante Erklärungskraft. Obwohl Armut häufig als Ausgangs- und Bezugspunkt sozialer Fehlentwicklungen genommen wird, ist eigentlich immer bekannt gewesen, dass neben der unmittelbaren materiellen Armutslage ein Konglomerat sozialer Einflussfaktoren die Armut umschreibt. So hängt die Belastung durch bzw. die Verarbeitung von Armut unter anderem von dem Rückhalt und der Unterstützung ab, die den Heranwachsenden in ihrem sozialen Umfeld zuteil wird. Eine gute Einbindung in soziale Netzwerke und die in diesen gewährte emotionale und instrumentelle Unterstützung hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit und erleichtert den Umgang und die Bewältigung von

belastenden Lebenssituationen. Seit einigen Jahren wird die gesundheitsfördernde und protektive Wirkung der sozialen Unterstützung unter dem Schlagwort „soziales Kapital“ diskutiert (Stecher, 2001; Klocke, 2004). Gemeint sind damit in erster Linie die auf Vertrauen basierenden Netzwerke, auf die zurückgegriffen werden kann, wenn Hilfe oder Unterstützung benötigt werden. Das soziale Kapital von Kindern und Jugendlichen lässt sich in vier zentralen Lebensbereichen verorten: Soziales Kapital im Bereich der Familie (hier: die emotionale Unterstützung in der Eltern-Kind-Beziehung), soziales Kapital in Freundschaftsbeziehungen (hier fehlend), soziales Kapital in der Nachbarschaft (hier: die wahrgenommene Wohngegend) und soziales Kapital durch die Einbindung in Institutionen (hier: die Schumatmosphäre). Diese Faktoren erweisen sich auch in der präsentierten Auswertung als überaus bedeutsam. Inwieweit sich Armut auf die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter auswirkt, hängt nach diesen Befunden also maßgeblich von den sozialökologischen Rahmenbedingungen und den Ressourcen der Heranwachsenden ab: Ein günstiges Klima in der Familie, Schule und Nachbarschaft fördert die Ausbildung eines positiven Selbstbildes und sozialer Kompetenzen und damit den Umgang mit gesundheitsbelastenden Lebensbedingungen und Erfahrungen durch Armut.

Eine in der Forschungslandschaft zu beobachtende Reduktion auf die Armut selbst rührt im Wesentlichen aus zwei Umständen: Erstens ist Armut eine wissenschaftliche und öffentliche Bezugsgröße, die eine mehr oder weniger klare Bezug- und Stellungnahme ermöglicht und zweitens kann Armut mit Bezug auf die Einkommensarmut gut empirisch operationalisiert werden und findet entsprechend häufige Verwendung. Wie aber zunehmend deutlich wird, stellt Armut häufig lediglich den entscheidenden Rahmen dar, innerhalb dessen sich gesundheitsrelevante Faktoren oftmals in typischer Weise bündeln. Eine Konsequenz aus dieser Befundlage lautet daher, dass entweder der materielle (einkommensbasierte) Armutsbegriff um weitere soziale Kontextmerkmale, z.B. um das Konzept des sozialen Kapitals, ergänzt oder der Armutsbegriff selbst umfassender gefasst werden sollte. Beides ist denkbar. Eine Ergänzung des klassischen Armutsbegriffs läuft auf eine Anreicherung um soziale Netze bzw. Ressourcen (Klocke & Lampert, 2005) hinaus, würde aber zugleich die empirische Anwendbarkeit erschweren, da ein vergleichsweise umfangreiches Set an sozialen Indikatoren abgefragt werden müsste. Zudem ist nicht geklärt, welche Indikatoren zu berücksichtigen wären. Eine Anreicherung des Armutsbegriffs selbst ist ebenfalls in der empirischen Anwendung sehr viel anspruchsvoller und unterstreicht damit implizit die Vormachtstellung der Einkommensarmut in der Armutforschung. Neben der Deprivationsarmut (Andreß, 1999), die aber im Wesentlichen der materiellen Bezugsgröße verhaftet bleibt, ist der Lebenslagenansatz (AWO, 2000) geeignet, Armut umfassender abzubilden. Dort wird Armut auch über Unterversorgungslagen im Bereich von Gesundheit, Wohnen oder Freizeit konzeptionalisiert. Die Schwierigkeiten in der Anwendung sind aber ebenfalls diskutiert worden (Klocke, 2000). Wie immer die Entscheidung ausfällt, ein holistischer Begriff von Armut wird dem Alltag von Kindern in Armut auf jeden Fall gerechter. Gerade mit Blick auf die ungleichen Zukunftschancen innerhalb der nachwachsenden Generation ist ein reichhaltiger Armutsbegriff aussagekräftiger als eine rein materielle Bezugnahme. Ähnlich formulierte schon Amartya Sen Armut als Mangel, als fehlende Freiheiten von Menschen, ihre Vorstellungen von einem guten Leben zu verwirklichen.

Literatur

- Anand, S. & Sen, A. (1997). *Concepts of human development and poverty: A multi-dimensional perspective*. United Nations Development Programme. New York: Eigenverlag.
- Andreß, H.-J. (1999). *Leben in Armut. Analyse der Verhaltensweisen armer Haushalte mit Umfragedaten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Arbeiterwohlfahrt (2000). *Der Sozialbericht der Arbeiterwohlfahrt e.V.: Gute Kindheit – schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen*. AWO, Bonn: Eigenverlag.
- Boyce, W. & Dallago, L. (2004). Socioeconomic inequality. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Rasmussen (Hrsg.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents No. 4*. Copenhagen: WHO-Eigenverlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002). *Elfter Kinder- und Jugendbericht*. Berlin: Eigenverlag.
- Butterwegge, Ch., Holm, K. & Imholz, B. (Hrsg.) (2004). *Armut und Kindheit*. Wiesbaden: VS Verlag (2. Auflage).
- Corak, M., Fertig, M. & Tamm, M. (2005). *A portrait of child poverty in Germany. Innocenti Working Paper 2005-03*. UNICEF, Genf: Eigenverlag.
- Currie, C., Elton, R., Todd, J. & Platt, S. (1997). Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12, S. 385-397.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (Hrsg.) (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO-Eigenverlag.
- Duncan, G. J. & Brooks-Gunn, J. (Hrsg.) (1997). *Consequences of growing up poor*. New York: Russel Sage.
- Europäische Kommission (1995). *Weißbuch Europäische Sozialpolitik. Ein zukunftsweisender Weg für die Union*. EU Kommission, Luxemburg: Eigenverlag.
- Furstenberg, F.F. Jr., Cook, T.D., Eccles, J., Elder, G. H. Jr. & Sameroff, A. (1999). *Managing to Make It*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2004). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim, München: Juventa (7. Aufl.).
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim, München: Juventa.
- Jungbauer-Gans, M. & Kriwy, P. (Hrsg.) (2004). *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Klocke, A. (2000). Methoden der Armutsmessung. Einkommens-, Unterversorgungs-, Deprivations- und Sozialhilfekzept im Vergleich. *Zeitschrift für Soziologie*, 29, S. 313-329.
- Klocke, A. (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen. Belastungssyndrome und Bewältigungsfaktoren. In E. Barlösius & W. Ludwig-Mayerhofer (Hrsg.), *Die Armut der Gesellschaft* (S. 293-312). Opladen: Leske+Budrich.
- Klocke, A. (2004). Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In M. Jungbauer-Gans & P. Kriwy (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (S. 85-96). Wiesbaden: VS Verlag.
- Klocke, A. & Becker, U. (2003). Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U.

- Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 183-241). Weinheim, München: Juventa.
- Klocke, A. & Lampert, T. (2005). *Armut bei Kindern und Jugendlichen. Heft 4 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Überarbeitete Neuauflage. Robert Koch Institut Berlin: Eigenverlag.
- Kolip, P. (2002). Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt*, 45, 885-888.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion & Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Mielck, A. (2001). Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In A. Klocke & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen* (S. 230-253). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Göttingen: Huber.
- Pearlin, L. (1987). The stress process and strategies of intervention. In K. Hurrelmann, F.-X. Kaufmann & F. Lösel (Hrsg.), *Social Intervention. Potential and constraints* (S. 53-72). Berlin: De Gruyter.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, Ch. & Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 19-98). Weinheim, München: Juventa.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Schneider, N. F., Krüger, D., Lasch, V., Limmer, R. & Matthias-Bleck, H. (2003). *Alleinerziehen. Vielfalt und Dynamik einer Lebensform*. Weinheim, München: Juventa.
- Stecher, L. (2001). *Die Wirkung sozialer Beziehungen. Empirische Ergebnisse zur Bedeutung sozialen Kapitals für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Weinheim, München: Juventa.
- Walper, S. (1997). Wenn Kinder arm sind – Familienarmut und ihre Betroffenen. In L. Böhnisch & K. Lenz (Hrsg.), *Familien. Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim, München: Juventa.
- Weitoft, G. R., Hjern, A., Haglund, B. & Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *The Lancet*, 361, 289-295.
- Zander, M. (Hrsg.) (2005). *Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Zimmermann, G. (2002). Armut. In B. Schäfers & W. Zapf (Hrsg.), *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn: Eigenverlag.

Prof. Dr. Andreas Klocke, Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main, E-Mail: klocke@fb4.fh-frankfurt.de