

Richter-Kornweitz, Antje; Weiß, Hans

Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)

München : Deutsches Jugendinstitut 2014, 45 S. - (Inklusion. WiFF Expertisen; 42)



Quellenangabe/ Reference:

Richter-Kornweitz, Antje; Weiß, Hans: Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). München : Deutsches Jugendinstitut 2014, 45 S. - (Inklusion. WiFF Expertisen; 42) - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-285335 - DOI: 10.25656/01:28533

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-285335>

<https://doi.org/10.25656/01:28533>

in Kooperation mit / in cooperation with:



**Deutsches
Jugendinstitut**

<https://www.dji.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, aufführen, 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

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Antje Richter-Kornweitz/Hans Weiß

Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter



Die Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) ist ein Projekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Robert Bosch Stiftung und des Deutschen Jugendinstituts e.V. Die drei Partner setzen sich dafür ein, im frühpädagogischen Weiterbildungssystem in Deutschland mehr Transparenz herzustellen, die Qualität der Angebote zu sichern und anschlussfähige Bildungswege zu fördern.

WiFF wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und aus dem Europäischen Sozialfonds gefördert. Der Europäische Sozialfonds ist das zentrale arbeitsmarktpolitische Förderinstrument der Europäischen Union. Er leistet einen Beitrag zur Entwicklung der Beschäftigung durch Förderung der Beschäftigungsfähigkeit, des Unternehmergeistes, der Anpassungsfähigkeit sowie der Chancengleichheit und der Investition in die Humanressourcen.

Zitiervorschlag: Richter-Kornweitz, Antje/Weiß, Hans (2014): Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 42. München

© 2014 Deutsches Jugendinstitut e.V.
Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)
Nockherstraße 2, 81541 München
E-Mail: info@weiterbildungsinitiative.de

Herausgeber: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI)
Redaktion: Anita Meyer
Lektorat: Kathrin Nord
Gestaltung, Satz: Brandung, Leipzig
Titelfoto: Jag_cz © Fotolia.com
Diese Publikation ist kostenfrei erhältlich unter www.weiterbildungsinitiative.de/publikationen.

www.weiterbildungsinitiative.de

ISBN 978-3-86379-140-7

Antje Richter-Kornweitz/Hans Weiß

Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter

Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)

Vorwort

Ziel von Inklusion ist es, Teilhabebbarrieren bzw. Benachteiligungen bewusst wahrzunehmen und abzubauen. WiFF setzt sich für ein breites Inklusionsverständnis ein, das unterschiedliche Heterogenitätsdimensionen wie kulturelle Zugehörigkeit, Geschlecht, Behinderung oder soziale Herkunft gleichermaßen berücksichtigt.

In der vorliegenden Expertise werden zwei Heterogenitätsdimensionen von Inklusion zueinander in Beziehung gesetzt: *Armut* und *Behinderung*. Antje Richter-Kornweitz und Hans Weiß zeigen die komplexen Verschränkungen der Dimensionen auf. Zum einen stellen sie den Einfluss sozialer Benachteiligung und Einkommensarmut auf die gesundheitliche Entwicklung bei Kindern dar. Deutlich wird, dass finanzielle Armut zu gesundheitlichen Einschränkungen bis hin zu Behinderungen führen kann. Zum anderen machen sie deutlich, dass sich in entgegengesetzter Richtung für die betroffenen Familien durch Gesundheitsprobleme und Behinderungen finanzielle Mehrbelastungen ergeben können, die möglicherweise zu materieller Armut und sozialer Benachteiligung führen. Beide Aspekte, sozialbedingte Ungleichheit und die Auswirkungen körperlicher Beeinträchtigungen, bedingen Teilhabebbarrieren. Richter-Kornweitz und Weiß erläutern, wie Gesundheit und Behinderung grundsätzlich verstanden werden und welche wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Armut, Gesundheit und Behinderung bestehen. Sie formulieren Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung und benennen deren Qualitätskriterien. So dient diese Darstellung auch dazu, frühpädagogischen Fachkräften wissenschaftsbasiertes Grundlagenwissen zur Verfügung zu stellen.

Die Expertise wurde im Auftrag der *Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte* (WiFF) erstellt als thematische Ergänzung zum *Wegweiser Weiterbildung „Inklusion: Kinder und Familien in Armutslagen“*. Die Verantwortung für die fachliche Aufbereitung der Inhalte liegt bei der Autorin und dem Autor. Die Expertise soll den fachlichen und fachpolitischen Diskurs anregen.

Ein besonderer Dank gilt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Expertengruppe *Inklusion: Kinder und Familien in Armutslagen* für ihre fachlichen Ergänzungen und Anmerkungen zur Expertise.

München, im Dezember 2014



Prof. Dr. Anke König
Projektleitung WiFF



Anita Meyer
Wissenschaftliche Referentin

Inhalt

	Einleitung	8
1	Armutsbegriff	9
2	Gesundheit	10
2.1	Gesundheit als Wohlbefinden	10
2.2	Salutogenese	11
2.3	Determinanten von Gesundheit	11
2.4	Gesundheitliche Ungleichheit	13
2.5	Modell gesundheitlicher Ungleichheit	14
2.6	Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern	15
2.7	Indikatoren gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter	15
2.8	Langfristige Folgen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit	15
2.9	Die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen	17
3	Armut als Bedingungsfaktor für (drohende) Behinderungen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen	18
3.1	Vorbemerkungen	18
3.2	Aspekte und Befunde des komplexen Zusammenhangs von Armut und Entwicklungsgefährdungen	19
3.3	Armut und psychosoziale Benachteiligung als Bedingungsfaktoren für ausgewählte Behinderungsbilder	22
4	Behinderung und Armut	23
4.1	Allgemeine Anmerkungen zur materiellen Situation von Menschen mit Behinderung und der Datenlage dazu	23
4.2	Zur Situation von Familien mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern unter Berücksichtigung der materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen	24
5	Anforderungen an Gesundheitsförderung und Prävention	29
5.1	Folgen dauerhafter Teilhabebeschränkungen	29
5.2	Beispiele für den Abbau von Teilhabebeschränkungen	31
5.2.1	Das System der Frühen Hilfen	31
5.2.2	Das System der Interdisziplinären Frühförderung	32
5.2.3	Beispiel guter Praxis: Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf	33
5.2.4	Beispiel guter Praxis: Kommunales Regelangebot Soziale Prävention im Vorschulalter (PIAF®)	34
5.2.5	Präventionsketten in Kommunen	35
6	Allgemeine Handlungsanforderungen	38
7	Schlussbemerkung	39
8	Literatur	40
9	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	45

Einleitung

Zwischen Armut, Gesundheit und Behinderung besteht ein komplexer, facettenreicher Zusammenhang. Zu den vielfältigen Facetten gehört der Einfluss sozialer Benachteiligung auf die gesundheitliche Entwicklung im Allgemeinen und im Besonderen auf die sozial-emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern. Seit den 1990er-Jahren sind verstärkt komplexe chronische, insbesondere psychische und psychosomatische Gesundheitsbeeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen – auch als sog. „neue Morbidität“ bezeichnet (Thyen 2009, S. 14) – zu beobachten. Sie weisen einen sozialen Gradienten auf, d. h., ihre Auftretenshäufigkeit steigt mit einem abnehmenden sozio-ökonomischen Status (KiGGS-Studie¹; Schlack 2008). Ferner haben Menschen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status eine geringere Lebenserwartung (Lampert/Kroll/Dunkelberg 2007).

Sozialbiologisch analysierbare ätiopathogenetische, also für die Verursachung (Ätiologie) und Entstehung (Pathogenese) einer Schädigung und einer damit im Zusammenhang stehende Behinderung verantwortliche Faktoren führen dazu, dass das Risiko aufgrund einer biologischen Schädigung behindert zu werden, in sozial benachteiligten Lebenslagen erhöht ist (BMFSFJ 2002). Diese Zusammenhänge, die Mädchen und Jungen bereits von Beginn ihres Lebens an betreffen, sind national wie international bestätigt.

Durch Armut bedingte Gesundheitsbelastungen und (drohende) Behinderungen zeigen nur eine Richtung dieses komplexen Zusammenhangs auf. In gegenläufiger Richtung führen Gesundheitsprobleme und Behinderungen zu finanzieller Mehrbelastung und Schlechterstellung bis hin zu materieller Armut und sozialer Benachteiligung. Dies wird auch in der Präambel des „Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (...)“ (UN-BRK) deutlich:

„(...) in Anerkennung des wertvollen Beitrags, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen

Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können, und in der Erkenntnis, dass die Förderung des vollen Genusses der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen sowie ihrer uneingeschränkten Teilhabe ihr Zugehörigkeitsgefühl verstärken und zu erheblichen Fortschritten in der menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft und bei der Beseitigung der Armut führen wird (...)“ (BGBL II 2008/35, S. 1421).

Beides, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit und Behinderungen, führt zu fehlender oder eingeschränkter Teilhabe – was *der* verbindende Aspekt und *das* gewichtige Motiv zur gemeinsamen Bearbeitung der Thematik in dieser Expertise ist.

Die Gesundheit von Menschen mit Behinderung macht eine weitere Facette dieses Themas aus. Menschen mit Behinderung schätzen ihren Gesundheitszustand in allen Altersgruppen schlechter ein als Vergleichsgruppen (BMAS 2013). Dazu kommen Zugangsprobleme zur (zahn-)ärztlichen Versorgung. Die UN-BRK zielt mit dem Artikel 25² auf die damit verbundenen Anforderungen an die Qualität, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit ärztlicher und therapeutischer Einrichtungen und auf deren Gewährleistung. Er fordert das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

Die Expertise soll die Komplexität des wechselseitigen Zusammenhangs von Armut, Gesundheit und Behinderung aufzeigen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Mädchen und Jungen in den ersten sechs Lebensjahren sowie ihren Familien. Zugleich diskutieren die Autorin und der Autor die notwendigen Konsequenzen im Sinne der (insbesondere primären und sekundären) Prävention.

Zu Beginn erläutert das Autorenteam die Grundzüge eines heute gültigen Verständnisses von Gesundheit sowie Armut und schließt dabei psychosoziale Dimensionen ein. Anschließend beleuchten sie die

1 Ausführliche Bezeichnung: *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS)

2 Artikel 25 UN-BRK: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. (...)“

Ausführungen zu sozialen Determinanten von Gesundheit und erläutern ausführlich die langfristigen Folgen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit.

Es folgt die Erklärung des biopsychosozialen Grundverständnisses von Behinderung, wie sie sich in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) widerspiegelt. Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Armut bzw. sozialer Benachteiligung einerseits und Beeinträchtigung und Behinderung andererseits sind empirisch gut belegbar. Die Autorin und der Autor ordnen sie theoretisch ein und nennen anschließend Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung sowie an die Qualitätskriterien in diesem Bereich.

1 Armutsbegriff

Materielle Armut, soziale Isolation und fehlende Bildungschancen gehen häufig miteinander einher und verstärken sich gegenseitig. Sie sind mit deprivierenden Lebens- und Entwicklungsbedingungen verbunden, die die Gesundheit von Kindern negativ und nachhaltig beeinflussen können. Diese Zusammenhänge werden durch die hier gewählte Definition von Armut nach dem Lebenslagenansatz gut abgebildet.

Der Begriff *Lebenslage* bezeichnet die Gesamtheit der Ressourcen und Beschränkungen, die eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflussen. Ressourcen und Beschränkungen können sich beispielsweise auf die wirtschaftliche Lage, auf die Bildung oder die soziale Einbindung beziehen, die für die Entfaltungsmöglichkeiten einer Person von Bedeutung sind. Das Lebenslagenkonzept in der Sozialberichterstattung betrachtet daher einzelne Dimensionen nicht isoliert. Vielmehr stehen die Wechselwirkungen zwischen den Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in zentralen Lebensbereichen im Mittelpunkt, wie z.B. Arbeit, Versorgung, Sozialisation und Bildung, physische und psychische Regeneration, Kommunikation und Partizipation. Untersuchungen, denen der Lebenslagenansatz zugrunde liegt, verfolgen damit das Ziel, die Vielschichtigkeit der Lebenswirklichkeit der Menschen und deren Handlungsspielräume möglichst umfassend zu beschreiben. Sie nutzen dabei nicht nur objektive Merkmale, sondern auch subjektive Einschätzungen (BMAS 2013). Unter Bezug auf das „Konzept der Verwirklichungschancen“ nach Amartya Sen lässt sich Armut auch als „Mangel an Verwirklichungschancen“ (Buhr/Leibfried 2009, S. 103) verstehen.

Derartige armutsbedingte Einschränkungen in den Handlungs- und Gestaltungsspielräumen bilden auch Eingriffspunkte für beeinträchtigende Wirkungen im Sinne drohender und manifester Behinderungen (Kap. 3.2). Obwohl sich das *Einkommen* nur auf eine Dimension der Lebenssituation bezieht, wird es auch in der lebenslagenbezogenen Armutsforschung als zentrale Dimension zur Bestimmung von Armut verwendet. Die Höhe des Einkommens entscheidet maßgeblich, ob sich Handlungs- und Entfaltungsspielräume der Daseinsgestaltung eröffnen oder verschließen.

Zur Klärung der Frage, ob ein Haushalt von Einkommensarmut betroffen ist, wird sein Nettoeinkommen in Bezug zum Durchschnittsnettoeinkommen aller in Größe und Zusammensetzung vergleichbaren Haushalte (haushaltsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen) gesetzt. Dabei wird der Durchschnitt nach dem Mittelwert oder Median berechnet. National wie international (z.B. OECD und EU) gilt jemand als (einkommens-)arm, wenn sein haushaltsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen 60% (milde Armut oder Armutsgefährdung) oder 40% (strenge Armut) des entsprechenden Durchschnittseinkommens vergleichbarer Haushalte nicht überschreitet. Auch die 50%-Grenze wird verwendet.

Als weiteres Kriterium für Einkommensarmut gelten *sozialstaatliche Mindestsicherungsleistungen*, in Deutschland insbesondere Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld („Grundsicherung für Arbeitssuchende“), oft als Hartz IV bezeichnet, oder *Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung* (SGB II), Sozialhilfe genannt (Hock/Holz/Kopplow 2014).

2 Gesundheit

2.1 Gesundheit als Wohlbefinden

Eine allgemein geltende Definition von Gesundheit existiert bis heute nicht. Zu den weithin anerkannten, auf die sich bisher die größte Expertengruppe verständigen konnte, gehört der Ansatz der WHO. Sie definiert Gesundheit als *Wohlbefinden* (Franke 2006). Dieses Verständnis von Gesundheit geht über fehlende körperliche und psychische Erkrankungen hinaus (man sagt auch, „Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit“). Die Definition der WHO zielt auch auf den erheblichen Einfluss von sozialer Statusposition und Chancengleichheit auf die individuelle Gesundheit. Laut WHO ist „Gesundheit (–) der Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustands zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschied der Rasse, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen und sozialen Stellung“ (aus der Präambel der Verfassung der WHO 1948).

Die von der WHO vermittelte politische Botschaft lautet: „Gesundheit ist ein Menschenrecht für alle Menschen“. Dieser Anspruch zielt auf die verschiedenen Ebenen der Ungleichheit, auf die Kluft zwischen niedrigen und höheren sozialen Statusgruppen (auch zwischen armen und reichen Ländern), zwischen Generationen sowie Geschlechtern. Gesundheit wird damit zur Querschnittsaufgabe für alle Politikbereiche, erfordert eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (Health in all Policies) sowie die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Schmidt/Kolip 2007).

Diese Sichtweise wird der Kontextabhängigkeit von Gesundheit gerecht. Gesundheit ist abhängig von den Rahmenbedingungen des Lebens und den sich wechselseitig beeinflussenden körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Faktoren. Gesundheit wird somit prozesshaft und lebensgeschichtlich gesehen, sie ist stets in Entwicklung – und kein einmal erreichter und dann unveränderlicher Zustand. Als Leitvorstellung betont dies „die Kompetenz eines

Menschen zur produktiven Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Anforderungen als Voraussetzung für Gesundheit (...). Gesundheit ist in diesem Verständnis gegeben, wenn sowohl körperliche und psychische Anforderungen als auch soziale und materielle Umweltanforderungen von einem Menschen produktiv bearbeitet und bewältigt werden.“ (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak 2010).

Innere und äußere Anforderungen sind als Einflussfaktoren (Determinanten) zu verstehen, die auf Gesundheit einwirken, sei es über das Maß an Belastungen oder an Ressourcen. Den Gesundheitsdeterminanten können nicht nur personale, sondern auch viele soziale Faktoren zugeordnet werden. Ihnen wird größte Bedeutung zugesprochen in Bezug auf die Erklärung des Gesundheits- und Krankheitszustands des Individuums bzw. der Bevölkerung (Hurrelmann 2011).

Umfassende Hinweise auf die Determinanten von Gesundheit finden sich auch in der *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (WHO 1986), die 1986 unter Mitwirkung der WHO verfasst wurde. Gesundheit wird dort als dynamischer Prozess und als Interaktion zwischen Lebensweisen und Lebensumständen bezeichnet. Menschen können demnach aktiv an der positiven Entwicklung ihrer Gesundheit mitwirken. Doch ihr gesundheitsgerechtes Verhalten ist abhängig von unterstützenden Rahmenbedingungen, unter denen Menschen gesund leben bzw. Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen können.

Die hervorragenden Kennzeichen dieses Konzepts sind die Ressourcenorientierung und ein dynamischer Prozesscharakter mit einem multidimensionalen Verständnis von Gesundheit, das durch die Wechselwirkungen zwischen Person-Umwelt-Lebenslauf und gesellschaftlichem Kontext beeinflusst wird. Zu den Hauptaussagen dieses Konzepts gehört: Wer Gesundheit fördern will, sollte sich sowohl auf die Reduktion von Belastungen und Vermeidung von Krankheiten, wie auch auf die Förderung der Gesundheitspotenziale konzentrieren. Es ist eine Lebenslaufperspektive einzunehmen, die die verschiedenen Entwicklungsanforderungen je nach Lebensphase berücksichtigt.

2.2 Salutogenese

Ressourcenorientierung kennzeichnet auch Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese von 1997. Es verbindet sie mit einer – aufgrund immer wieder neuer Erfahrungen – dynamisch geprägten Grundhaltung zum Leben. Das Konzept ist auf die Bestandsaufnahme und Analyse fördernder und stärkender Faktoren ausgerichtet, auf eine ganzheitliche statt symptomorientierte Betrachtung des Einzelnen sowie auf die Stärkung von Bewältigungskompetenzen und Gesundheitsressourcen des Individuums. Aaron Antonovsky betont dabei auch die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung von Gesundheit.

Er sieht Gesundheit und Krankheit nicht als zwei klar voneinander abgrenzbare Zustände, sondern fordert eine Neuorientierung im Verstehen von Gesundheit und Krankheit als zwei entgegengesetzte Pole auf einem Kontinuum. Danach ist ein Mensch nicht entweder gesund oder krank, sondern befindet sich jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt auf einer bestimmten Position eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Seine Position wird von der Relation der vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt. Aaron Antonovsky nennt auch Einzelfaktoren, die als personale Ressourcen schützend wirken können, doch im Wesentlichen ist das Konzept gesellschaftlich ausgerichtet. „Salutogenese meint, alle Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig krank zu betrachten“ (Bengel u.a. 1998, S. 24).

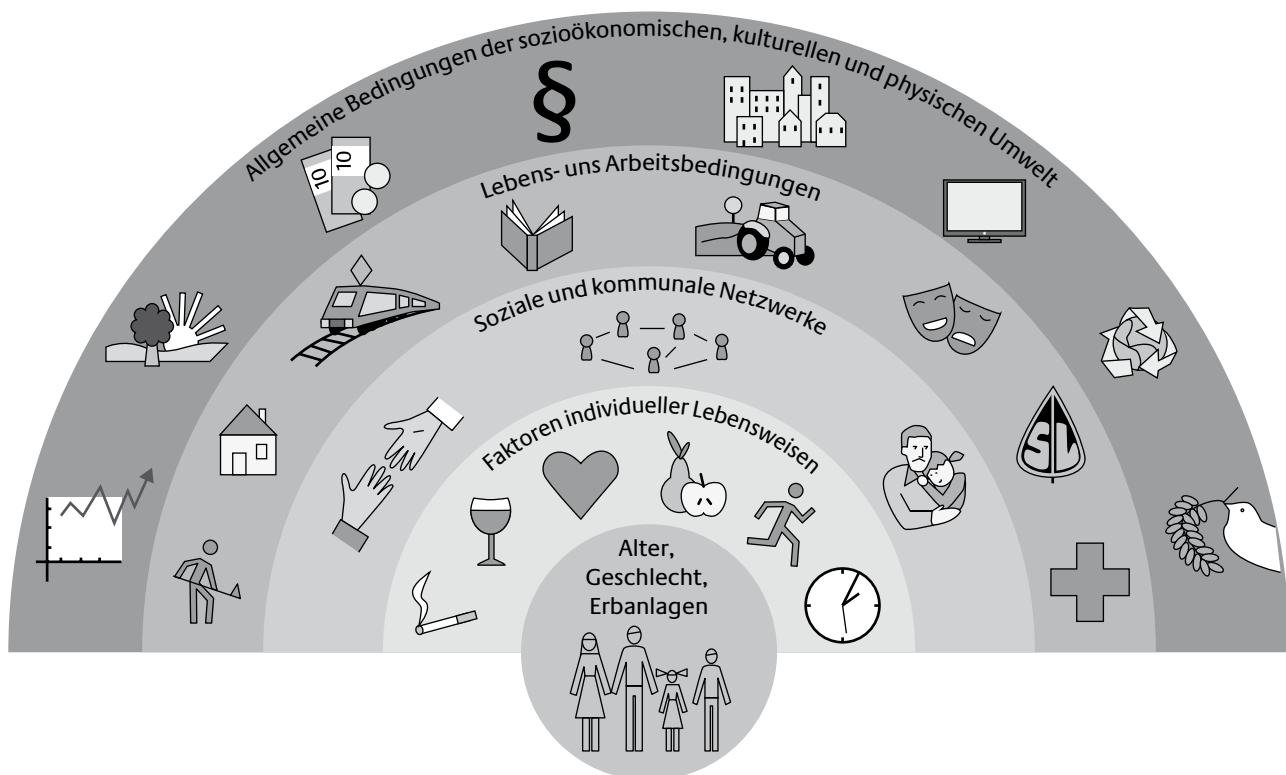
2.3 Determinanten von Gesundheit

Ein Geflecht an möglichen (wechselseitigen) Einflussfaktoren, an sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, bestimmt den Gesundheitszustand von Individuen und Bevölkerungen: Arbeit, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Umwelt- und Wohnbedingungen, soziale Netze, Familienformen werden als *soziale Determinanten* von Gesundheit bezeichnet ebenso wie der Zugang zum Bildungssystem, zu medizinischer Versorgung und zu ausreichenden hygienischen und sanitären Bedingungen. Abgesehen von Alter, Geschlecht und Erbanlagen sind die meisten dieser Faktoren beeinflussbar. Zugunsten der individuellen und der allgemeinen Gesundheit auf diese Faktoren einzuwirken, gehört zum Aufgabenbereich von Gesundheitsförderung (Trojan 2002).

Entscheidende Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit und ihre Ursachen werden in den physischen und sozialen Umwelten der Menschen geschaffen. Margret Whitehead und Göran Dahlgren haben diese 1993 in ihrem Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit (vgl. Abb. 1) differenziert und auf vier Ebenen dargestellt:

- die individuellen Verhaltens- und Lebensweisen (erste Ebene)
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld (zweite Ebene)
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen (dritte Ebene)
- die wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vierte Ebene)

Abbildung 1: Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren/Whitehead 1991



Quelle: Fonds Gesundes Österreich, nach Dahlgren und Whitehead (1991)

Der Kern des Ganzen, Alter, Geschlecht und Erbanlagen, ist individuell nicht zu beeinflussen. Alle anderen Bereiche des Regenbogens stellen Einflussfaktoren dar, die prinzipiell veränderbar sind. Individuelle Lebensweisen wie Ernährungs- und Bewegungsweisen, Suchtmittelverhalten, innere Einstellung und der Umgang mit Stress werden als erste Ebene bezeichnet. Die Ebene darüber, die sozialen und kommunalen Netzwerke, beinhaltet Familien- und Freundschaftsumfeld, Kollegium oder die Gemeinde und weitere Netzwerke. Der Bogen darüber steht für Lebens- und Arbeitsbedingungen. Dazu zählen die Wohnsituation, Infrastruktur, Kultur- und Sportangebote, der Zugang zu Bildung und zu ärztlicher Versorgung, etc. Im äußersten Bogen werden die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt dargestellt. Diese schließen auch Gesundheits-, Familien-, Arbeits- und Sozialpolitik u.v.m. ein.

Dieses mittlerweile weitverbreitete und anerkannte Modell soll verdeutlichen, dass nicht nur die Gesundheit Einzelner, sondern die ganzer Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen durch nicht-medizinische und nicht-verhaltensbezogene Faktoren mitbestimmt werden.

2.4 Gesundheitliche Ungleichheit

Sozioökonomische Faktoren (wie Bildung, Einkommen, Beruf) gelten als indirekte Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit, auch wenn die komplexen Zusammenhänge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit noch nicht bis ins letzte Detail geklärt sind. Fest steht zwar, dass gesundheitliche Ungleichheit die gesamte Sozialstruktur durchzieht. Doch die wechselseitige und kumulative Wirkung von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betrifft vor allem die Bevölkerungsgruppen in unterer sozialer Lage. Besonders deutlich treten dort sozial bedingte Ausprägungen von Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit (*Sozialer Gradient*) zutage. Das heißt, es besteht ein Einfluss der sozialen Statusposition auf das Sterblichkeits- und Krankheitsrisiko (Richter/Hurrelmann 2009; Siegrist/Marmot 2008; Geyer 2002). Dieser Einfluss schlägt sich in zwei entscheidenden Faktoren nieder: dem „Einfluss, den wir auf die Umstände unseres Lebens haben – und unsere(n) Chancen, uns als vollwertige, anerkannte Mitglieder unserer Gesell-

schaft zu fühlen. Diese beiden Faktoren definieren unser Krankheitsrisiko und unsere Lebenserwartung“ (Brand eins 2006).

Die Forschung in diesem Themenfeld beweist: Frühzeitige Sterblichkeit und gesundheitliche Beeinträchtigungen treten in Gruppen mit niedrigem sozialem Status, Ausbildungsstand und Einkommen in nahezu allen spezifischen Krankheiten und Behinderungen häufiger auf als in höheren Statusgruppen. Menschen am unteren Ende der sozialen Stufenleiter leiden häufiger unter Erkrankungen, haben eine kürzere Lebenserwartung und erleben weniger in Gesundheit verbrachte Jahre (Power/Kuh 2008; Lampert u.a. 2007). So belegen für Deutschland empirische Analysen des Robert Koch-Instituts (RKI) eine faktisch um mehr als 10,8 Jahre kürzere Lebenserwartung bei Männern und eine um mehr als 8,4 Jahre kürzere Lebenserwartung bei Frauen der untersten im Vergleich zur höchsten Statusgruppe. Auch die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Jahre ist in unteren Statusgruppen deutlich geringer als in oberen. Der Abstand zwischen der höchsten und der untersten Einkommensgruppe beträgt hier 14,3 bzw. 10,2 Jahre (Lampert u.a. 2009, 2007; von dem Knesebeck/Mielck 2009).

Der Zusammenhang ist in der Regel linear, d.h. mit jeder Stufe abwärts oder aufwärts auf der sozialen Leiter sinken bzw. steigen schrittweise das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit und ebenfalls die Häufigkeit von (chronischen) Erkrankungen und Behinderungen. Unterschiede im sozialen Gradienten bestehen über den gesamten Lebenslauf – mit den stärksten Ausprägungen in der frühen Kindheit und im mittleren Erwachsenenalter –, zwischen den Geschlechtern, zwischen Ländern sowie zwischen einer Reihe verschiedener Erkrankungen (Siegrist/Marmot 2008). Manifeste Ausprägungen gesundheitlicher Unterschiede sind zu beobachten:

- a) *lebenslaufspezifisch*, d.h., sie sind in einzelnen Lebensphasen besonders ausgeprägt, wie in der frühen Kindheit und im mittleren Erwachsenenalter;
- b) *differenzspezifisch*, d.h., sie beziehen sich auf die Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht und auf die Ethnizität;
- c) *erkrankungsspezifisch*, d.h. insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen wie koronaren Herzerkrankungen, Depressionen, Diabetes Typ 2, Lungenkrebs, Atemwegserkrankungen;

d) *system- und regionsspezifisch*, d.h. bezogen auf Unterschiede zwischen einzelnen Ländern und Regionen, sogar innerhalb von Städten und Stadtteilen (Siegrist/Marmot 2008).

2.5 Modell gesundheitlicher Ungleichheit

Das Modell von Elkeles/Mielck (1993), modifiziert durch Rosenbrock/Kümpers (2009) (Abb. 2), verdeutlicht die grundlegenden Zusammenhänge. Dabei sind drei Aussagen (Rosenbrock/Kümpers 2009) hervorzuheben:

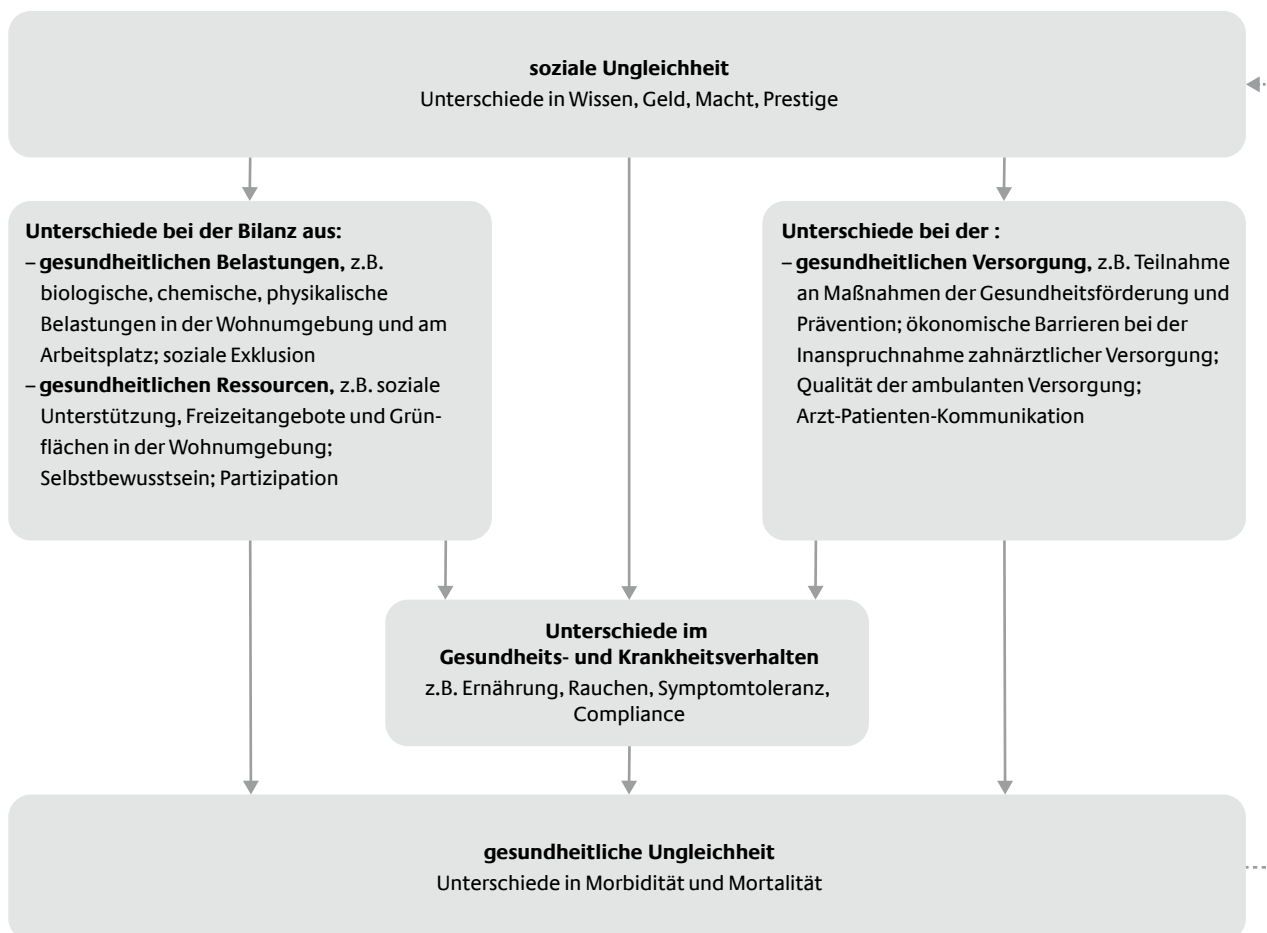
1. Wichtig ist nicht die gesundheitliche Belastung *per se*, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belas-

tung einerseits sowie Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten andererseits. Vereinfacht ausgedrückt: Wichtig ist die Balance von Belastungen und Ressourcen.

2. Das Gesundheitsverhalten wird durch dieses Gleichgewicht zwischen gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten beeinflusst sowie durch die gesundheitliche Versorgung.

3. Der nach oben gerichtete Pfeil auf der rechten Seite von Abbildung 2 soll darauf hinweisen, dass die Gefahr eines sozialen *Abstiegs* bei kranken Personen besonders groß ist und umgekehrt die Chance eines sozialen *Aufstiegs* bei gesunden Personen besonders groß ist.

Abbildung 2: Modell zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: eigene Darstellung nach Mielck 2011

2.6 Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern

Die Daten zur Kindergesundheit zeigen, dass bei ca. 20% aller Mädchen und Jungen in Deutschland gesundheitliche Auffälligkeiten zu beobachten sind, die oft kumulativ auftreten. Sie belegen Trends der Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen Erkrankungen und von körperlichen zu psychischen Auffälligkeiten („Neue Morbidität“) (Deutscher Bundestag 2009).

Auch Gesundheit und Wohlbefinden von Mädchen und Jungen werden durch die soziale Situation, in der sie aufwachsen, beeinflusst. Folgen sozialer Benachteiligung können die körperliche, psychische und die sozio-emotionale Entwicklung betreffen, sie können aktuell oder auch in späteren Lebensphasen auftreten. Treten Belastungen in der frühen Kindheit auf oder wächst ein Kind unter lange anhaltender materieller Armut auf, kann die gesundheitliche Entwicklung nachhaltig beeinträchtigt sein (Richter-Kornweitz 2010; Deutscher Bundestag 2009; Power/Kuh 2008; Siegrist/Marmot 2008).

2.7 Indikatoren gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter

Gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter lässt sich u.a. an folgenden Indikatoren ablesen: Säuglingssterblichkeit, niedriges Geburtsgewicht, geringe Körpergröße bei Schuleintritt, Entwicklungsstörungen bzw. -verzögerungen (z.B. im Bereich der motorischen oder der Sprachentwicklung), Unfälle und Verletzungen, psychosoziale Gesundheit, geringere Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und geringere Durchimpfungsraten sowie am Gesundheitsverhalten. Wichtige Quellen für den Nachweis gesundheitlicher Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen bieten die Gesundheitsberichterstattungen verschiedener Bundesländer, die Schuleingangsstudien, die Daten des Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS) und andere umfassende Berichte zur Kindergesundheit, wie z.B. die von der WHO koordinierte Studie *Health Behaviour of School-aged Children* (HBSC).

2.8 Langfristige Folgen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit

Betrachtet man die längerfristige Entwicklung der Armutsquoten bei Kindern in Deutschland, wird deutlich, dass es sich hierbei nicht um ein vorübergehendes Phänomen handelt (Fertig/Tamm 2010). Die Folgen dieser Entwicklung für das kindliche Wohlbefinden sind mittlerweile durch diverse Studien gut belegt. So benennt in der World-Vision-Studie die Mehrzahl der Kinder mit konkreten Armutserfahrungen viel häufiger Ängste als andere Kinder, beispielsweise vor Arbeitslosigkeit der Eltern, Gewalt oder schlechten Schulnoten (Hurrelmann u.a. 2013).

Steffen Kohl erforschte Armutsverläufe von Kindern 2013 anhand von Daten des sozioökonomischen Panels aus den Jahren 1993–2009 und unterteilte Lebensverläufe in Kindheit und Jugend in *nicht-arme*, *sporadisch-arme* und *beständig-arme* Kinder. Zur letzten Gruppe gehörten 13% der Kinder und Jugendlichen. Ihre Kindheit war von dauerhafter bzw. langfristiger materieller Armut gekennzeichnet. Im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen berichteten sie eine überproportional, dreifach geringere Lebenszufriedenheit (Kohl 2013).

Über das DJI-Kinderpanel (Alt 2008) konnten signifikante Zusammenhänge zwischen Intensität und Dauer der Armut einerseits sowie Wohlbefinden (und Schulleistungen) der Mädchen und Jungen andererseits belegt werden. Weitere Beeinträchtigungen werden hier in den geringeren Selbstwirksamkeitserwartungen sowohl aus Sicht der Kinder wie der Mütter aus dauerhaft armen Familien gesehen. Insbesondere starke Schwankungen in der wirtschaftlichen Situation einer Familie bei alles in allem anhaltender Armut führen zu starkem Stress und zur Beeinträchtigung des Wohlbefindens von Mädchen und Jungen (Alt 2008).

Die wiederholten Befragungen der AWO-ISS-Studie ergaben zudem, dass sich bei jedem zweiten Kind, das bereits im Vorschulalter in Armut lebte, die ungünstige Gesamtlebenslage mit Auswirkungen in zentrale Bereiche (sozial, kulturell, gesundheitlich) dauerhaft verfestigte (vgl. Hock et al 2000, Holz/Puhlmann 2005, Holz et al 2005).

Internationale Langzeitstudien belegen die negativen Auswirkungen von materieller Armut und sozialem Abstieg auf die gesamte kindliche Entwicklung, vermittelt unter anderem über die Qualität innerfamiliärer Beziehungen, in Paar- bzw. Eltern-Kind-Beziehungen.

Auswirkungen zeigen sich laut der amerikanischen Studie *Children of the Great Depression* beispielsweise bei Jungen im Kindesalter in negativen Selbstbildern, in Form von persönlichen und sozialen Minderwertigkeitsgefühlen, in Vermeidungstendenzen und selbstzerstörerischem Verhalten, die erst im Jugendalter auffällig werden (Elder/Caspi 1991).

In Großbritannien nutzt Ingrid Schoon (2006) die Daten der *British Birth Cohort Studies*, um den Einfluss sozialer Benachteiligung im Kindesalter auf die individuellen Lebensverläufe von Kindern bis ins Erwachsenenalter zu untersuchen. Dazu stellt sie die Lebensverläufe der Kinder unterschiedlicher sozioökonomischer Statusgruppen einander gegenüber. Ihr besonderes Interesse richtet sich auf den Zusammenhang von sozialer Benachteiligung, individueller Bewältigung und Entwicklung im Lebensverlauf sowie auf Resilienzprozesse (vgl. auch Richter-Kornweitz 2010). Schoon nutzt die Datensammlungen außerdem zur Untersuchung von Wohlbefinden und Gesundheit im Lebensverlauf anhand von Faktoren wie Stressempfinden, Zufriedenheit und Kontrollüberzeugung. Ihre Analysen belegen den überdauernden Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung im frühen Kindesalter und geringerem Wohlbefinden im mittleren Erwachsenenalter im Vergleich zu Kindern aus statushöheren Familien. Zu Schoons wesentlichen Ergebnissen gehört, dass die frühen Erfahrungen von sozialer Benachteiligung nicht völlig überwunden werden können. Individuell erworbene Bewältigungsformen aus der frühen Kindheit überdauern vielmehr im Lebensverlauf. Auch die frühe schulische Leistungsfähigkeit trotz sozioökonomischer Benachteiligung, die man bisher als Prädiktor für Resilienz wertete, trägt nicht dazu bei, diese Benachteiligung komplett zu überwinden. Demnach bewirkt soziale Ungleichheit im frühen Kindesalter im späteren Lebensverlauf bei Frauen wie Männern niedrigere Kontrollüberzeugungen, einen höheren Grad an Depressionen und weniger Lebenszufriedenheit. Allgemein anerkannte Resilienzfaktoren wie schulischer Erfolg können diese Auswirkungen sozialer Ungleichheit nur geringfügig abmildern.

Zu den Folgen eines Aufwachsens unter niedrigem sozioökonomischem Status gehört eben nicht „nur“ die im Vergleich zu den Gleichaltrigen beeinträchtigte Gesundheit im Kindesalter. Frühkindliche Belastungen können auch eine Hypothek auf die Gesundheit

im Erwachsenenalter beinhalten. Die Forschung zu Lebensverlauf und sozialer Ungleichheit, hier vor allem britische und skandinavische Studien, liefert zuverlässige Belege für die engen Zusammenhänge zwischen biologischen und sozialen Prozessen und dafür, dass eine entsprechende Exposition³ in frühen Abschnitten des Lebensverlaufs auch die Gesundheit im Erwachsenenalter beeinflussen kann. Frühkindliche Belastungen spielen eine bedeutende Rolle bei der Verbreitung chronischer Erkrankungen im Erwachsenenalter, es bestehen enge Zusammenhänge zwischen niedrigem sozioökonomischem Status in der frühen Kindheit und frühzeitiger Sterblichkeit sowie Risikoverhaltensweisen im Erwachsenenalter (Power/Kuh 2008; Dragano 2007).

Ergebnisse der Lebenslauforschung, die auf den Daten der *British Birth Cohort Studies* beruhen, belegen eine um das Doppelte erhöhte Mortalitätsrate bei Erwachsenen, die in einem sozioökonomisch benachteiligten Haushalt aufwuchsen, gegenüber jenen, die in einem Elternhaus mit höherem Sozialstatus lebten. Eine dreifach erhöhte frühzeitige Sterblichkeit fand sich bei Personen, bei denen sowohl in der frühen Kindheit wie im Erwachsenenalter ein niedriger sozioökonomischer Status vorlag. Noch höhere Risiken fanden sich, wenn man weitere Indikatoren wie beispielsweise die Wohnsituation im Erwachsenenalter hinzuzog (Power/Kuh 2008).

Belastungen oder Schädigungen in kritischen Perioden (Modell der *kritischen Perioden*), beispielsweise in der Schwangerschaft und der frühen Kindheit, können sogar über einen langen Zeitraum kompensiert werden und bei einer Häufung von Risikofaktoren oder bei nachlassender allgemeiner Reservekapazität erst im Erwachsenenalter zutage treten (Power/Kuh 2008; Dragano 2007). Hinweise auf eine entsprechende Verursachung gibt es bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechsel- und Lungenerkrankungen. Zudem können nicht nur organische und wachstumsbezogene Prozesse, sondern auch die kognitive Entwicklung, die psychische Stabilität und die Persönlichkeitsentwicklung langfristig betroffen sein.

3 In der Medizin steht Exposition für das Ausgesetztsein von Lebewesen gegenüber schädlichen Umwelteinflüssen. Dies muss nicht unbedingt zu Erkrankungen führen, kann aber eine mögliche Ursache für Gesundheitsschädigungen sein.

Nachgewiesen wurde auch der Einfluss des Sozialstatus in Kindheit *und* Erwachsenenalter auf die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit. Während nur 5 % der Personen im Alter von 33 Jahren mit hohem sozioökonomischem Status ihre eigene Gesundheit als mittelmäßig oder schlecht einstufen, taten dies mehr als 20 % derjenigen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Wird psychische Befindlichkeit differenziert nach Sozialstatus und Zeitpunkt der Exposition erhoben, dann lässt sich außerdem verdeutlichen, dass nicht einzelne soziologische oder entwicklungspsychologische Aspekte den Befund beeinflussen, sondern kumulierende belastende Faktoren im Lebensverlauf (Power/Kuh 2008). Zusammenfassend kann gesagt werden, sozioökonomische Determinanten von Gesundheit wirken direkt über unmittelbar belastende Lebenssituationen in der frühen Kindheit mit langfristigen biologischen oder psychischen Folgen sowie indirekt, indem sie soziale Risikoketten in Gang setzen (Power/Kuh 2008; Dragano 2007).

Ein Erklärungsmuster dieses Phänomens, das über einen einfachen linearen Wirkzusammenhang hinausgeht, bietet das Kumulationsmodell oder *Modell der Risikoketten*. Es berücksichtigt die zwischen den frühen Schädigungen und dem Erwachsenenalter liegenden Lebensphasen, die dort auftretenden Belastungen und Wechselwirkungen. Hintergrund ist die oft multikausale Entstehungsgeschichte chronischer Erkrankungen, die nicht als beliebige Aneinanderreihung von sozial bedingten Risikofaktoren zu verstehen ist, sondern als Anhäufung von Faktoren, die gleichzeitig oder in zeitlicher Sequenz über den Lebenslauf auftreten und sich wechselseitig verstärken oder auch abschwächen können (Effektmodifikation) (Power/Kuh 2008; Siegrist/Marmot 2008; Dragano 2007).

2.9 Die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen

Nach dem aktuellen Begriffsverständnis von Gesundheit, das unter Kap. 2.1 ausführlich dargestellt wird, sind Menschen mit Behinderungen gesund, wenn dies ihrer subjektiven Einschätzung entspricht und sie – subjektiv wie objektiv gesehen – die Anforderungen ihres Alltags bewältigen können. Allein wegen der noch aufzuzeigenden Zusammenhänge von Krankheit und Behinderung ist davon auszugehen, dass Besonderhei-

ten vorliegen, die einen Bedarf an allgemeinen und spezifischen Gesundheitsleistungen erklären. Laut Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2013) ist von einem solchen Bedarf auszugehen, wenn beispielsweise zusätzliche Gesundheitsbelastungen und Krankheiten als Folge von Beeinträchtigungen und chronischer Krankheit auftreten, komplexe gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden vorliegen, die Fähigkeit eingeschränkt ist im Krankheitsfall aktiv zur Genesung beizutragen, eingeschränkte Möglichkeiten gegeben sind, Informationen zu gesundheitsförderndem und krankheits- bzw. beeinträchtigungsadäquatem Verhalten usw. zu erhalten, aufzunehmen und umzusetzen (vgl. BMAS 2013).

Die damit verbundenen Anforderungen an die Qualität, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit, Nutzbarkeit und Erschwinglichkeit ärztlicher und therapeutischer Einrichtungen betreffen: Zugang zu geeigneten Arztpraxen und weiteren Gesundheitsangeboten in erreichbarer Nähe (z. B. bei der Schwangerschaftsvorsorge körperbehinderter Frauen), spezielle Gesundheitsangebote aufgrund von Beeinträchtigungen sowie die Möglichkeiten, sich selbstbestimmt um die Förderung, Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der eigenen Gesundheit zu kümmern und eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu können.

Behinderungen wirken sich darauf aus, wie Menschen ihren Gesundheitsstatus subjektiv wahrnehmen: Aktuell bewerten 55 % der Erwachsenen mit Behinderungen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ im Vergleich zu 9 % derjenigen ohne. Auch das psychische Wohlbefinden nehmen sie als schlechter wahr (BMAS 2013). Die Zahl der Arztbesuche sowie die Zahl der Krankheitstage liegen bei Menschen mit Behinderungen höher als bei Menschen ohne. Zugleich ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschwert. So ist nur jede fünfte allgemeinmedizinische Praxis rollstuhlgerecht und/oder mit barrierefreiem Zugang ausgestattet, in der Zahnmedizin sogar nur etwa jede siebte (BMAS 2013).

Laut Ergebnissen der Elternbefragung der KiGGS-Studie (2003–2006) wird der Gesundheitszustand von Kindern mit Behinderungen unter zehn Jahren wesentlich häufiger als „mittelmäßig“ oder „schlecht“ bezeichnet als der von Kindern ohne Behinderung. Auch beim psychischen Wohlbefinden weisen Kinder mit Behinderungen – basierend auf den Angaben

ihrer Eltern – durchschnittlich schlechtere Werte auf als Gleichaltrige ohne Behinderungen (BMAS 2013).

Zugänge zu gewährleisten bzw. Zugangsbarrieren zu allgemeinen und speziellen Gesundheitsleistungen und Versorgungseinrichtungen (z.B. Allgemein- und Fachärzte, Krankenhäuser, Physiotherapie, psychologische Dienste) zu vermeiden, sind zentrale Forderungen der UN-BRK im Bereich Gesundheit. Laut jüngstem Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2013) gibt es allerdings keinen systematischen Überblick über diese Zugänge oder Zugangsbarrieren. Es bestehen vielmehr aktuell grundlegende Datenlücken. Ebenso fehlen Daten zur wahrgenommenen Zufriedenheit mit Gesundheitsangeboten, zur Bedarfsdeckung sowie Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme.

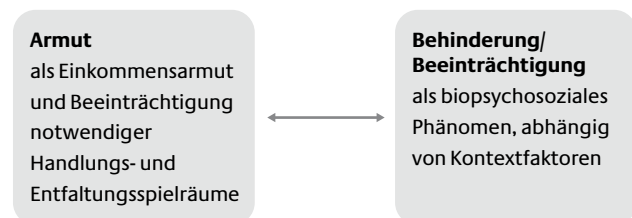
3 Armut als Bedingungsfaktor für (drohende) Behinderungen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen

3.1 Vorbemerkungen

a) Theoretische Zusammenhänge zwischen Behinderung und Armut

Wie schon einleitend betont, sind Wechselwirkungsverhältnisse von Armut und (drohender) Behinderung aus zwei Blickrichtungen zu betrachten: Einerseits kann Armut Behinderung und Beeinträchtigung (mit-) bedingen; andererseits kann eine Behinderung oder Beeinträchtigung zu Armut führen (vgl. Abb. 3).

Abbildung 3: Behinderung/ Beeinträchtigung und Armut im wechselseitigen Zusammenhang



Quelle: Weiß 2014, S. 6

Entsprechend der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (siehe Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DMDI 2005) wird in dieser Expertise von einem relationalen Verständnis von Behinderung ausgegangen. Demnach ergeben sich Behinderungen aus dem Zusammenspiel eingeschränkter Körperfunktionen und -strukturen und (eingeschränkt) vorhandener Möglichkeiten der Aktivität und gesellschaftlichen Teilhabe einer Person unter Einbezug der für sie relevanten Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren). Die Umwelt-

faktoren beziehen sich auf die materiellen, sozialen, kulturellen und einstellungsbezogenen Aspekte der Umwelt, in der Menschen ihr Dasein gestalten (DMDI 2005). Personenbezogene Faktoren schließen insbesondere die Frage ein, wie eine Person beeinträchtigte Körperfunktionen und -strukturen erlebt und mit den vorhandenen oder vorenthaltenen Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten umgeht. All diese Aspekte können in einem lebenslagenorientierten Armutskonzept berücksichtigt werden, das neben der materiellen Armut (Einkommensarmut) auch die Situation in den verschiedenen Lebensbereichen insgesamt einbezieht.

Beeinträchtigte Körperfunktionen und -strukturen können, werden sie nicht oder nur bedingt ausgeglichen, zu Einschränkungen in diversen Bereichen der Daseinsgestaltung führen. Dies wiederum kann einen Mangel an Verwirklichungschancen bedingen. Armutsbedingte Einschränkungen schlagen sich in den Kontextfaktoren nieder. Armuts- und behinderungsbedingte Einschränkungen können sich somit wechselseitig verstärken.

b) Zum Zusammenhang von Gesundheitseinschränkungen/Erkrankungen und (drohenden) Behinderungen

Gesundheitliche Einschränkungen bis hin zu Krankheiten, z.B. chronischer Art, und drohende oder manifeste Behinderungen stehen in einem engen Zusammenhang mit vielfältigen Facetten. Eine genetisch bedingte progressive Muskeldystrophie, z.B. jene vom Typ Duchenne, kann zunächst als eine chronische Erkrankung betrachtet werden, die erst dann, wenn der fortschreitende Abbau gesunder Muskulatur einen bestimmtes Ausmaß erreicht hat, zu zunehmend größer werdenden Aktivitätseinschränkungen im Sinne einer Behinderung führt. Im pathogenetischen Verlauf könnte man von einer Erkrankung mit Behinderungsfolgen sprechen, wobei die fortschreitende Behinderung (im Sinne der ICF: die zunehmenden Beeinträchtigungen in den Körperstrukturen und -funktionen) wiederum zusätzliche Erkrankungen nach sich ziehen kann (beispielsweise führt die allmählich stärker werdende Beeinträchtigung der Atemwegsfunktion zu Atemwegserkrankungen). Eine angeborene Spina bifida (ein sog. „Offener Rücken“), die je nach Sitz der Schädigung z.B. zu einer partiellen oder totalen Querschnittlähmung führen kann, ist

oftmals mit urologischen Problemen, insbesondere Inkontinenz, verbunden. Auch hier spielen also Krankheits- und Behinderungsphänomene zusammen.

Ein besonders eklatantes Beispiel für das mögliche Zusammenwirken und gar wechselseitige Verstärken von Gesundheits- und Behinderungsphänomenen in Abhängigkeit von einer benachteiligten Lebenslage ist die infantile und juvenile Diabetes. Kinder und Jugendliche mit Diabetes haben heute prinzipiell positive Lebensperspektiven, wenn eine entsprechende Compliance gewährleistet ist. Das heißt also, wenn die Bereitschaft und Möglichkeit zur aktiven Mitwirkung der Betroffenen – bei kleinen Kindern insbesondere ihrer Eltern – an den notwendigen Behandlungs- und diätetischen Maßnahmen gegeben ist. Ist dies, lebenslagenbedingt, nicht oder nur bedingt der Fall, können relativ bald gravierende Folgeschäden vor allem in Form von Sehbehinderungen eintreten.

Aber auch in „leichteren“ Problemkonstellationen, also z.B. bei sogenannten „drohenden Behinderungen“ ohne manifeste Schädigungen in den Körperstrukturen und -funktionen, ist von Zusammenhängen zwischen gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen in den Aktivitätsmöglichkeiten auszugehen. Das zeigt sich an chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen im Sinne der „Neuen Morbidität“. So sind beispielsweise Entwicklungsverzögerungen im kognitiven Bereich etwa im Grade einer sogenannten Lernbehinderung ebenso wie Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung oftmals mit psychosomatischen bzw. psychischen Belastungen verbunden (Kopfschmerzen, Übergewicht und Adipositas, psychische Probleme ...).

3.2 Aspekte und Befunde des komplexen Zusammenhangs von Armut und Entwicklungsgefährdungen

Die Armutsphänomene bei Kindern und Jugendlichen sind vielgestaltig. Daher ist es nicht möglich, pauschale Aussagen zu Bezügen zwischen Armut und Entwicklungsgefährdungen bis hin zu Behinderungen im Sinne der ICF zu treffen. Gleichwohl können einzelne Aspekte und Facetten dieses komplexen Zusammenhangs, mit empirischen Befunden belegt, herausgestellt werden.

Komplexität von Armutsphänomenen und ihrer Begleiterscheinungen

Konsistente Armut (Buhr/Leibfried 2009), die nicht nur das Einkommen betrifft, sondern zudem verschiedene zentrale Lebensbereiche wie Wohnen, Ernährung, Gesundheit oder die familiären Sozialisationsbedingungen (komplexe Armut), führt für die Kinder oftmals zu einer multiplen Deprivation mit entsprechenden psychosozialen Risiken. Die bundesweite AWO-ISS-Studie zur Armut von Kindern im Vorschulalter zeigt, dass unter Berücksichtigung längerfristiger Lebens- und Entwicklungsperspektiven 13 % der Kinder aus Armutsfamilien in „multipler Deprivation“ aufwachsen und bei weiteren 18 % „eine ähnlich schwierige Konstellation materieller und immaterieller Probleme im Elternhaus vermutet werden“ konnte (Hock u.a. 2000, 98). In die Studien wurden 893 Kinder des Geburtsjahrgangs 1993 mit einem Anteil von 26 % aus Armutsfamilien einbezogen.

Zeitpunkt und Dauer von Armut

Frühe und lang andauernde Armut stellt einen hohen Risikofaktor dar. So wiesen die chronisch armen Kinder in der genannten Studie „die schlechtesten Entwicklungsbedingungen und -verläufe“ auf (Holz u.a. 2006, S. 7). Hat sich Armut verfestigt, gelingt es Eltern aufgrund ihrer eingeschränkten Handlungsspielräume offenbar immer weniger, armutsbedingte Benachteiligungen von ihren Kindern fernzuhalten bzw. sie zu kompensieren. Wie oben angedeutet, musste man bei knapp jedem dritten Kind der armutsbetroffenen Kinder in der Erhebungsgruppe von längerfristig eingeschränkten Lebens- und Entwicklungsperspektiven ausgehen. Andererseits heißt dies aber auch, dass nicht jedes Kind in Armut zwangsläufig in seiner Entwicklung gefährdet ist. Es bestehen also keine Kausalitäts-, sondern Wahrscheinlichkeitsverhältnisse zwischen Armut, sozialer Benachteiligung und Entwicklungsgefährdung.

Wie viele US-amerikanische Längsschnittstudien belegen (z.B. Duncan/Brooks-Gunn 1997), ist chronische Armut ein wesentlich größeres Risiko für die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung als kürzere Armutsperioden. Nach einer weiteren Folgeuntersuchung der AWO-ISS-Studie, in der die Kinder über einen Zeitraum von fünf Jahren (1999–2003/04) beobachtet wurden (Holz/Puhmann 2005), besuchten die nunmehr elfjährigen Kinder in Dauerarmut am

häufigsten Haupt- und Sonderschulen oder waren unter den Klassenwiederholerinnen und -wiederholern zu finden.

Armut und Vernachlässigung

Vernachlässigung versteht man als „chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse“ (Schöne u.a. 1997, S. 21). Die Vernachlässigung ist zwar „prinzipiell schichtunabhängig“ (ebd., S. 29), sie tritt jedoch gehäuft zusammen mit chronischen und komplexen Armuts- und Benachteiligungssituationen auf (Wolff 2002), oftmals verbunden mit lebensgeschichtlich verfestigten materiellen, psychosozialen und emotionalen Belastungen. Viele der Mütter, denen es schwerfällt, die existenziellen Bedürfnisse ihrer Kinder zu stillen, fühlten sich in ihrer Kindheit ebenfalls vernachlässigt.

Die Brisanz von Kindesvernachlässigung in Verbindung mit Armut und Benachteiligung hat einen quantitativen und einen qualitativen Aspekt. So zeigt Kindesvernachlässigung in der Kombination mit sonstigen deprivierenden Bedingungen gravierende entwicklungsbehindernde Wirkungen. Die betroffenen Kinder erhalten zumeist emotional keine ausreichende Zuwendung. Ihre Bedürfnisse nach Anregung, Spiel und Selbstentfaltung bleiben vielfach unbefriedigt. Gleiches gilt für ihre Grundbedürfnisse in der Ernährung, der Pflege, des (körperlichen) Schutzes und der gesundheitlichen Versorgung, bis hin zu einer mitunter buchstäblichen Existenzgefährdung. Darin besteht ein wichtiger Unterschied zu einer Vernachlässigungssituation, die – auf das Emotionale beschränkt – auch in, mittleren und oberen sozialen Lagen vorkommt. Auch sie darf in ihrer Brisanz nicht verkannt werden.

Armut und entwicklungsrelevante biologische Risiken

Bei Kindern mit einem niedrigen Sozialstatus treten häufiger biologische Risiken auf als bei Kindern aus besser gestellten Familien, so zum Beispiel Frühgeburtlichkeit und niedriges Geburtsgewicht, prä-, peri- und postnatale Komplikationen, Fehlernährung und ein belasteter gesundheitlicher Status (Lampert/Richter 2010). Ebenso weisen in den Einschulungsuntersuchungen des deutschen Bundeslandes Brandenburg „Kinder aus sozial benachteiligten

Familien (...) dreimal häufiger frühförderrelevante Befunde auf als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus“ (Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie MASF 2007, S. 58). Dazu gehören Sprach- und Sprechstörungen, intellektuelle Entwicklungsverzögerungen, Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen, Wahrnehmungs- und psychomotorische Störungen, zerebrale Bewegungsstörungen sowie emotionale und soziale Störungen (MASF 2007).

Psychosoziale und biologische Risiken verstärken sich in ihren Wirkungen. Umgekehrt können günstige psychosoziale Bedingungen die Folgen biologischer Risiken und Schädigungen (teilweise) reduzieren. So haben frühgeborene Kinder, die in einer Familie ohne gravierende psychosoziale Belastungen aufwachsen, eine größere Chance, eine frühe Entwicklungsverzögerung aufzuholen als Kinder in sozial benachteiligten Familien (Sarimski 2000).

Solche Zusammenhänge sind auch international bestätigt. So kommt der Schweizer Kinderarzt Remo Largo aufgrund der Befunde aus der Zürcher Längsschnittstudie zum Schluss: „Der sozioökonomische Status bestimmt die intellektuelle Entwicklung weit mehr als sämtliche derzeitig erfassbaren pränatalen und perinatalen Risikofaktoren“ (Largo 1995, S. 17) Ähnlich deutlich formuliert die US-amerikanische Armutsforscherin Martha Farah in Bezug auf einen niedrigen und mittleren sozialen Status: „Nirgends waren die Unterschiede dramatischer als im Bereich der kindlichen Entwicklung“ (Farah u.a. o.J., S. 2). Bereits bei sechsjährigen US-amerikanischen Kindern, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, ist mit einem Durchschnitts-IQ von 81 die kognitive Entwicklung verzögert. Deprivierende Umweltbedingungen haben problematische, nicht immer reversible Einflüsse auf die Entwicklung des neurobiologischen Systems.

Die Bedeutung der Eltern im Kontext von Armut und Entwicklungsgefährdung

Eltern kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige moderierende Funktion zu. Viele versuchen auch, die belastenden Faktoren von Armut von ihren Kindern fernzuhalten. Mit zunehmender Komplexität und Dauer der Armut gelingt ihnen das aber immer weniger. Mit dem Kinder- und Jugendpsychiater Michael Rutter ist festzuhalten: „Gute Elternschaft erfordert gewisse zulassende Umstände. Die not-

wendigen Lebensmöglichkeiten und -gelegenheiten müssen gegeben sein. Wo diese fehlen, mögen es selbst die besten Eltern als schwierig empfinden, ihre Fähigkeiten auszuüben“ (zit. nach Oppenheim/Lister 1998, S. 219).

Die notwendigen Möglichkeiten und Gelegenheiten für eine hinreichend gute Erziehung sind jedoch in Armuts- und Benachteiligungsverhältnissen häufig nicht gegeben. Armut begründet nicht nur Mangel, sondern grenzt sozial aus. Die betroffenen Menschen werden nicht selten abgehängt, von der (Erwerbsarbeits-)Gesellschaft dauerhaft ausgegrenzt und erleben sich als überflüssig. Mit chronischer Armut und Exklusion (auch von der Arbeitswelt) können Selbstentwertungs- und Demoralisierungsprozesse in Gang gesetzt werden. Zukunftsperspektiven gehen verloren, aufgebaute Strukturen der Raum- und Zeitwahrnehmung lösen sich auf, Orientierungen schwinden. Oftmals zeigen sich emotionale, mentale und körperliche Erschöpfungszustände, „die das gesamte Leben, die sozialen Beziehungen und das Handeln durchdringen und prägen“ (Lutz 2013, S. 100).⁴ Davon wird oft die familiäre Erziehungswirklichkeit der Kinder geprägt: Gefangen in ihren Alltagsproblemen und Konflikten, bedrängt von hoher existenzieller Unsicherheit haben Eltern nicht (mehr) die äußere und innere Kraft, um ihren Pflege- und Erziehungsaufgaben hinreichend nachzukommen, kindliche Grundbedürfnisse zu erkennen und halbwegs angemessen darauf einzugehen.

4 Mit dem erklärend-analytischen Begriff „soziale Erschöpfung“, der viele Menschen betrifft, sich aber in Armutskonstellationen verdichtet, geht es Ronald Lutz darum, die (kulturellen) Handlungsweisen „erschöpfter Familien“ (Lutz 2012) differenziert kritisch in den Blick zu nehmen, jedoch ohne individualisierende Schuldzuordnungen damit zu verbinden.

3.3 Armut und psychosoziale Benachteiligung als Bedingungsfaktoren für ausgewählte Behinderungsbilder

a) Lernbehinderungen

Lernbeeinträchtigungen im Sinne drohenden Schulversagens hängen in besonderem Maße mit der sozialen Herkunft der davon betroffenen Kinder zusammen. Diese in der Sonderpädagogik bekannte Tatsache bestätigt auch die Forschungslage zum Einfluss des Sozialstatus auf die neue Morbidität sowie speziell die Zusammenhänge zwischen Armut und Benachteiligung einerseits und Entwicklungsauffälligkeiten andererseits. Kinder mit Lernbehinderungen bzw. – in der neueren sonderpädagogischen Terminologie – mit dem „Förderschwerpunkt Lernen“ kommen zu 80 bis 90% aus sozial benachteiligten Familien. Die häuslichen Lebens-, Entwicklungs- und Lernbedingungen der betroffenen Kinder sind durch eine Kombination deprivierender Merkmale der familiären Lebenslage gekennzeichnet (Schröder 2005; Weiß o.J.).

Ungeachtet dessen, wie diese Kinder und Jugendlichen bezeichnet werden und in welchen schulischen Settings sie unterrichtet werden, ist aufgrund der sozioökonomischen und sozialstrukturellen Bedingungen in Deutschland mit einem sich festigenden Anteil von „erschöpften Familien“ (Lutz 2013) im Kontext von Armut und Benachteiligung zu rechnen. Damit ist aber nicht von einer Abnahme auszugehen, sondern mindestens mit einer Stabilisierung von Kindern und Jugendlichen mit einem Förderbedarf im Bereich *Lernen*. Dies gilt auch von einer bereits beobachtbaren Zunahme der Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit dem Förderschwerpunkt *soziale und emotionale Entwicklung*.

b) Geistige Behinderungen

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Zusammenhänge zwischen Armut und Benachteiligung einerseits und biologischen Risiken in Verbindung mit psychosozialen Risiken andererseits ist auch das häufigere Auftreten von (gravierenden) kognitiven Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen zu sehen. Kinder und Jugendliche, die nach älterer sonderpädagogischer Terminologie als „geistig behindert“ bzw. nach der neueren Begrifflichkeit einen Förderschwerpunkt im Bereich „geistige Entwicklung“ aufweisen, kommen häufiger aus Familien mit einem

niedrigeren sozio-ökonomischen Status. In ihrer Studie über *soziobiografische Aspekte der Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung* erhoben Wolfgang Dworschak und Christoph Ratz (2012) den sozio-ökonomischen Status von rund 1.600 Schülerinnen und Schülern mit diesem Förderschwerpunkt im Schuljahr 2009/10 in Bayern mithilfe der Family Affluence Scale (FAS)⁵. Dabei betrug der Anteil der Schülerinnen und Schülern aus Familien mit einem niedrigen sozialen Wohlstand 40,4%, d.h. rund das Fünffache des vergleichbaren Anteils von Familien mit niedrigem sozialem Wohlstand in der Gesamtbevölkerung (7,8%). Noch eklatanter ist dieser Unterschied, nämlich gut das Achtfache, bei Einelternfamilien und Familien mit Migrationshintergrund (rund 64% zu 7,8%) (Dworschak/Ratz 2012).

Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt *geistige Entwicklung* hat in den letzten eineinhalb Jahrzehnten nicht nur erheblich zugenommen (Dworschak/Ratz 2012), sondern es ist offenbar auch ein „neuer“ Schülertypus aufgetaucht, den Michael Jürgen Franz (2008) als „Grenzgänger“ beschreibt. Dieser entspricht weniger dem Bild einer Schülerin bzw. eines Schülers mit „klassischer“ geistiger Behinderung (wie z.B. Down-Syndrom). Vielmehr befindet dieser Typus sich „aufgrund seiner sozio-familiären bzw. teilweise auch kulturellen Problematik“ (Franz 2008, S. 167) im Schnittpunkt zwischen den Förderschulen mit den Förderschwerpunkten *Lernen* und *geistige Entwicklung*. Oftmals erlebt er eine belastende Schulkarriere, die den Wechsel zwischen beiden Schularten beinhaltet.

Diese Grenzgänger im Kontext der Schule für Geistigbehinderte verdeutlichen, dass biologische Schädigungen selbst bei den Kindern und Jugendlichen, die davon betroffen sind, oftmals nicht die entscheidenden habituellen Prägemomente für ihre „Behinderung“ sind. Diese entwickelt sich vielmehr –

5 Die FAS besteht aus Fragen an Kinder und Jugendliche, mit denen sie den Wohlstand ihrer Familie einschätzen sollen. Auch wenn die Ergebnisse dieses Wohlstandindexes nicht mit dem sozio-ökonomischen Status (SES) gleichgesetzt werden können, bestehen Übereinstimmungen. Die FAS wird beispielsweise in der HBSC-Studie, einem Jugendgesundheitsurvey der WHO, verwendet. Im fünften Jugendgesundheitsurvey wurde ein Anteil von 7,8% Familien mit einem niedrigen Wohlstand mithilfe der FAS ermittelt, die in der Studie von Dworschak und Ratz (2012) in Bezug gesetzt werden mit dem von ihnen ermittelten entsprechenden Anteil von Familien mit einem Kind mit der Förderschwerpunkt geistige Entwicklung.

meist schon im früh(est)en Lebensalter beginnend – innerhalb eines massiven familiären, aber auch schulischen Deprivationskontexts. In der physischen und psychischen Not und Entbehrung sowie mitunter auch in der durch viele Personen-, Orts- und Institutionswechsel bedingten existenziellen Unsicherheit unterdrücken die Grenzgänger Entwicklungs- und Handlungsimpulse. Sicher hat es solche Schülerinnen und Schüler im Grenzbereich zwischen den Lern- und Geistigbehindertenschulen immer gegeben. Dass es sie heute offenbar (wieder) vermehrt gibt, ist im Wesentlichen Folge brisanter gesellschaftlicher und sozialer Entwicklungen.

Armut und soziale Benachteiligung führen also nicht nur zur Genese sogenannter Lernbehinderungen, sondern sie steigern auch das Risiko, von einer Schädigung betroffen und z.B. geistig oder körperbehindert zu werden, wenn auch in geringerem Maße als bei der sogenannten Lernbehinderung. Dazu heißt es im *Elften Kinder- und Jugendbericht*: „Es besteht ein Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Behinderung – und zwar nicht nur im Falle der sogenannten Lernbehinderung. Die unteren sozialen Schichten sind bei nahezu allen Behinderungsarten überproportional betroffen“ (BMFSFJ 2002, S. 222).

4 Behinderung und Armut

4.1 Allgemeine Anmerkungen zur materiellen Situation von Menschen mit Behinderung und der Datenlage dazu

Im Unterschied zur insgesamt eindeutigen Forschungslage zu Armut als *(Mit-)Bedingung* der Genese von Behinderungen, scheint die Datenlage für den gegenteiligen Zusammenhang – Armut als *Folge* von Behinderung – noch eher unterentwickelt zu sein. Zwar wird die Gruppe der Menschen mit Behinderung in Armuts- und Reichtumsberichten auf nationaler und innerstaatlicher Ebene berücksichtigt. Doch sie bleibt trotz ihrer relativen Größe in der Forschung oft eine pauschale Randgruppe, ohne hinreichende alters- und geschlechtsspezifische Differenzierungen (Schildmann 2005). Im Fokus solcher Berichte stehen innerhalb der Gruppe der Menschen mit Behinderung tendenziell jene im Erwerbsalter, wie Ulrike Schildmann 2005 für den *Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der deutschen Bundesregierung* (Deutscher Bundestag 2005) aufgezeigt hat. Soweit statistische Angaben über die Einkommensverhältnisse (schwer-)behinderter Menschen im Alter gemacht werden, sind darin oft undifferenziert auch jene von Menschen mit Behinderung im Ruhestandsalter enthalten. Dadurch vermitteln die gebildeten Einkommens-Durchschnittswerte letztlich ein falsches Bild von den tatsächlichen Einkommensverhältnissen vieler behinderter Menschen im Alter. Schließlich haben Menschen, die erst im späteren Alter Beeinträchtigungen erfahren haben, oftmals in ihrer Erwerbstätigkeit als (noch) nicht (schwer-)behinderte Menschen vergleichsweise höhere Renten und Pensionen erworben. Ihre Einkommen wie zum Teil auch ihr Vermögen sind dann im Alter vergleichsweise deutlich höher als die Alterseinkommen der Menschen, die bereits in der Kindheit oder im Erwerbsalter von Behinderungen betroffen waren. Um ein differenziertes Bild der Einkommen behinderter Menschen zu erhalten, müsste also wegen der hohen Varianzen, z.B. der Einkommen im Alter, genauer differenziert werden, als dies in Armuts- und Reichtumsberichten oftmals geschieht (Schildmann 2005).

Auch die finanzielle Situation von Kindern mit Behinderung und ihren Familien wird in solchen Armutsberichten oft nicht hinreichend dargestellt. Wichtig wäre zudem, zwischen Menschen mit Behinderung in Einrichtungen und jenen in Privathaushalten zu unterscheiden (Wegscheider o. J.).

Ungeachtet dieser Forschungsdesiderate zeigen sich interessante Befunde zu Armut und materieller Benachteiligung als Folge von Behinderung. Diese sollen thesenartig und knapp zusammengefasst werden (Weiß 2014).

1. *Menschen mit Behinderung verfügen, insbesondere im Erwerbsalter, über ein geringeres Einkommen und weisen ein höheres Armutsrisiko auf als Menschen ohne Behinderung.*

Im *Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht* heißt es zur finanziellen Situation, dass „(...) Haushalte mit behinderten Menschen tendenziell häufiger in niedrigen Einkommensgruppen vertreten sind als Haushalte nicht behinderter Menschen (...) So verfügten z.B. 28 Prozent der behinderten Männer von 25 bis unter 45 Jahren über ein persönliches Nettoeinkommen von unter 700 Euro(,) bei den behinderten Frauen waren es dagegen 42 Prozent“ (Deutscher Bundestag 2005, S. 123).

Dezidiert mit der Armut von Menschen mit Behinderung befasst sich der *Armuts- und Reichtumsbericht* des Landes Nordrhein-Westfalen. Ihm zufolge weisen „(...) schwerbehinderte Menschen (...) im Vergleich zu Menschen ohne Schwerbehinderung eine etwa gleich hohe Armutsgefährdung auf“ (Ministerium für Arbeit, Integration des Landes Nordrhein Westfalen MAIS NRW 2012, S. 235). Ohne Menschen mit Behinderung im Ruhestandsalter ergibt sich jedoch ein anderes Bild: „Bis zum Alter von unter 65 Jahren sind schwerbehinderte Menschen (...) deutlich häufiger von Armut bedroht als nicht schwerbehinderte“ (ebd., S. 236); das Armutsrisiko der Gruppe der 25- bis 50-Jährigen ist doppelt so hoch wie jenes nichtbehinderter Menschen derselben Arbeitsgruppe.

Menschen mit Behinderung im Erwerbsalter erreichen vergleichsweise niedrigere Einkommensverhältnisse und unterliegen höheren Armutsgefährdungsquoten. Dies liegt vor allem an ihren geringeren Chancen auf dem Arbeitsmarkt. So ist etwa die Hälfte der 15- bis 65-jährigen Menschen

mit Behinderung in Deutschland in Erwerbsarbeit im Vergleich zu drei Viertel der Menschen ohne Behinderung (BehindertenBeirat München, 2009). Diese Situation wiederum ist durch eine insgesamt ungünstigere berufliche Qualifikationsstruktur bedingt (MAIS NRW, 2012).

2. *Einer kritischen Analyse bedarf die finanzielle Situation von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen (Heimen und Werkstätten für Menschen mit Behinderung) unter dem Aspekt der Lebenslage und der Verwirklichungschancen. Die finanzielle Situation ist zumindest als ambivalent zu bezeichnen.*

Einerseits betont der *Zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Deutschen Bundesregierung* zu Recht den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Kranken-, Pflege, Renten- und Unfallversicherung, „die sich nicht nach den tatsächlich erzielten Arbeitsentgelten, sondern nach Mindestentgelten“ (Deutscher Bundestag, 2005, S. 122) richten und dadurch „eine Altersrente in einer Höhe (ermöglicht), die (...) von Leistungen der Sozialhilfe unabhängig machen soll“ (ebd.). Andererseits haben 2002 Mitarbeiter mit Behinderung in deutschen Werkstätten für Menschen mit Behinderung ein Monatsentgelt von rund 160 Euro erhalten. Ulrike Schildmann (2005, S. 130) bezeichnet ein solches Entgelt als „in höchstem Maße armutsrelevant“.

4.2 Zur Situation von Familien mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern unter Berücksichtigung der materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen

Die empirischen Befunde zur wirtschaftlich-finanziellen Situation von Familien mit behinderten Kindern sind unbefriedigend und uneinheitlich. Sie differenzieren normalerweise auch nicht nach dem Alter der Kinder. Deshalb können sich die nachfolgenden Darlegungen nicht speziell auf die Gruppe der Familien beziehen, die im Zentrum dieser Expertise liegen, nämlich Familien mit Kindern im frühen Kindesalter.

Die Möglichkeiten von Eltern und Familien mit behinderten Kindern, die auf sie zukommenden (vermehrten) Aufgaben zu bewältigen, sind von den materiellen, kognitiven und sozial-emotionalen Ressourcen

abhängig. Deshalb werden Forschungsbefunde zu diesen drei Ressourcenarten referiert (mit dem Schwerpunkt auf den materiellen Ressourcen), was auch dem lebenslagenbezogenen Armutskonzept entspricht.

Materielle Ressourcen

In einer Oldenburger Erhebung mit 1.088 antwortenden Eltern behinderter Kinder lag das Einkommen der befragten Familien „über dem bundesdeutschen Durchschnitt“ (Hirchert 2002, S. 92). Jedoch standen diesen durchschnittlich höheren Einkommensverhältnissen deutliche Mehrausgaben an Betreuung, Ernährung und Pflege des behinderten Kindes gegenüber, für die kein ausreichender finanzieller Nachteilsausgleich bestand. Nur 56,7% der einbezogenen Familien erhielten Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, davon „fast alle in Form von Pflegegeld“ (Hirchert 2002, S. 93).

Ebenso ergab sich in einer bundesweiten Befragung unter den westdeutschen Haushalten mit behinderten Angehörigen ein überdurchschnittliches Einkommen (Häußler u.a. 1996). Die Autoren der Befragung warnen davor, daraus den voreiligen Schluss zu ziehen, „dass Haushalte, in denen Behinderte leben, an sich über ein höheres Einkommen verfügen (...) Vielmehr erklärt sich das beschriebene Phänomen auch durch die Zusammensetzung unserer Stichprobe“ (ebd., S. 48 ff.). So enthielt die Stichprobe z.B. vergleichsweise viele größere Haushalte mit vier und mehr Personen, wodurch sich das tatsächlich verfügbare Pro-Kopf-Einkommen entsprechend senkte (ebd.).

In einer Münsteraner Pilotstudie zur *familiale(n) Bewältigung jugendspezifischer Übergänge in Familien mit sehgeschädigten Jugendlichen* im Jahr 1994 (Heckmann 2004) verfügten die 31 Elternpaare bzw. Elternteile über ein insgesamt niedrigeres Pro-Kopf-Einkommen als Familien mit nicht behinderten Kindern „in der gleichen Familienphase“ (ebd., S. 125). Viele der Familien konnten nur auf „vergleichsweise geringe Ressourcen“ (ebd.) zurückgreifen, „neun Familien unterschritten die Armutsgrenze von 50% des durchschnittlichen bedarfsgewichteten Einkommens. Insgesamt verfügten also „viele Familien der Stichprobe über vergleichsweise geringe wirtschaftliche Ressourcen“ (Heckmann 2004, S. 125).

Angelika Engelbert hat 1999 für eine Studie zu den Bedingungen und Folgen der Nutzung von Frühförderleistungen die Eltern von 325 Kindern mit Behinderung

bzw. Entwicklungsverzögerung im Kleinkind- und Kindergartenalter befragt und stellte dabei deutliche Unterschiede fest im durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen zwischen alleinerziehenden Müttern und zwei Elternteilen sowie einen deutlichen Zusammenhang zwischen Kinderzahl und durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen fest. Sie konstatiert in diesem Zusammenhang eine „strukturelle Rücksichtslosigkeit“ (Engelbert 1999).

In der Studie von Jürgen Hohmeier und Barbara Veldkamp (2004) verfügten 75% von 60 Familien mit behinderten und chronisch kranken Kindern in einer mittelständisch-ländlichen Region über ein Familieneinkommen „unter dem vom Statistischen Bundesamt errechneten Durchschnitt für Familien mit Kindern“ (Hohmeier/Veldkamp 2004, S. 228). Insgesamt 14% dieser Familien hatten einen Migrationshintergrund.

Auch in der Studie *Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen* zeigte sich eine „finanziell schlechtere Situation der Familien mit behinderten Kindern“ (Michel et al. 2003, S. 41), wenn die Familiengröße einbezogen wurde. So lag „das Haushaltsnettoeinkommen in den Familien mit behinderten Kindern durchschnittlich zwischen 500 Euro und 700 Euro unter dem Einkommen vergleichbarer großer Haushalte in Ostdeutschland“ (Michel u.a. 2004, S. 185), bei Zwei-Personen-Haushalten sogar um ca. 900 Euro. Allerdings waren in die Studie Familien von Kindern mit Lernbehinderungen einbezogen, die zum überwiegenden Teil aus sozial benachteiligten Lebenslagen stammten. Deren Eltern verfügten ebenso wie jene von psychisch behinderten sowie von sehbehinderten⁶ Kindern „durchschnittlich über die niedrigsten Einkommen“ (Michel u.a. 2003, S. 41), wo hingegen die Eltern körperbehinderter Kinder im Durchschnitt über die höchsten Budgets verfügten. Aber auch bei letzteren schlugen nicht zur Gänze erstattete, behinderungsbedingte finanzielle Mehrbelastungen, beispielsweise für Therapien, Fahrtkosten, Zuzahlungen für Hilfsmittel, unterschiedlich hoch zu Buche.

Die im Vergleich zu Familien mit nichtbehinderten Kindern im Durchschnitt geringeren Einkommen der Familien mit behinderten Kindern in Sachsen hängen

6 Dies deckt sich offensichtlich mit den Ergebnissen der Studie von Christoph Heckmann (2004).

mit Beschränkungen der elterlichen Erwerbstätigkeit zusammen. „Sowohl die Mütter als auch die Väter der nichtbehinderten Kinder sind wesentlich häufiger vollbeschäftigt als die Eltern behinderter Kinder. Erwartungsgemäß sind Mütter noch häufiger als Väter erwerbslos bzw. nur teilzeitbeschäftigt“ (Michel u.a. 2003, S. 39).

Zwar sind die Studien nur bedingt vergleichbar aufgrund ihrer jeweils einbezogenen Populationen. Doch es kristallisiert sich als eine durchgehende Tendenz heraus, was der *Vierte Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation* folgendermaßen zusammenfasst: „Auch die finanzielle Situation von Familien mit behinderten Kindern ist oft durch besondere Belastungen geprägt. Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen dieser Familien liegt deutlich unter dem Durchschnitt, auch wenn steuerliche Entlastungen und Sozialleistungen in die Betrachtung einbezogen werden, weil ein Elternteil – in der Regel die Mutter – wegen der Betreuung und Pflege des behinderten Kindes auf eine Berufstätigkeit verzichtet; die Erwerbsquote von Müttern mit nichtbehinderten Kindern liegt mindestens doppelt so hoch wie die von Müttern mit einem behinderten Kind“ (BMAS 1998, S. 100). Die Folgen dieser (erzwungenen) Aufgabe einer Erwerbstätigkeit sind unter mindestens zweifachem Aspekt zu sehen: Die Mütter verzichten zum einen auf soziale Kontakte, Anerkennung und neue Erfahrungen in einem Arbeitsverhältnis; zum anderen verzichten sie auf ein zweites Einkommen und damit auf finanzielle Ressourcen, mit deren Hilfe sie z.B. Belastungen auf der faktischen Ebene durch bezahlte Dienstleistungen vermindern könnten (Engelbert 2003; Bremer-Hübler 1990).

In diesem Kontext ist natürlich zu bedenken, dass die Auftretenshäufigkeit verschiedener Behinderungsarten in unterschiedlicher Intensität auch von sozioökonomischen Faktoren abhängt (Kap. 3.3). Ein behindertes Kind schlägt sich also aufgrund vermehrter Ausgaben nicht nur belastend auf das familiäre Budget nieder, sondern in einem umgekehrten Bedingungs Zusammenhang erhöht auch die materielle Deprivation (Armut) in Verbindung mit anderen psychosozialen Belastungsfaktoren das Risiko für das Auftreten von Behinderungen, insbesondere Lernbehinderungen.

Zusammenfassend kann mit Walter Hanesch u.a. (2000) festgehalten werden, dass für Familien mit be-

hinderten Kindern – und zwar nicht nur Kindern mit Lernbehinderungen – erhebliche sozioökonomische Risiken einschließlich Armutsgefährdung bestehen. Wie viele dieser Familien von einem Armutsrisiko betroffen sind, ist nicht genau bekannt, was auf eine unzulängliche empirische Situation hinweist. Zu diesen Risiken trägt auch bei, dass die „Familien mögliche Hilfeleistungen oft nicht in Anspruch nehmen können infolge fehlender Informationen oder fehlender Kraft für Behördengänge, Einsprüche oder gar Klagen vor dem Sozialgericht“ (Michel u.a. 2004, S. 185). Nach Aussagen von Müttern schwerstbehinderter Kinder müssen sie sich die ihnen prinzipiell zustehende Rechte und Leistungen aufgrund der großen Beurteilungs- und Ermessensspielräume regelrecht „erkämpfen“ (Wolf-Stiegemeier 2000, S. 10). Hier zeigt sich für Familien mit einem behinderten Kind ein Zugangsproblem zu den ihnen zustehenden materiellen Leistungen sowie Dienstleistungen, Betreuungs- und Unterstützungsangeboten. Um es zu bewältigen, brauchen sie Ressourcen, insbesondere kultureller und sozialer Art, an denen es in Verbindung mit materieller Armut und Benachteiligung meist mangelt, weshalb Andreas Eckert (2008) auch von „Ressourcen-Armen“ spricht.

Kulturelle Ressourcen

Ob Eltern mit einem behinderten Kind Leistungen des Hilfesystems in Anspruch nehmen, hängt insbesondere von ihren kulturellen Ressourcen ab. Dazu gehören zum Beispiel die Informationsaneignung und -verarbeitung, Handlungskompetenzen, speziell Verständigungs- bzw. Aushandlungskompetenzen (Engelbert 1999). Diesen Umstand belegt auch die Studie von Jürgen Hohmeier und Barbara Veldkamp eindrucksvoll: Bei 58 der 64 behinderten Kinder dieser 60 Familien bezogen die Eltern Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Allerdings ergaben sich gleichgerichtete, wenn auch unterschiedlich deutliche Zusammenhänge zwischen der Zuordnung zu den Pflegestufen I, II und III und den „Sozialvariablen ‚Schulabschluss der Mutter‘, ‚Beruf des Vaters‘ und ‚Familieneinkommen‘“ (Hohmeier/Veldkamp 2004, S. 234). Am deutlichsten war der Zusammenhang zwischen mütterlichem Schulabschluss und Höhe der Pflegestufe. So erhielten von den 18 Kindern, deren Mütter über einen Hauptschulabschluss verfügen, 13 eine im Vergleich zu der von der Forschergruppe vorgenommenen Bewertung des Pflegebedarfs nied-

rigere Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). „(...) bei den 19 Müttern mit Abitur/Fachabitur war dies nur bei 4 Kindern der Fall“ (Hohmeier/Veldkamp 2004, S. 234). Ebenso traten mit höherem Berufsstatus des Vaters und steigendem Einkommen Differenzen zwischen den Einstufungen des MDK und der Forschergruppe seltener auf. Es besteht also eine benachteiligende Tendenz bei der Einstufung von Pflegeleistungen bei behinderten Kindern aus Familien in unteren sozialen Lagen durch MDK und Pflegekasse. Vorbehaltlich einer Überprüfung an größeren Stichproben erklären sich Jürgen Hohmeier und Barbara Veldkamp diese Tendenz als Ergebnis eines „Aushandlungsprozesses“ (Hohmeier/Veldkamp 2004, S. 235), in dem Familien mit größerem kulturellem Kapital (und damit meist auch größerem ökonomischem Kapital) bessere Durchsetzungschancen haben.

Kulturelle Ressourcen erleichtern den Umgang mit dem Hilfesystem und die Bewältigung behinderungsbedingter Belastungen. Sie werden vor allem erworben über die schulische Bildung sowie die weitere berufliche Sozialisation. Zudem bestehen deutliche Zusammenhänge „zwischen Bildung und Berufsposition sowie zwischen dem Einkommen und der Wohnsituation“ (Engelbert 1999, S. 119). Zieht man nun in Betracht, dass Kinder mit (drohenden) Behinderungen überrepräsentiert aus Familien der unteren Soziallagen kommen, dann wird hier ein Art *Circulus vitiosus* erkennbar: Familien mit behinderten Angehörigen aus sozial benachteiligten Lagen, die einen besonderen Hilfebedarf haben, haben mehr Probleme, diese Hilfen zu erhalten.

Soziale Ressourcen

Aus einer ressourcenorientierten Perspektive haben neben den personalen (Eckert 2008) einschließlich der kulturellen Ressourcen vor allem die sozialen Ressourcen eine hohe Bedeutung für die Copingprozesse⁷ von Familien mit einem behinderten Kind

(Eckert 2008; Hintermair 2005, 2001; Heckmann 2004; Hintermair u.a. 2000). Zu den sozialen Ressourcen gehören die engere und weitere Familie einschließlich der Verwandtschaft (primäres Netzwerk), ferner der Freundes- und Bekanntenkreis, die Nachbarschaft sowie Selbsthilfegruppen (sekundäres Netzwerk) und schließlich das professionell-fachliche Hilfe- und Unterstützungssystem wie Frühförder- und Beratungsstellen, medizinische Einrichtungen und dergleichen (tertiäres Netzwerk).⁸

Diese Netzwerke können den Familien mit behinderten Kindern instrumentelle, emotionale und kognitiv-orientierende Unterstützung (z.B. Informationen) geben, zur Aufrechterhaltung der sozialen Identität der Betroffenen beitragen sowie soziale Kontakte vermitteln (Eckert 2002). Ihre Wirkungen haben dabei unterschiedliche Schwerpunkte, was Christoph (2004, S. 170) dazu veranlasst, von einer „dualen Struktur sozialer Unterstützung“ zu sprechen: Das tertiäre Hilfe- und Unterstützungssystem vermag Eltern und Familien vor allem in den instrumentellen Aufgaben, die im Zusammenhang mit ihren behinderten Kindern auf sie zukommen, zu unterstützen. Hingegen wirkt die soziale Unterstützung durch primäre und sekundäre Netzwerke, also innerhalb und im Umfeld der Familie, z.B. auch durch Freunde und Bekannte, als ein „emotionaler Puffer gegenüber emotionalen Belastungen“ (Heckmann 2004, S. 170) und fördert alltagsbezogene Copingleistungen der Eltern (Heckmann 2004; Engelbert 1999). Sie helfen besonders bei der Verarbeitung der Belastungen, die mit der Inanspruchnahme tertiärer Netzwerke verbunden sind, und tragen zur Zufriedenheit mit professionellen Diensten bei (Heckmann 2004).

Es wurde bereits in Bezug auf die Probleme bei der Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen deutlich: Die Wirksamkeit sozialer Unterstützung ist immer an bestimmte Bedingungen geknüpft, ganz egal, um welche drei Netzwerke es sich hierbei handelt (Eckert 2008). Die Familien müssen zum einen bereit sein, sich nach außen zu öffnen und ihre Situation, Probleme und Bedürfnisse gegenüber anderen offenzulegen und deren Hilfe anzunehmen. Sie müssen

7 Der Begriff „Coping“ leitet sich vom englischen Verb „to cope (with)“ ab, das man mit „zurechtkommen (mit), bewältigen“ übersetzen kann, z.B. mit einem schwierigen Lebensereignis, einer Krankheit oder Behinderung. Copingprozesse in einer Familie mit einem behinderten Kind bezeichnen die Handlungsstrategien, mit dieser Situation sowohl im konkreten Alltag wie auch emotional umzugehen.

8 Diese Netzwerke-Typisierung bezieht sich auf Eckert, 2008. Es gibt auch andere Zuordnungen zu den drei Netzwerktypen (siehe unter: www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/I53/I5385.htm; 20.08.2014).

auch bereit sein, Netzwerkkontakte zu knüpfen und zu pflegen, ja letztlich – wie es Pierre Bourdieu in seiner Publikation aus dem Jahr 1983 treffend formuliert – bereit sein, in eine „unaufhörliche Beziehungsarbeit in Form von ständigen Austauschakten“ (Bourdieu 1983, S. 193) zu investieren.

Diese Bereitschaft, Netzwerkkontakte zu knüpfen und zu pflegen, hat wiederum mit den verfügbaren Zeitressourcen der Familien zu tun. Der zeitliche Mehraufwand der Mütter bei der Betreuung ihres behinderten Kindes erschwert beispielsweise die Pflege von verwandtschaftlichen, freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Beziehungen oder Netzwerkkontakte mit ähnlich betroffenen Eltern. Solche Beziehungen könnten aber im Bedarfsfall dazu beitragen, Zeit für andere Dinge einzusparen, wenn etwa jemand aus dem primären Netzwerk stundenweise Betreuungsaufgaben bei dem behinderten Kind übernimmt. Auch die materielle und räumliche Situation einer Familie spielen hier eine Rolle, etwa ob eine Mutter mit einem behinderten Kind über ein Auto verfügt, um Beziehungen zu pflegen, die wiederum Zeitressourcen für den Bedarfsfall erhöhen können. Höhere Mobilitäts- und Zeitressourcen können wohl auch den höheren Vernetzungsgrad von wohlhabenderen Familien/Müttern erklären. Es zeigt sich, wie im Zusammenwirken materieller, kultureller und sozialer Ressourcen bzw. Erschwernisse die verfügbaren Zeitressourcen sowohl erleichtern wie erschwerend eine wichtige Rolle spielen können.

Derartige Netzwerkorientierungen sind „Grundbedingungen für das Entstehen sozialer Unterstützung“ (Eckert 2008, S. 197). Sie sind im Gesamt der ungleich verteilten materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen der Familien und ihrer Mitglieder zu sehen. Es lassen sich mangels hinreichender empirischer Daten keine genaueren Aussagen darüber machen, in welchem Ausmaß sich Ungleichheitsbedingungen in den Netzwerken von Familien mit behinderten Kindern widerspiegeln. Generell, also relativ unabhängig von sozioökonomischen und -kulturellen Indikatoren, sind die sozialen Netzwerke dieser Familien anscheinend tendenziell kleiner, weisen aber eine höhere Kontaktdichte auf (Eckert 2008; Engelbert 1999). Folgt man den Ergebnissen der Netzwerkforschung, wonach Familien der unteren sozialen Lagen allgemein über kleinere Unterstützungsnetze verfügen (z.B. Marbach/Mayr-Kleffel 1988), so müsste dies wohl besonders auch für

Familien aus unteren sozialen Lagen mit behinderten Kindern gelten. Angelika Engelbert konnte dies in ihrer Studie „nur teilweise und zudem nur als verhältnismäßig schwachen Zusammenhang bestätigen“ (1999, S. 127). Im Gegensatz zum Bildungsstand und der Berufsposition der Eltern zeigte sich jedoch ein eindeutiger Einfluss der materiellen Lebensbedingungen auf die sozialen Ressourcen. Speziell die Wohnungsgröße spielte hier eine wichtige Rolle, insbesondere was die Kontakthäufigkeit betrifft: „Je mehr Wohnraum der Familie zur Verfügung steht, desto mehr potentielle Helfer hat sie und desto eher tritt die jeweils erwünschte Hilfe auch ein“ (Engelbert 1999, S. 128). Ein eindeutiger Zusammenhang ergab sich jedoch zwischen dem Bildungsstand der Mütter und der Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen. Mit wachsendem Bildungsgrad suchten die Mütter häufiger den Austausch mit gleichbetroffenen Eltern (Engelbert 1999). Im Hinblick auf die Frage der Inanspruchnahme des tertiären (professionellen) Systems ist dies erheblich, da selbsthilfeorientierten Elterngruppen eine wichtige vermittelnde Funktion zu diesem System zukommt (Heckmann 2004; Engelbert 1999).

Familiales Bewältigungsverhalten in Abhängigkeit von den sozialen, materiellen und kulturellen Ressourcen

Bereits vermittelt über die primären und sekundären Netzwerke wirken ungleich verteilte materielle und kulturelle Ressourcen auf die Lebenswirklichkeit von Familien mit behinderten Kindern, ihre Bewältigungsleistungen und ihre Möglichkeiten der Nutzung des tertiären (professionellen) Unterstützungssystems ein. Es bestehen offensichtlich komplexe Zusammenhänge zwischen materiellen und vor allem kulturellen sowie sozialen Ressourcen einerseits und Copingprozessen andererseits.

Angelika Engelbert zeigt in ihrer Publikation von 1999 deutliche Zusammenhänge zwischen dem schulischen Bildungsgrad, der beruflichen Position und der Mitgliedschaft der Mütter in einer Selbsthilfegruppe einerseits und dem Grad der Informiertheit über und der Nutzung von Dienstleistungen andererseits. Mütter mit einem höheren kulturellen Kapital, speziell mit einer guten Berufsposition und entsprechenden „beruflichen bzw. allgemeinen Handlungskompetenzen“ und einem darauf aufbauenden Selbstbewusstsein konnten aus der Frühförderung und anderen sozia-

len Diensten mehr Nutzen für sich und ihre Familie ziehen. Die Bedeutung sowohl kultureller als auch sozialer Ressourcen für eine erfolgreiche Inanspruchnahme des tertiären Systems ist ein zentrales Ergebnis der Bielefelder Studie: „Offensichtlich erfordert ein erfolgreiches ‚Ankoppeln‘ an das Hilfesystem nicht nur ausreichende kulturelle Ressourcen, sondern auch funktionierende Sozialbeziehungen“ (Engelbert 1999, S. 281 f.).

Christoph Heckmann stellt insgesamt deutliche Verknüpfungen fest zwischen verfügbaren kulturellen und materiellen Ressourcen der betroffenen Mütter und Väter wie Schulabschluss, berufliche Position und Einkommen einerseits und dem Copingverhalten andererseits: „Eltern mit hohen beruflichen Positionen, hohem Bildungsniveau und hohem Einkommen zeichnen sich ... durch ein besonders problemangemessenes Coping aus“ (Heckmann 2004, S. 146 f.). Vor allem Eltern mit einem höheren Bildungsabschluss nutzen häufiger ihr primäres und sekundäres Netzwerk, zum Beispiel um mit Freunden, Bekannten und Verwandten über persönliche Probleme zu sprechen. Sie nehmen auch mehr professionelle Hilfen in Anspruch und es gelingt ihnen eher, mit ihrer Situation angemessen umzugehen und ihre Stressbelastung zu reduzieren (Heckmann 2004). Die positiven Effekte sozialer Ressourcen bilden bereits Ungleichheitskriterien ab, die durch Bildungseffekte noch erhöht werden: Mit dem Bildungsstand der Eltern wächst auch die Fähigkeit, „diese Ressourcen zielgerichtet und situationsangemessen zu nutzen“ (Heckmann 2004, S. 149). Darin liegt für Christoph Heckmann eine näher zu untersuchende „doppelte soziale Ungleichheit“ (2004, S. 183).

Vor dem Hintergrund des lebenslagenbezogenen Armutskonzepts wird damit deutlich: Familien mit behinderten Kindern, die im Kontext konsistenter Armut eingeschränkte Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten haben, haben es schwerer, Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen und effektiv zu nutzen. Das betrifft auch die Copingleistungen generell. Und so können sich wiederum die Armuts- und Benachteiligungslagen dieser Familien verstärken und zuspitzen.

5 Anforderungen an Gesundheitsförderung und Prävention

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen: Armut in Lebensphasen wie Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit kann bereits in diesem Entwicklungsabschnitt zu gesundheitlichen Belastungen, Entwicklungsstörungen und (drohenden) Behinderungen führen. Sie kann außerdem gesundheitliche Folgen haben, die über Kindheit und Jugend hinausgehen, erst im fortgeschrittenen Alter sichtbar werden, in chronische Erkrankungen und Behinderungen münden. Es handelt sich dabei sehr häufig um vermeidbare gesundheitliche Belastungen bzw. Behinderungen oder solche, die zumindest weniger schwerwiegend ausfallen könnten. Einmal eingetreten, haben sie Auswirkungen auf eine ohnehin niedrige soziale Statusposition, verfestigen diese und führen zu vertikaler Rigidität und Verstetigung von Armutslagen.

5.1 Folgen dauerhafter Teilhabebeschränkungen

Zu den Folgen gehören dauerhafte Teilhabebeschränkungen, die alle relevanten Lebensbereiche betreffen. Sie drücken sich in Form von Zugangsbeschränkungen zur gesundheitlichen Versorgung aus und können die Potenziale des elaborierten und kostenintensiven deutschen Gesundheitssystems konterkarieren – wie die Autorin und der Autor in den Kapiteln 2.9 sowie 4.2 am Beispiel der Zugangsbarrieren für Menschen mit Behinderungen und Familien mit entwicklungsgefährdeten und behinderten Kindern zu Gesundheitsleistungen, Beratungs-, Förder- und Versorgungseinrichtungen (siehe auch BMAS 2013) zeigen konnten.

Allein die Möglichkeit des Zugangs zu medizinischen Leistungen bedeutet nicht zwangsläufig, dass sie problemlos in Anspruch genommen werden können. Vielmehr bestehen erhebliche sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheiten. Sie resultieren in Einschränkungen in der Qualität der gesundheitlichen Versorgung, längeren Wartezeiten

und kürzeren Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen, selteneren und kürzeren Besuchen bei Fachärztinnen und Fachärzten, weniger Wissen über chronische Erkrankungen oder über die Möglichkeiten, den Fortgang der Krankheit durch eigenes Handeln zu beeinflussen (Mielck/Helmert 2005). Diese Einschränkungen bilden Teilhabebbarrieren im Zusammenhang mit den Merkmalen, die im Kontext von Armut zu beobachten sind, wie soziale Isolation aufgrund reduzierter sozialer Netzwerke, erschwerten Zugang zu allgemeinen sowie gesundheitsrelevanten Informationen und geringere Kompetenzen im Durchsetzen eigener Bedürfnisse, z.B. gegenüber Behörden, medizinischem Fachpersonal und Pflegediensten. Diese Teilhabebbarrieren sind in einem zweifachen Sinn zu verstehen: Als Zugangsprobleme erschweren sie es den Betroffenen, überhaupt für sie passende Hilfen zu finden. Als Bewältigungsprobleme erschweren sie es ihnen, die Anforderungen bei der Inanspruchnahme von passgenauen gesundheitsförderlichen Hilfen zu meistern (Engelbert 1999). Derartige Teilhabeprobleme können nur schwer überwunden werden.

Die Belege ungleicher Leistungsvergabe lassen sich nicht mit dem Hinweis auf die prinzipiell gleiche Berechtigung zu medizinischen Leistungen vom Tisch wischen. Das Durchsetzen eines Bedarfs ist von den genannten Faktoren sowie nicht zuletzt vom Informationsstand und vom Habitus abhängig, mit dem der Anspruch im medizinischen System vertreten werden kann. So werden ärztliche Entscheidungen unterschiedlich oft hinterfragt. Die Meinung, dass Ärztinnen und Ärzte allein über medizinische Maßnahmen entscheiden sollten, wird in unteren Statusgruppen besonders oft geteilt, die Frage, ob ihnen eigene Informationen über das Gesundheitsproblem gegeben werden konnten, hingegen besonders häufig verneint. Zudem ist der Anteil an privaten Ausgaben für Gesundheit, der zusätzlich zu den Krankenkassenbeiträgen gezahlt wird, gemessen am Einkommen für untere Statusgruppen besonders hoch (Mielck/Helmert 2005).

Zu den Teilhabebeschränkungen gehört auch, dass viele Angebote zur primären und sekundären Prävention nicht ausreichend sozialsensibel ausgerichtet sind. Nutzerinnen und Nutzer, die nicht auf umfassendes Vorwissen, auf Durchsetzungskraft, Selbstbewusstsein und Unterstützung durch soziale

Netzwerke zurückgreifen können, behindert dies in der Inanspruchnahme bestehender Hilfestrukturen. Als Hemmnisse erweisen sich darüber hinaus fehlende Usability der online-gestützten und der gedruckten Gesundheitsinformationen für diese Nutzergruppen. Sie sind nicht alltagstauglich und ihnen fehlt die Anschlussfähigkeit an die Lebenswelt (IQWiG 2014).

Diese Teilhabebbarrieren erschweren es nicht nur gegenzusteuern, gesundheitliche Bedrohungen zur Vermeidung tief greifender Schäden frühzeitig zu identifizieren und entsprechend zu intervenieren. Sie verhindern auch die Verwirklichung eines umfassenden Inklusionsprozesses.

Statt mehr zielgruppengerechter Nutzerorientierung bei der Entwicklung von Maßnahmen, statt Bündelung vorhandener Ressourcen sowie Nutzung bestehender Zugänge von bereits erfolgreichen Angeboten, behindern Konkurrenzen der Anbieter und Systeme, verstärkt durch den Kampf um gekürzte Mittel, einen höheren Grad an gesundheitlicher Chancengleichheit zu etablieren. Trotz der Klagen vieler Verbände und Betroffener, bestehen weiterhin allzu komplexe Versorgungsstrukturen und ein (nicht nur) für sozial Benachteiligte unentwirrbares Chaos verschiedener Leistungserbringer (das sogenannte „Gewirr der Hilfen“) sowie schwierige begriffliche Abgrenzungen und Definitionsprobleme, die zwangsläufig einen zu breiten Interpretationsspielraum mit sich bringen (Kruse 2012). Zusätzlich zu den ungleichen Krankheitsrisiken bzw. Gesundheitschancen aufgrund der sozioökonomischen Situation verschärfen wettbewerbsabhängige Strukturen die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung. Sie erhöhen die Diskrepanz in der Nutzung von (Vorsorge-)Angeboten und führen somit zum weiteren Ansteigen der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck 2005). Stattdessen werden für Kostenträger Anreize gesetzt, eine mögliche Zuständigkeit zu umgehen, und es wird durch unklare Zuständigkeitsverhältnisse die Möglichkeit gegeben, die Leistungserbringung hinauszuzögern bzw. einem anderen Kostenträger zu übertragen (Kruse 2012).

Es fehlen auf politischer und auf Gesetzesesebene wirkungsvolle Anreize diese Aufgaben anzugehen, Schnittstellenprobleme zu minimieren, Unterstützungsmaßnahmen aus einer Hand anzubieten sowie in erfolgreiche Vernetzung und Zusammenarbeit auf kommunaler bzw. regionaler Ebene zu investieren, mit dem Ziel umfassende Teilhabe zu ermöglichen.

5.2 Beispiele für den Abbau von Teilhabebeschränkungen

Das Recht auf Teilhabe (vgl. UN-Konvention für die Rechte des Kindes und UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen UN-BRK) konsequent umzusetzen, heißt, diese Probleme anzugehen, und:

- Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche Lebenswelten bzw. entwicklungsförderliche Bedingungen und somit für gesundes Aufwachsen zu schaffen;
- verstärkte Aufmerksamkeit der Identifizierung und dem Abbau von Teilhabebarrrieren zuzuwenden;
- Zugänge in die Regelinstitutionen zu ermöglichen und durch gezielte Förderung die Chancen zu erhöhen, diese erfolgreich zu durchlaufen;
- neue Zugänge zu öffnen und bestehende Zugänge fortlaufend auf Niedrigschwelligkeit und Beteiligungsorientierung zu untersuchen.

Entsprechende Konzepte sollten zum Ziel haben, Strukturen aufzubauen und zu verstetigen sowie einzelne Aufgabenkomplexe zu bearbeiten, die in diesem Kontext besondere Herausforderungen darstellen. Zur Verdeutlichung werden einige beispielhafte Modelle und Konzepte sowie bewährte, weiterzuentwickelnde Systeme nachfolgend skizziert.

5.2.1 Das System der Frühen Hilfen

Das System *Frühe Hilfen* ist darauf ausgerichtet, Teilhabebarrrieren abzubauen. Da dieses System weitgehend bekannt ist, wird hier vor allem auf das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* (NZFH) hingewiesen. Es bietet unter der Trägerschaft des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Deutschen Jugendinstituts* (DJI) und der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) weiterführende Informationen an.⁹

Frühe Hilfen reichen von der allgemeinen und frühzeitigen Information und Aufklärung über die Kindesentwicklung bei werdenden Eltern, die Motivation zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und die aktive Verweisung an spezielle Hilfen und Unterstützungen bis hin zur begleitenden Familienarbeit in schwieri-

gen sozialen Lagen. Im Mittelpunkt stehen Familien mit Kindern vom vorgeburtlichen Alter bis zum Alter von circa drei Jahren, deren Lebenssituationen durch hohe Belastungen gekennzeichnet sind (zum Beispiel Armut, Gewalt oder Suchterkrankung im Elternhaus).

Frühe Hilfen basieren auf multiprofessioneller Kooperation und sie zielen auf die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien. Zentraler Baustein ist eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. *Frühe Hilfen* haben sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.¹⁰ Zu den für die Frühen Hilfen maßgeblichen Gesetzen zählen unter anderem das Bundeskinderschutzgesetz, die Sozialgesetzbücher und landesgesetzliche Bestimmungen.

Das System Frühe Hilfen ist ein richtiger und ein erster Schritt. Wird allerdings der Fokus dabei vorwiegend auf Anforderungen des Kinderschutzes gelegt, greift das System zu kurz. Denn früh zu helfen sollte neben frühzeitig einzugreifen auch bedeuten, früh zu fördern. In der neueren Kindeswohldiskussion ist eine stärkere Sensibilisierung für die Rechte von Kindern festzustellen (s. UN-Kinderrechtskonvention und UN-Behindertenrechtskonvention). *Kindeswohl* schließt dabei in einem weiteren Verständnis die drei Aspekte *Schutz vor Gefahren, Förderung der kindlichen Entwicklung* und *Recht auf Teilhabe/Partizipation* ein. Es sollte in der Konsequenz dieses Kindeswohldiskurses liegen, die Zielsetzung der Frühen Hilfen deutlicher in Richtung dieser Rechtsperspektive zu verlagern: nicht allein gegen die (drohende) Kindeswohlgefährdung, sondern auch für das Recht jedes Kindes auf Entwicklung seiner Potenziale und Entfaltung seiner Persönlichkeit.¹¹ Diese

9 Im Hinblick auf Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtungen und den Frühen Hilfen sei verwiesen auf: Zeitschrift TPS – Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, Heft 5/2014 der, hier speziell auf Riedel und Sann.

10 vollständige Definition siehe unter www.fruehehilfen.de/fruehehilfen/was-sind-fruehe-hilfen/ (20.08.2014)

11 Innerhalb dieser Rechtsperspektive ist auch das sich in der Schweiz im Aufbau befindliche System der Frühen Förderung für Kinder von 0–3 Jahren (bzw. von der pränatalen Phase bis zum Abschluss der Transition in den Kindergarten) und ihrer Familien in sozialer Benachteiligung oder mit Migrationshintergrund strukturiert (Schulte-Haller 2009). Von der Konzeption her ist dieses System in vieler Hinsicht vergleichbar mit den Frühen Hilfen in Deutschland, gleichwohl ist sein übergeordnetes Ziel die Chancengerechtigkeit (Schulte-Haller 2009), nicht allein Prävention von Kindeswohlgefährdung.

perspektivische Weiterentwicklung könnte auch die Akzeptanz für Frühe Hilfen bei jenen Eltern und Familien erhöhen, für die mit dem Kinderschutzaspekt die implizite Botschaft mitschwingt, in ihrem elterlichen Handeln infrage gestellt zu sein oder versagt zu haben.

Zu kurz greift es auch, wenn Frühe Hilfen nur auf die früheste Kindheit, das heißt bis zum Alter von drei Jahren ausgerichtet sind. Notwendig ist, umfassende Verantwortung für Kinder, zu der man sich mit dem Angebot der Frühen Hilfen bekennt, über das dritte Lebensjahr hinaus auszudehnen, auch die höheren Altersphasen in den lokalen Vernetzungskonzepten zu bedenken sowie einen Fokus auf die Begleitung sämtlicher Übergänge in Kindheit und Jugend zu legen.

5.2.2 Das System der Interdisziplinären Frühförderung

Das System der Interdisziplinären Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder besteht seit rund vier Jahrzehnten. Es stellt einen wesentlichen Beitrag dar, um Kindern mit manifesten Entwicklungsproblemen und ihren Familien eine möglichst frühzeitige Förderung, fachliche Beratung und Begleitung bei der Entwicklung, Sozialisation und Erziehung anzubieten. Auch wenn bereits mit Beginn des systematischen Aufbaus eines flächendeckenden Netzes von Frühförderstellen ab den 1970er-Jahren Kinder mit Entwicklungsproblemen (also nicht nur Kinder mit Behinderungen) und Kinder aus Armuts- und Benachteiligungslagen im Verantwortungs- bereich der Frühförderung lagen, so hat sich der Anteil dieser Kinder in der Zwischenzeit deutlich erhöht. Nach neueren Recherchen besteht der überwiegende Teil der in der Interdisziplinären Frühförderung betreuten Kinder mittlerweile aus Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und -auffälligkeiten oftmals auch unklarer Genese (Sohns o. J.; Weiß 2014).

Prinzipiell kann die Frühförderung bei entsprechendem Förderbedarf bereits mit der Geburt beginnen und bis zum Schuleintritt eines Kindes fortgesetzt werden. Gute Bedingungen für nachhaltige Förderwirkungen im Sinne einer sekundären und tertiären Prävention eines Kindes, auch im Hinblick auf seine gesundheitliche Entwicklung, sind:

- eine möglichst intensive Zusammenarbeit mit der Familie (Familienorientierung)
- ein individuelles, fokussiertes Eingehen auf die Bedürfnisse von Kind und Familie innerhalb eines brei-

ten Spektrums vernetzter, inhaltlich abgestimmter Hilfeangebote (was *begleitende Weiterverweisung* an andere Institutionen und Dienste einschließt) (Weiß 2010).

Kennzeichnende Handlungsprinzipien der Interdisziplinären Frühförderung sind daher:

- Kind-, Familien- und Lebensweltorientierung (z.B. bei der Frühförderung eines Kindes in der Lebenswelt Kindergarten), Inter- und Transdisziplinarität sowie
- Vernetzung mit anderen Institutionen zur Hilfe und Unterstützung von Kindern und Familien.

Rund 1.200 Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren in Deutschland bilden ein flächendeckendes Netz relativ niederschwelliger, familiennaher Kompetenzzentren für Entwicklungsgefährdungen in der frühen Kindheit. Sie verstehen sich als Ansprech- und Kooperationspartner für Kinder, Eltern und Familien in ihrem Sozialraum sowie für andere Fachleute und Institutionen, die mit Kindern und Familien zu tun haben. Dazu halten – neben vielfältigen Kooperationen mit Kindertagesstätten – Frühförderstellen mit ihrer breiten kind- und familienbezogenen Expertise auch offene Beratungsangebote vor. Innerhalb dieser haben Eltern die Möglichkeit abzuklären, ob bei ihrem Kind ein wie auch immer gearteter Behandlungs- und Förderbedarf besteht.

Trotz der relativen Niedrigschwelligkeit der Interdisziplinären Frühförderung erreichen entwicklungsgefährdete Kinder aus sozial benachteiligten Familien oftmals erst verspätet oder gar nicht eine ihren Förderbedürfnissen und ihrer Lebenswelt angemessene Frühförderung. Auch das System Frühförderung hat also eine „sozial selektive Wirkung“ (Klein 2002, 48). Eine (noch) bessere Vernetzung mit dem Gesundheitssystem, der Kinder- und Jugendhilfe und dem System der Frühen Hilfen könnte zu einem Abbau dieser sozial selektiven Wirkung beitragen. Besonders eine enge Kooperation mit den Frühen Hilfen könnte hier hilfreich sein, denn beide Systeme – Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – können sich mit ihren Stärken gut ergänzen und damit ihre jeweiligen Schwächen und Probleme ein Stück weit kompensieren (Weiß 2013; Weiß/Sann 2012). Gerade die Tatsache, dass der Großteil der in der Frühförderung betreuten Kinder vorwiegend psychosoziale Entwicklungsprobleme hat, zeigt die hohe Relevanz von Frühförder-

stellen auch im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe, die jedoch vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe nicht immer hinreichend wahrgenommen zu werden scheint (Sohns o. J.)

5.2.3 Beispiel guter Praxis: Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf

Auf bessere Bedingungen für frühzeitige Intervention und für interdisziplinäre und bereichsübergreifende Zusammenarbeit für die Zeit rund um die Geburt ist das Modellvorhaben *Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf* ausgerichtet. Sozialräumlich ist das Projekt auf den Berliner Stadtteil Marzahn-Hellersdorf ausgelegt. Es werden die dortigen Fachkräfte des Gesundheits-, Jugendhilfe- und Sozialbereichs (auch Jobcenter) eingebunden, die mit (werdenden) Eltern arbeiten (wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Geburtshaus, Schwangerschaftsberatungsstellen, Familienzentren, aufsuchende Elternhilfe etc.). Im Austausch mit Expertinnen und Experten ist ein praxisorientierter Handlungsleitfaden zur qualitätsgesicherten Vorgehensweise in Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt als Basis der Zusammenarbeit entstanden (Gesundheit Berlin-Brandenburg o.J./a.).

Die Partizipation von (werdenden) Eltern und die Implementierung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses sind besondere Kennzeichen der Vorgehensweise. Deshalb hat die Identifizierung von Handlungsbedarf hohe Bedeutung. Konkret geht es um die Ermittlung von Bedarf und Bedürfnissen der Eltern in schwierigen Lebenslagen sowie ihrer Ressourcen. Hinweise auf den Bedarf ergeben kleinräumige Gesundheits- und Sozialdaten. Hinweise auf die Bedürfnisse von (werdenden) Eltern ergeben sich aus Fokusinterviews mit Eltern und Fachkräften.

Eltern in schwieriger sozialer Lage, die durch Regelangebote kaum erreichbar sind, wurden mit der partizipativen Methode *Fokusgruppe* zu Folgendem befragt:

- ihre subjektive Sicht auf ihre Lebenslage,
- auf Aspekte, die ihrer Meinung nach die Entwicklung von Kindern positiv bzw. negativ beeinflussen,
- ihre subjektiv empfundenen Ressourcen und Bedürfnisse sowie
- ihre Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten im Stadtteil bzw. im Bezirk.

Die Ergebnisse wurden in Ergänzung zu den quantitativen Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Rahmen von Fachtagungen und Fachgesprächen an die Fachkräfte rückgespiegelt.

Die Untersuchungen zeigten, dass Eltern besonders zum Zeitpunkt rund um die Geburt verlässliche und verständliche Informationen aus einer Hand brauchen. Wichtig sind ihnen Infos über finanzielle und materielle Hilfsangebote, über zu erledigende Ämterangelegenheiten, zentrale Anlaufstellen bzw. Stadtteil- und Familienzentren im direkten Wohnumfeld und die Benennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (Bär u.a. 2014).

In Reaktion darauf wurde in Abstimmung mit Nutzenden und Akteuren ein *Fahrplan* (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2013) entwickelt, der alle wesentlichen Schritte und Anforderungen sowie Kontaktadressen in prägnanter Form zusammenfasst. Dieser *Fahrplan* wurde den Nutzenden im persönlichen Kontakt und ergänzt um mündliche Erläuterungen überreicht. Der Prozess der Anwendung durch die Fachkräfte der unterschiedlichen Professionen im Kontakt mit den (werdenden) Eltern wurde ebenfalls – mit positivem Ergebnis – evaluiert (Gesundheit Berlin-Brandenburg o.J./b).

Weitere Ergebnisse des Modellvorhabens werden zur Förderung der übergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit an Akteure im Stadtteil weitergegeben. Ein Teil der Akteure nahm die Methode und die Ergebnisse zum Anlass, um sich vertieft mit der Nutzerperspektive und mit der Qualität von bestehenden Angeboten in den Bereichen Gesundheit(sförderung), Kindertagesstätte, Kinder- und Jugendhilfe und Schule auseinanderzusetzen. Unter anderem werden dazu auch sogenannte *Kitatransfertage* genutzt, auf denen zentrale fachliche Fragen diskutiert werden. Die Vorgehensweise im Modellprojekt wird durch die Alice-Salomon-Hochschule Berlin evaluiert.

5.2.4 Beispiel guter Praxis: Kommunales Regelangebot Soziale Prävention im Vorschulalter (PIAF®)

Um frühzeitige Intervention und interdisziplinäre sowie bereichsübergreifende Zusammenarbeit geht es auch im folgenden Modell. Es nimmt Gesundheitsstatus und Entwicklungsverlauf der Vierjährigen in den Fokus und will zugleich den Übergang von der Kindertageseinrichtung in die Schule erleichtern. Ausgewählt wurde es an dieser Stelle auch, weil am

Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen im frühen Kindesalter, die ein kostenfreies und von den gesetzlichen Krankenkassen finanziertes Angebot an alle Kinder und Eltern darstellen, laut Datenlage die Teilhabebeschränkungen für benachteiligte Kinder besonders deutlich werden. Schon bei fristgemäßer Wahrnehmung der Untersuchungen reichen ärztliche Diagnose und Empfehlung allein oft nicht aus, die notwendigen Behandlungen einzuleiten. Das bestehende Angebot erfordert flankierende Maßnahmen, um die Nachteile auszugleichen, die sich durch die Komm-Struktur ergeben.

Die verpflichtenden Schuleingangsuntersuchungen (SEU), die eine weitere Option bieten, Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen zu diagnostizieren, setzen hingegen zu spät an, um Förderbedarf rechtzeitig vor dem Eintritt in die Schule und die neue Lebensphase mit ihren spezifischen Anforderungen zu erfüllen.

Das Modell PIAF® (Prävention in aller Frühe) bringt sozialpädiatrische und sozialpädagogische Expertise in die Lebenswelt von Kindern und Familien, indem ärztliche Früherkennungsprogramme und niedrigschwellige Beratung kombiniert werden. Ziel ist es dabei, Eltern bei Erziehungs- und Vorsorgeaktivitäten zu unterstützen. In die Entwicklung des Konzepts wurden neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Erziehungsberatung kommunale Verwaltungskräfte einbezogen sowie Kita-Fachberatung, kommunale Fachkräfte des Jugendhilfe- und Sozialbereichs, Kita-Leitungen und Elternvertreter. Interventionsort für PIAF® ist das Setting Kindertageseinrichtung, Zielgruppe sind Vierjährige und ihre Eltern/Familien. Das Konzept kann flächendeckend eingesetzt werden. Durch die Nutzung von kleinräumig erhobenen Gesundheits- und Sozialdaten können aber auch jene Quartiere und Regionen identifiziert werden, in denen diese Vorgehensweise bevorzugt eingesetzt werden soll (Langenbruch 2014).

In der Projektkonzeption wurden sechs Ziele formuliert, an denen deutlich wird, dass es sich um eine individuelle sowie systemisch ausgerichtete Intervention handelt, die auf die Implementierung nachhaltiger Strukturen ausgerichtet ist:

- Frühere Erkennung kindlicher Entwicklungsprobleme
- Unterstützung für Eltern und Kindertageseinrichtungen bei der angemessenen Intervention

- Verringerung der Versorgungslücken im Gesundheitssystem besonders für Risikogruppen (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen)
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen pädagogischen und medizinischen Fachkräften
- Steigerung der Beobachtungskompetenz der frühpädagogischen Fachkräfte bzgl. Entwicklungsrückständen und Auffälligkeiten, Übernahme standardisierter Verfahren in den Alltag der Kindertageseinrichtung
- Einbeziehung der Eltern

Kernelemente von PIAF® sind: Entwicklungsscreening durch die frühpädagogischen Fachkräfte, Untersuchung und Beratung der Familien durch das PIAF®-Team, bestehend aus Bezirkssozialarbeiterin und Bezirkssozialarbeiter, Jugendhelfemitarbeiterin und Jugendhelfemitarbeiter, Kinder- und Jugendärztin sowie Kinder- und Jugendarzt, Einbeziehung der Eltern. Die Teilnahme ist freiwillig.

Auf einer Informationsveranstaltung für Eltern wird die Vorgehensweise erklärt und um Teilnahme gebeten. Die klassische Untersuchung für vierjährige Mädchen und Jungen, ergänzt um standardisierte diagnostische Instrumente und Gespräche zur Erfassung psychosozialer Risikofaktoren wird in der Kindertagesstätte unter Beteiligung von frühpädagogischen Fachkräften und Eltern durchgeführt und für alle Beteiligten protokolliert. Nachhaltigkeit wird durch eine Nachsorgezeit erreicht, in der die Familien bei der Umsetzung der Empfehlungen unterstützt werden (Langenbruch 2014).

Am Beispiel der Untersuchungsergebnisse und Fördermaßnahmen der Jahre 2007–2010 wird die Bandbreite der Untersuchungsergebnisse und vorgeschlagenen Fördermaßnahmen deutlich (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: PIAF® -Untersuchungsergebnisse und vorgeschlagene Fördermaßnahmen 2007–2010

PIAF® Untersuchungsergebnisse und vorgeschlagene Fördermaßnahmen		
	PIAF® 2007–2010, N = 821	Kostenträger
Kein Befund	21 %	
Gezielte Förderung	40 %	Keiner: Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz
Ärztliche Maßnahmen	28 %*	SGB V
Erziehungsberatung	4,5 %*	SGB VIII
HzE u. JuHi-Maßnahmen	4,5 %*	SGB VIII
Heilpädagogische Maßnahmen	11 %	SGB IX, XII

*Summe ergibt nicht 100 %, da bei manchen Kindern Förderungen empfohlen wurden, die durch verschiedene Kostenträger übernommen werden.

Quelle: Eigene Darstellung nach Langenbruch 2014, S. 45

PIAF® startete 2004 als kommunales Regelangebot in ausgewählten Regionen des niedersächsischen Landkreises Hildesheim und wurde in diesem Zeitraum zum flächendeckenden Angebot der kommunalen Regelversorgung weiterentwickelt. Das Programm wird wissenschaftlich durch die Universität Hildesheim evaluiert. Die Ergebnisse belegen die hohe Zufriedenheit der frühpädagogischen Fachkräfte mit der Vorgehensweise, Verbesserungen bei der Einleitung erforderlicher Hilfen und in der Kommunikation mit den Eltern (Stiftung Universität Hildesheim/Kompetenzzentrum Frühe Kindheit 2011, 2010, 2009). Durch die Ergebnisse der SEU konnte eine signifikante Verbesserung des Gesundheitsstatus der Kinder belegt werden (Langenbruch 2014).

PIAF® ist ein Beleg dafür, dass durch die Einhaltung wichtiger Grundprinzipien, wie „interdisziplinär, systematisch, frühzeitig und aufsuchend“, wesentliche Hürden für die Inanspruchnahme des bestehenden Hilfesystems umgangen werden können.

5.2.5 Präventionsketten in Kommunen

Die vorgestellten Modelle könnten an dieser Stelle durch Einzelbeispiele aus weiteren Handlungsfeldern, die in der frühen Kindheit relevant sind, ergänzt werden (z.B. zur Förderung von Transitionskompetenz, zur Zusammenarbeit mit Eltern, zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte, zur Familienbildung,

etc.).¹² Für sich allein stehen sie als nachahmenswerte Beispiele und als empfehlenswerte Good Practice von Gesundheitsförderung und Prävention. Sie können jedoch auch als Bausteine einer integrierten kommunalen bzw. regionalen Handlungsstrategie gesehen werden, die erst im Zusammenschluss mit weiteren Bausteinen ihre volle Wirkung erreichen.

Unter dem Begriff *Präventionskette* steht dieses Konzept dann für eine Neuorientierung und Neustrukturierung der Hilfesysteme mit der Absicht, allen Kindern und Jugendlichen positive Lebens- und Teilhabebedingungen zu eröffnen. Alle verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteure, die dazu beitragen können, das gemeinsam gesetzte Präventionsziel zu erreichen, sowie Kinder und ihre Familien sind an diesem Vorgehen zu beteiligen (Holz u.a. 2011; Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

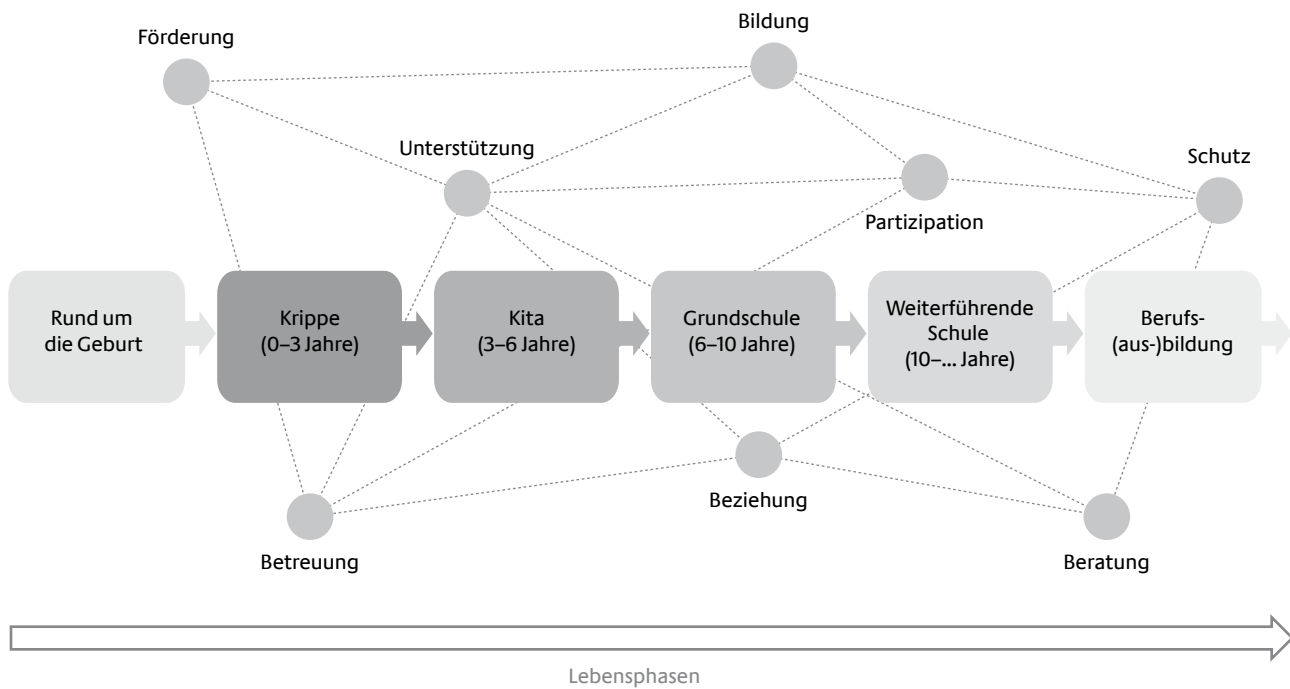
In einer Präventionskette arbeiten Akteure und Institutionen übergreifend und lebensphasenorientiert zusammen. Sie sichern die Übergänge für das Kind und

¹² Nähere Orientierung angesichts der Vielzahl von Projekten und Programmen bieten im Übrigen die Qualitätskriterien des Kooperationsverbunds *Gesundheitliche Chancengleichheit*, die insbesondere die Bedarfslagen, Ressourcen und Belastungen sozial benachteiligter Zielgruppen berücksichtigen. Good Practice Kriterien des Verbunds: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/ (20.08.2014)

seine Familie zwischen Angeboten, Institutionen und Settings. Ihre Netzwerke zur Förderung, Unterstüt-

zung, Beratung, Bildung, Betreuung, Partizipation und Schutz bilden die Präventionskette (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: Die kommunale Präventionskette und ihre Akteure von der Geburt bis zur Berufsausbildung



Quelle: Richter-Kornweitz/Utermark 2013, S. 16

Das Konzept der Präventionskette zielt auf mehr als auf die Kompensation von sozialer Benachteiligung. Es will bestehende Ressourcen bündeln und sie gezielt für die Kinder, Jugendlichen und Familien einsetzen, die sie besonders dringend brauchen – allerdings ohne eine Stigmatisierung und Etikettierung als *bedürftig* vorzunehmen. Das Konzept folgt der Philosophie der *Priorität für Partizipation* (FES 2006) und misst dem Kindeswillen der Heranwachsenden hohe Bedeutung bei.

Zu den Kennzeichen einer Präventionskette gehören die folgenden Merkmale (Richter-Kornweitz/Utermark 2013):

- Eine Präventionskette ist *biografisch angelegt*; betrifft fördernde Begleitung von der Geburt bis zum erfolgreichen Berufseinstieg.
- Eine Präventionskette ist *kind- und jugendlichenzentriert angelegt*; betrifft Orientierung an den Bedürfnissen des jungen Menschen, Unterstützung des individuellen Entwicklungs- und Bildungsprozesses.

- Eine Präventionskette *basiert auf Netzwerken*; betrifft interdisziplinäre und fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit aller Akteure in der Kommune.
- Eine Präventionskette ist *praxisbezogen*; betrifft Handlungsfelder entlang der Altersphasen, gemäß anstehenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen.
- Eine Präventionskette *geht lebensweltorientiert und partizipativ vor*; betrifft Kontextbezug und Mitbestimmung des Handlungsbedarfs durch Kind und Eltern.

Präventionsketten basieren ebenso wie das System der Frühen Hilfen auf interdisziplinärer Kooperation. Sie zielen auf die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten sowie auf eine verbesserte Versorgungsqualität. Beide Ansätze bieten die Chance, eine fach- und trägerübergreifende *Kultur der Kooperation* auf lokaler Ebene zu

etablieren. Die Angebote der Frühen Hilfen gehören zu den ersten Bausteinen der Präventionskette, weitere setzen dort an, wo das Angebot der Frühen Hilfen wegen der festgelegten Altersgrenze endet.

Präventionsketten können mit ihrem Fokus auf gesicherte Übergänge zwischen Altersphasen und Praxisfeldern einmal erreichte Präventionserfolge langfristig bewahren. Die Fachkräfte müssen Kinder und Familien nach Abschluss der Altersphase 0–3 Jahre nicht mehr in eine unsichere Zukunft entlassen, sondern können sie an andere übergeben, deren Arbeitsweisen und fachlichen Standards ihnen bekannt sind. Für beide Ansätze liegt eine Chance auf Weiterentwicklung darin, die Ressourcen des erweiterten Netzwerks zu nutzen (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

Die diversen, bekannten und weniger bekannten Beispiele für kommunale Präventionsketten, stellen sich den Herausforderungen, die bei ihrem Aufbau auftauchen, entsprechend der kommunalen Vielfalt. Zu den vorrangigen Aufgaben aller Kommunen gehören jedoch die Etablierung von Steuerung, Koordination und qualitätsgesichertem Vorgehen, die Entwicklung funktionierender Netzwerke, die Identifizierung des Handlungsbedarfs sowie die Beteiligung der Fachkräfte, Kinder und Familien (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

Diverse Kommunen führten bzw. führen eine Evaluation der Vorgehensweisen beim Aufbau von Präventionsketten durch (Stadt Aachen 2013; Holz u. a. 2005). Eine umfassende Evaluation verschiedenster Aspekte ist im nordrhein-westfälischen Modellvorhaben *Kein Kind zurücklassen* (KeKiz) zu erwarten bzw. wird durch das BMBF-Forschungsprojekt *More Engagement in Municipal Health Promotion Strategies Through Participatory Health Research* in mehreren Kommunen und Bundesländern zwischen 2014 und 2017 durchgeführt.

Kommunen, die sich für den Aufbau von Präventionsketten entschieden haben, nutzen neben dem hohen persönlichen Engagement ihrer Fachkräfte geschickt die Spielräume, die ihnen in der Auslegung von Bestimmungen und Gesetzen gegeben sind. Das allein kann jedoch nicht dem Auftrag genügen, der sich angesichts der Folgen von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit stellt. Kommunen brauchen hierzu dringend die Unterstützung von Bundes- und Landesebene.

Der Beschluss zugunsten einer Präventionskette liegt im Entscheidungsbereich der Kommune. Fällt

dieser Beschluss positiv aus, entspricht er vielen Empfehlungen. Nicht nur denen diverser Kinder- und Jugendberichte und Sachverständigenkommissionen (SVR) des Gesundheitswesens, einschließlich der Handlungsempfehlungen des *Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit* zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher. Er entspricht auch der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und deren Weiterentwicklungen sowie den in der UN-Kinderrechtskonvention festgeschriebenen Rechten jedes Kindes auf Chancengleichheit an Gesundheit (§ 24) und Bildung (§ 28) sowie der Beachtung des Kindeswohls (§ 3) und des Kindeswillens (§ 12).

Der Beschluss zugunsten einer Präventionskette ist ein großer Schritt in die richtige Richtung zugunsten von umfassender Teilhabe und verbesserten Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten. Er dient der Verwirklichung des Inklusionsleitgedankens und der Aufhebung der bisherigen Zuständigkeitsaufspaltung zwischen verschiedenen Leistungssystemen. Denn es ist nach wie vor traurige Wirklichkeit, dass Schnittstellenprobleme (BMAS 2013; AGJ 2013; MGEPA 2013; BMFSFJ 2009) sich aufgrund gesetzlich verursachter unklarer Zuständigkeitsverhältnisse individuell niederschlagen, zu individuellem Leid führen und nicht zuletzt kommunal gelöst werden müssen, ohne dass entsprechende Ressourcen gegeben sind.

6 Allgemeine Handlungsanforderungen

Allgemeine Handlungsanforderungen der Autorin und des Autors dieser Expertise betreffen den Abbau von Teilhabebeschränkungen für sozial benachteiligte Mädchen und Jungen im frühen Kindesalter und für ihre Familien. Wegen der engen Zusammenhänge verschiedener Dimensionen der Lebenslage und ihrer wechselseitigen Einflüsse kann ihre gesundheitliche Situation nicht getrennt von anderen wesentlichen Bereichen wie Bildung, soziale Integration, Wohnen gesehen werden. Es sind umfassende Handlungskonzepte erforderlich, die diese wechselseitige Abhängigkeit bedenken, ein gemeinsames, bereichsübergreifendes und multiprofessionelles Vorgehen etablieren und sich damit der Lösung von Schnittstellenproblemen widmen. Diese sind durch Bund und Länder zu unterstützen.

Zu den allgemeinen Forderungen gehören im Weiteren:

- die Unterstützung der Kommunen beim Aufbau von Präventionsketten (unter Einbezug und Weiterentwicklung bestehender, bewährter Systeme wie z.B. die Interdisziplinäre Frühförderung)
- die Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung der unterschiedlichen Zielgruppen beim Inklusionsprozess, durch
 - die Stärkung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Eltern mit einem chronisch kranken oder behinderten Kind in ihrem Selbstbewusstsein und Teilhabeengagement
 - eine auf Respekt gegründete, verständigungsorientierte Kommunikation mit ihnen, die ein konsequentes Bemühen um eine (sub-)kulturell- und lebensweltspezifische Fairness kennzeichnet
- der Ausbau settingorientierter Gesundheitsförderung
- die Sicherstellung des gleichberechtigten wohnortnahen Zugangs zu Leistungen der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation (neben der Sicherstellung entsprechender Zugänge zum Bildungssystem und zu speziellen Hilfeangeboten)

- die Verbesserung der Früherkennung und rechtzeitige Einleitung von Maßnahmen durch niedrigschwellige familienorientierte Angebote
- die Verbesserung der Nutzerorientierung gesundheitsbezogener Angebote insbesondere auch durch Netzwerkförderung, um die Netzwerkeinbindung gerade von Familien mit geringen sozialen Ressourcen zu verbessern
- die konzeptionelle, inhaltliche und strukturelle Verknüpfung von Kindorientierung und Lebensweltorientierung (insbesondere unter Einbezug der Familie) als Bedingung nachhaltiger Wirkung psychologisch-pädagogischer und medizinisch-therapeutischer Förderung und Behandlung
- die Unterstützung von kind- und familienübergreifenden Vernetzungsaufgaben der verschiedenen Hilfesysteme für Kinder und Familien im Sozialraum (auch in finanzieller Hinsicht)

Der Ausbau der Strukturen sollte daher auf die Etablierung eines umfassenden, integrierten kommunalen bzw. regionalen Handlungsansatzes zur Gesundheitsförderung und Prävention zielen. Dazu gehören verstärkte Initiativen zur interdisziplinären und bereichsübergreifenden Zusammenarbeit, zur Beteiligung von Mädchen und Jungen, Familien und Fachkräften, für gesunde Lebenswelten und entwicklungsförderliche Bedingungen. Die einzelnen Bausteine sollten sich am Lebenslauf ausrichten.

7 Schlussbemerkung

Der Aspekt der Teilhabebeschränkung wurde als verbindendes Element zur gemeinsamen Betrachtung von Armut, Gesundheit und (drohender) Behinderung gewählt, um die vielfältigen, differenzierten Zusammenhänge zwischen diesen drei Bereichen herausarbeiten und abbilden zu können. Wesentliche Strategien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, die geeignet sind, auch die gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen für Menschen mit Behinderungen zu fördern, sind darauf ausgerichtet, diese Teilhabebeschränkungen aufzuheben. Lebenslauf- und Ressourcenorientierung gehören ebenso dazu wie die konsequente Kind- und Familien-/Lebensweltorientierung. Sie sind unverzichtbare Bedingungen nachhaltiger (Gesundheits-)Förderung eines Kindes ab Beginn der Schwangerschaft bis ins Erwachsenenalter. Verwirklichen lässt sich dies nur über vernetzte, interdisziplinäre und bereichsübergreifenden Hilfen, die sich an den oftmals sehr komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedürfnissen des Kindes in seiner Familie orientieren.

8 Literatur

- Alt, Christian (Hrsg.) (2008): *Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten*, Bd. 5: Persönlichkeitsstrukturen und ihre Folgen. Wiesbaden
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2013): *Gesamtzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ zur aktuellen Diskussion*. Berlin, 25. September 2013
- Bär, Gesine/Janella, Maren/Kilian, Holger/Möllmann-Bardak, Andrea/Wagner, Cornelia (2014): *Wer sagt, was gut ist? Das Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung für mehr gesundheitliche Chancengleichheit*. In: eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft 08/2014 vom 25.04.2014. Stiftung Mitarbeit. Bonn
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann Hildgard (1998): *Was erhält Menschen gesund? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1998): *Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*. Bonn
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. Berlin
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): *13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe*. Bonn
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): *Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Bonn
- Bourdieu, Pierre (1983): *Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital*. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen, S. 183–198
- Buhr, Petra/Leibfried, Stephan (2009): *Ist die Armutsbevölkerung in Deutschland exkludiert?* In: Stiche, Rudolf/Windolf, Paul (Hrsg.): *Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit*. Wiesbaden, S. 103–122
- Brand eins (2006): *Stirb langsam, Entscheider*. Brand eins, Ausgabe 02/2006 – Schwerpunkt Leadership www.brandeins.de/archiv/2006/leadership/stirb-langsam-entscheider.html
- BGBL II 2008/35: *Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2005): *Lebenslagen in Deutschland – Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn
- DMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf
- Dragano, Nico v. (2007): *Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf*. In: APuZ: Aus Politik und Zeitgeschichte. S. 18-25
- Duncan, Greg J./Brooks-Gunn, Jeanne (Eds.) (1997): *Consequences of growing up poor*. New York
- Dworschak, Wolfgang/Ratz, Christoph (2012): *Soziobiografische Aspekte der Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*. In: Dworschak, Wolfgang/Kannewischer, Sybille/Ratz, Christoph/Wagner, Michael (Hrsg.): *Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SFGE)*. Oberhausen, S. 27–48
- Eckert, Andreas (2008): *Familie und Behinderung. Studien zur Lebenssituation von Familien mit einem behinderten Kind*. Hamburg
- Elder, Glen H./Caspi, Avshalom (1988): *Economic Stress in Lives: Developmental Perspectives*. In: *Journal of Social Issues*, 44, S. 25–45
- Elder, Glen H./Caspi, Avshalom (1991): *Lebensverläufe im Wandel der Gesellschaft: soziologische und psy-*

- chologische Perspektiven. In: Zeit für Kinder! Kinder in Familie und Gesellschaft. Weinheim
- Elkeles, Thomas, Mielck, Andreas (1993): Soziale Ungleichheit. WZB Discussion Paper P93-208. Berlin
- Engelbert, Angelika (1999): Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder. Weinheim/München
- Farah, Martha J./Noble, Kimberly G./Hurt, Hallam (o.J.): Poverty, Privilege, and brain development: empirical finding and ethical implications
- Franz, Michael Jürgen (2008): Die Förderschule mit dem Schwerpunkt „Geistige Entwicklung“ - ein Förderort für „Grenzgänger“? In: Sonderpädagogische Förderung heute 53, S. 162-178
- Fertig, Michael/Tamm, Marcus (2007): Always Poor or Never Poor and Nothing Between? Duration of Child Poverty in Germany. RWI Discussion Papers No. 56. Essen
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (o.J./a): Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt. Ein integrierter Handlungsleitfaden. Berlin
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (o.J./b): Evaluation des Fahrplans: „Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“ im Rahmen von „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf – Modellvorhaben Präventionskette“. Unveröffentlichtes Dokument. Berlin
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (2013): Fahrplan: Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt? Informationen für (werdende) Eltern in Marzahn-Hellersdorf. Berlin
- Geyer, Siegfried (2002). Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim/München, S. 53–78
- Hanesch, Walter/Krause, Peter/Bäcker, Gerhard (2000): Armut und Ungleichheit in Deutschland. Der neue Armutsberichts der Hans-Böckler-Stiftung, des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Reinbek
- Häußler, Monika/Wacker, Elisabeth/Wetzler, Rainer (1996): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt – Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung. Baden-Baden
- Heckmann, Christoph (2004): Die Belastungssituation von Familien mit behinderten Kindern. Soziales Netzwerk und professionelle Dienste als Bedingungen für die Bewältigung. Heidelberg
- Hintermair, Manfred (2001): Welche Erkenntnisse die Frühförderung aus den Erfahrungen von Eltern mit älteren behinderten Kindern gewinnen kann. Aufgezeigt am Beispiel sozialer Unterstützung von Eltern hörgeschädigter Kinder. In: Frühförderung interdisziplinär 20, S. 49–61
- Hintermair, Manfred (2005): Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung. Theoretische und empirische Analysen. Heidelberg
- Hintermair, Manfred/Lehmann-Tremmel, Gertrud/Meiser, Sandra (2000): Wie Eltern stark werden. Soziale Unterstützung von Eltern hörgeschädigter Kinder – Eine empirische Bestandsaufnahme. Hamburg
- Hirchert, Annette (2002): Die Sicht der Eltern. In: Thimm, Walter/Wachtel, Grit: Familien mit behinderten Kindern. Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme. Weinheim/München. S. 74–102
- Hock, Beate/Holz, Gerda/Wüstendörfer, Werner (2000): Frühe Folgen langfristige Konsequenzen? Armut und Benachteiligung im Vorschulalter. Frankfurt a. M.
- Hock, Beate/Holz, Gerda/Kopplow, Marlies (2014): Kinder in Armutslagen. Grundlagen für armuts-sensibles Handeln in der Kindertagesbetreuung. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 38. München
- Hohmeier, Jürgen/Veldkamp, Barbara (2004): Zur Pflegesituation von Familien mit behinderten und chronisch kranken Kindern – Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Sonderpädagogik 34, S. 227–236
- Holz, Gerda/Andreas Puhlmann (2005): Alles schon entschieden? Wege und Lebenssituation armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule. Zwischenergebnisse der 3. AWO-ISS-Studie mit Analysen zur aktuellen Lebenssituation der zehnjährigen Kinder und ihrer Entwicklung seit 1999. Frankfurt a. M.
- Holz, Gerda/Richter, Antje/Wüstendorfer, Werner/Giering, Dietrich (2005): Zukunftschancen für Kinder. Frankfurt a. M.
- Holz, Gerda/Richter, Antje/Wüstendörfer, Werner/Giering, Dietrich (2006): Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grund-

- schulzeit. Zusammenfassung des Endberichts der 3. Phase der AWO-ISS-Studie. Bonn
- Holz, Gerda/Schlevogt, Vanessa/Kunz, Thomas/Klein, Evelin (2005): Armutsprävention vor Ort – „Mo.Ki – Monheim für Kinder“. Evaluation des Modellprojektes von Arbeiterwohlfahrt Niederrhein und Stadt Monheim durch das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Frankfurt am Main/Essen
- Holz, Gerda/Schöttle, Michael/Berg, Anette (2011): Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen. Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendlichen. Essen/Frankfurt a.M./Monheim
- Hurrelmann, Klaus (2003): Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim, S. 26–28
- Hurrelmann, Klaus/Franzkowiak, Peter (2010): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/
- Hurrelmann, Klaus/Andresen, Sabine/Schneekloth, Ulrich (2013): Das Wohlbefinden der Kinder in Deutschland. In: Bertram Hans (Hrsg.): Reiche, kluge, glückliche Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Weinheim/Basel
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2014): Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG durch sozial benachteiligte Personen. Arbeitspapier. IQWiG-Berichte Nr. 208, Version 1.0. Köln
- Keupp, Heiner (2003): Ressourcen als gesellschaftlich ungleich verteiltes Handlungspotential. In: Schemmel, Heike/Schaller, Johannes (Hrsg.): Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen, S. 555–573
- Klein, Gerhard (2002): Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken. Stuttgart
- Knesebeck, Olaf von dem/Mielck, Andreas (2009): Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1, S. 39–42
- Kohl, Steffen (2013): Armut von Kindern im Lebensverlauf. Ursachen und Folgen für das subjektive Wohlbefinden. In: Bertram Hans: Reiche, kluge, glückliche Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Weinheim/Basel, S. 78–92
- Kruse, Christina (2012): Sozial benachteiligte Kinder mit Entwicklungsverzögerung. Gesundheitsförderung in der Kita als Chance zur Überwindung von Schnittstellenproblemen zwischen Gesundheits- und Jugendhilfessektor. Unveröffentlichte Masterarbeit
- Lampert, Thomas. (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin S. 121–133
- Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/Dunkelberg, Anna (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 42, S. 11–18
- Lampert, Thomas/Richter, Matthias (2010): Armut bei Kindern und Gesundheitsfolgen. In: Holz, Gerda/Richter-Kornweitz, Antje (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? München/Basel, S. 55–65
- Langenbruch, Bettina (2014): Prävention im Vorschulalter: PIAF® für alle. In: Kinderärztliche Praxis 85, S. 41–51
- Largo, Remo H. (1995): Kindliche Entwicklung und psychosoziale Umwelt. In: Schlack, Hans G./Thyen, Ute/von Kries, Rüdiger (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Stuttgart/Jena/New York, S. 7–22
- Lutz, Ronald (Hrsg.) (2012): Erschöpfte Familien. Wiesbaden
- Lutz, Ronald (2013): Soziale Erschöpfung. Kulturelle Kontexte sozialer Ungleichheit. Weinheim/Basel
- Mackenbach, Johan. P. (2006): Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. London
- MAIS NRW – Ministerium für Arbeit, Integration des Landes Nordrhein-Westfalen: Sozialbericht NRW 2012. Armuts- und Reichtumsbericht
- Marbach, Jan H./Mayr-Kleffel, Verena (1988): Soweit die Netze tragen ... – Familien und ihr soziales Umfeld. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Wie geht's der Familie? Ein Handbuch zur Situation der Familien heute. München, S. 281–290

- Marmot, Michael (2004): Status Syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy. London/New York
- MASF Brandenburg – Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2007): Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Potsdam
- MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013): 22. Landesgesundheitskonferenz NRW. Von der Integration zur Inklusion: Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern. Düsseldorf
- Michel, Marion/Riedel, Steffi/Häußler-Sczepan, Monika (2003): Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales
- Michel, Marion/Riedel, Steffi/Häußler-Sczepan, Monika (2004): Identität und Behinderung. Behinderte und nichtbehinderte Kinder und Jugendliche in Sachsen. In: Jungbauer-Gans, Monika/Kriwy, Peter (Hrsg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden, S. 177–200
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern
- Mielck, Andreas/Helmert, Uwe (2005): Die Reform der gesetzlichen Krankenkasse. Akzeptanz bei verschiedenen Einkommensgruppen. In: Böcken, Jan/Braun, Bernhard/Schnee, Melanie/Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2005, Gütersloh, S. 99–111
- Mielck, Andreas (2010): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=ee575361fca902b245998bc5faceee1e&id=angebote&idx=165 (20.08.2014)
- Oppenheim, Carey/Lister, Ruth (1998): Armut und Familienleben am Beispiel der britischen Gesellschaft. Wiesbaden, S. 205–224
- Power, Chris/Kuh, Diana (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Siegrist, Johannes/Marmot, Michael (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, S. 45–76
- Ratz, Christoph/Dworschak, Wolfgang (2012): Zur Anlage der Studie SFGE. In: Dworschak, Wolfgang/Kannewischer, Sybille/Ratz, Christoph/Wagner, Michael (Hrsg.): Soziobiografische Aspekte der Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Oberhausen, S. 9–26
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, 149–166
- Richter-Kornweitz, Antje (2010): Langzeitwirkungen von Armut. In: Holz, Gerda/Richter-Kornweitz, Antje (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? München, S. 43–54
- Richter-Kornweitz, Antje/Schubert, Rainer (2012): Die drei K's: Kinderarmut–Kinderschutz–Kommunen. Prävention. Schwerpunktheft „Frühe Hilfen“. Themenheft der Zeitschrift Prävention, Jg. 35, Heft 4, S. 116–120
- Richter-Kornweitz, Antje (2012): „... und raus bist du?“ Armut und inklusive Frühpädagogik in Kindertagesstätten. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Dossier Diversität und Kindheit- Frühkindliche Bildung, Vielfalt und Inklusion
- Richter-Kornweitz, Antje/Utermark, Kerstin (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionskette in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hannover
- Riedel, Birgit/Sann, Alexandra (2014): Kindertageseinrichtungen im Kontext Früher Hilfen. Kooperationsmöglichkeiten und ungelöste Fragen. In: TPS – Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, H. 5, S. 38–41
- Sarimski, Klaus (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle
- Schildmann, Ulrike (2005): Die politische Berichterstattung über Behinderung: 2. Armuts- und Reichtumsbericht und Bericht über die Lage behinderter Menschen – kritisch reflektiert unter besonderer Berücksichtigung des „Gender Mainstreaming“. In: Behindertenpädagogik 44(2), S. 115–148. Gießen
- Schlack, Hans G. (2008): Wie (un)gesund sind Kinder in Deutschland? Fakten, Einschätzungen, Handlungsbedarf. In: Frühförderung interdisziplinär 27, S. 147–154. München
- Schmidt, Bettina/Kolip Petra (Hrsg.) (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Prä-

- ventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim
- Schone, Reinhold/Gintzel, Ullrich/Jordan, Erwin/Kalscheuer, Mareile/Münder, Johannes (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster
- Schoon, Ingrid (2006): Risk and Resilience. Adaptations in Changing Times. Cambridge
- Schröder, Ulrich (2005): Lernbehindertenpädagogik. Grundlagen und Perspektiven sonderpädagogischer Lernhilfe. Stuttgart
- Schulte-Haller, Marion (2009): Frühe Förderung. Forschung, Praxis und im Bereich der Frühförderung: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bern
- Siegrist, Johannes/Marmot, Michael (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern
- Sohns, Armin (o.J.). Wie modern ist die Frühförderung? Zur Veröffentlichung vorbereitet
- Stadt Aachen (2013): KiM – Kinder im Mittelpunkt. Zwischenbericht und Ausblick. www.aachen.de/de/stadt_buerger/familie/aachener_buendnis_familien/kinder_im_mittelpunkt_kim/dokumente/kim_zwischenbericht.pdf (20.11.2014)
- Stiftung Universität Hildesheim/Kompetenzzentrum Frühe Kindheit Niedersachsen (2009): Zwischenbericht der Wissenschaftlichen Begleitung des PiAF-Projekts. www.fruehe-kindheit-niedersachsen.de/fileadmin/redaktuers_upload/Bilder/veranstaltungen/PDF/546_3453_1.pdf (20.11.2014)
- Stiftung Universität Hildesheim/Kompetenzzentrum Frühe Kindheit (2010): Interdisziplinäre Intervention im Kindergarten zur Früherkennung und Frühförderung im Landkreis Hildesheim
- Stiftung Universität Hildesheim/Kompetenzzentrum Frühe Kindheit Niedersachsen (2011): Ergebnisbericht. Qualitative Telefon- und Gruppeninterviews mit Eltern und externen KooperationspartnerInnen des PiAF-Projektes
- Thyen, Ute (2009): Vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. In: Schlack, Hans G./Thyen, Ute/Kries, Rüdiger von (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg, S. 11–23
- Trojan, Alf (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim/München, S. 195–228
- Wegscheider, Angela (o.J.): Armut und Behinderung. Die Situation von Menschen mit Behinderung in Österreich. Ohne Ort
- Weiß, Hans (o.J.): Lernbehinderung. In: Staatsinstitut für Frühpädagogik: Familienhandbuch. www.familienhandbuch.de/behinderung/formen-von-behinderung/lernbehinderung (20.08.2014)
- Weiß, Hans (2010): „Frühe Hilfen“ für entwicklungsgefährdete Kinder in Armutslagen. In: Zander, Margherita (Hrsg.): Kinderarmut – Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Wiesbaden, S. 182–199. Wiesbaden
- Weiß, Hans (2013): Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen: Kooperationspartner in präventiven Netzwerken für entwicklungsgefährdete Kinder und deren Familien. Frühförderung interdisziplinär 31, 67–81. München
- Weiß, Hans (2014): Armut und Behinderung – Aspekte wechselseitiger Zusammenhänge. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 20 (2) S. 5–12. Bern
- Weiß, Hans/Sann, Alexandra (2013): Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung. Köln
- WHO (1948): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung
- WHO (1998): Glossar zur Gesundheitsförderung. Deutsche Übersetzung (DVGE) des Glossars von Don Nutbeam. Gamburg
- Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich Ebert Stiftung Abteilung Arbeit und Sozialpolitik/Gesprächskreis Sozialpolitik (Hrsg.) (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Bonn
- Wolf-Stiegemeyer, Dorothea (2000): Der (etwas?) andere Alltag von Müttern schwerstbehinderter Kinder. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 23 (3) S. 1–16
- Wolff, Reinhart: Kindesvernachlässigung – Entwicklungsbedürfnisse und die fachlichen Aufgaben der Jugendhilfe. In: Zenz, Winfried M./Bäcker, Korinna/Blum-Maurice, Renate (Hrsg.) (2002): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln, S. 70–87
- Wolpers, Paul/Langenbruch, Bettina (2010): Zwischenbericht PiAF – erste Ergebnisse. Hildesheim

9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Modell zur Darstellung der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren/Whitehead 1991	12
Abbildung 2	Modell zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	14
Abbildung 3	Behinderung/Beeinträchtigung und Armut im wechselseitigen Zusammenhang	18
Abbildung 4	Die kommunale Präventionskette und ihre Akteure von der Geburt bis zur Berufsausbildung	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	PIAF®-Untersuchungsergebnisse und vorgeschlagene Fördermaßnahmen 2007–2010	35
-----------	--	----

Zu den Autoren



Antje Richter-Kornweitz

ist Diplom-Pädagogin und approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Nach längerer Tätigkeit in der Beratung und therapeutischer Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Eltern u.a. in Beratungsstellen des Deutschen Kinderschutzbundes promovierte sie von 1996 bis 1999 berufsbegleitend an der Universität Oldenburg zum Thema „Wie erleben und bewältigen Kinder Armut?“. Seit 2001 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Fachreferentin bei der Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. für den Arbeitsbereich „Soziale Lage und Gesundheit“ verantwortlich. Schwerpunkte ihrer Arbeit liegen in den Bereichen Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, Gesundheitsförderung in Lebenswelten sowie Resilienz. Zu den Zielen ihrer Tätigkeit gehört es u. a., sektoren- und trägerübergreifende Strukturbildung und Vernetzung zu stärken, Wissenstransfer zu verbessern sowie Qualitätsentwicklung zu fördern.



Hans Weiß

ist ehemaliger Sonderschullehrer unter anderem an einer Heimsonderschule. Er war für den Aufbau und die Leitung einer Frühförderstelle zuständig. Ab 1983 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Würzburg (Fachbereiche Körperbehindertenpädagogik und Lernbehindertenpädagogik). Von 1995 bis 2012 hatte er die Professur für Körperbehindertenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik in Reutlingen, inne. Zu seinen Arbeitsgebieten zählen (Körper-)Behinderung und soziale Benachteiligung, Zusammenarbeit mit Eltern behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder sowie Kinder und Familien in Armutslagen. Hans Weiß ist stellvertretender Vorsitzender der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung in Bayern.

Die Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) stellt alle Ergebnisse in Form von Print- und Online-Publikationen zur Verfügung.

Alle Publikationen sind kostenfrei erhältlich unter: www.weiterbildungsinitiative.de/publikationen.

WiFF Expertisen	WiFF Studien	WiFF Wegweiser Weiterbildung	WiFF Kooperationen
Wissenschaftliche Analysen und Berichte zu aktuellen Fachdiskussionen, offenen Fragestellungen und verwandten Themen von WiFF	Ergebnisberichte der WiFF-eigenen Forschungen und Erhebungen zur Vermessung der Aus- und Weiterbildungslandschaft in der Frühpädagogik	Exemplarisches Praxismaterial als Orientierungshilfe für die Konzeption und den Vergleich von kompetenzorientierten Weiterbildungsangeboten	Produkte und Ergebnisberichte aus der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Partnern und Initiativen im Feld der Frühpädagogik
Zuletzt erschienen	Zuletzt erschienen	Zuletzt erschienen	Zuletzt erschienen
 Band 41: Timm Albers/Micheal Lichtblau: Inklusion und Übergang von der Kita in die Grundschule: Kompetenzen pädagogischer Fachkräfte	 Band 21: Norbert Schreiber: Weiterbildung zur „Fachkraft für Frühpädagogik U3“	 Band 10: Leitung von Kindertageseinrichtungen	 Band 5: Klaus Fröhlich-Gildhoff/Claudia Röser: Zertifizierungsinitiative Frühpädagogik Südbaden (ZFS)
Band 40: Hans Rudolf Leu: Non-formales und informelles Lernen – unverzichtbare Elemente frühpädagogischer Professionalisierung Band 39: Petra Strehmel/Daniela Ulber: Leitung von Kindertageseinrichtungen Band 38: Beate Hock/Gerda Holz/Marlies Kopplow: Kinder in Armutslagen Band 37: Daniela Kobelt Neuhaus/Günter Refle: Inklusive Vernetzung von Kindertageseinrichtung und Sozialraum	Band 20: Jan Leygraf: Fachberatung in Deutschland Band 19: Joanna Dudek/Johanna Gebrande: Quereinstieg in den Erzieherinnenberuf Band 18: Norbert Schreiber: Die Ausbildung von Kinderpflegerinnen und Sozialassistentinnen Band 17: Pamela Oberhuemer: Fort- und Weiterbildung frühpädagogischer Fachkräfte im europäischen Vergleich	Band 9: Inklusion – Kinder und Familien in Armutslagen Band 8: Mentorinnen und Mentoren am Lernort Praxis Band 7: Kompetenzorientierte Gestaltung von Weiterbildungen Band 6: Inklusion – Kinder mit Behinderung Band 5: Inklusion – Kulturelle Heterogenität in Kindertageseinrichtungen Band 4: Frühe Bildung – Bedeutung und Aufgaben der pädagogischen Fachkraft	Band 4: Autorengruppe Berufsfachschule: Qualifikationsprofil „Frühpädagogik“ – Berufsfachschule Band 3: Expertengruppe „Anschlussfähige Bildungswege“: Kindheitspädagogische Bachelorstudiengänge und anschlussfähige Bildungswege Band 2: Expertengruppe Berufsbegleitende Weiterbildung: Qualität in der Fort- und Weiterbildung von pädagogischen Fachkräften in Kindertageseinrichtungen

Stand: November 2014

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



EUROPÄISCHE UNION

Robert Bosch **Stiftung**



Deutsches
Jugendinstitut

Kinder und Familien in Armutslagen sind vielfältigen Risiken ausgesetzt. Einkommensarmut kann sich in sozialer, materieller, psychischer und physischer Hinsicht auswirken. Bezogen auf den körperlichen Bereich, lassen sich zwei Facetten beschreiben: Die Auswirkungen von finanzieller Armut können einerseits zu Gesundheitsbelastungen und drohenden Behinderungen führen. Andererseits erfahren Familien, die von beidem betroffen sind, finanzielle Mehrbelastungen bis hin zu materieller Armut. Antje Richter-Kornweitz und Hans Weiß behandeln in ihrer Expertise zwei Heterogenitätsdimensionen von Inklusion: *Armut* und *Behinderung*. Sie erläutern den komplexen Zusammenhang von Armut, Gesundheit und Behinderung bei Kindern unter sechs Jahren sowie deren Familien und diskutieren Konsequenzen präventiver Maßnahmen.