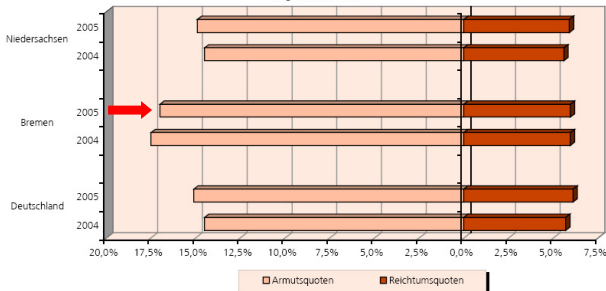


1. Relative Armut und relativer Reichtum in Niedersachsen,  
Bremen und Deutschland 2004 und 2005

- Angaben in Prozent -



Quelle: Nds. Armuts- und Reichtumsbericht 2006, Niedersächsisches Landesamt für Statistik

## Armut und Gesundheit

Bremerhaven, 15. November 2007

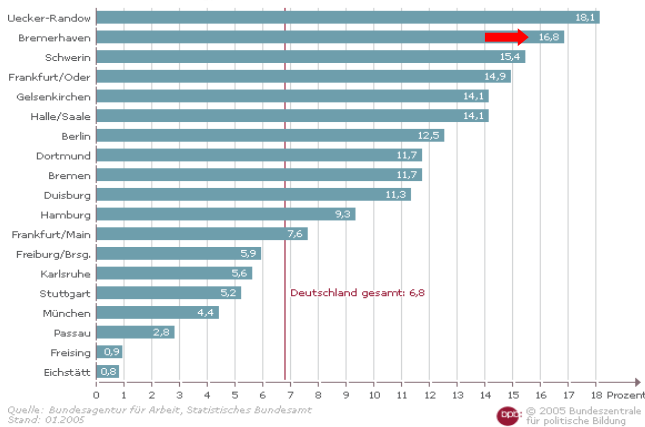
Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

### Sozial- und Arbeitslosengeld II-Empfänger nach Städten

In Prozent der Bevölkerung, Deutschland Januar 2005



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Bundesamt  
Stand: 01.2005

© 2005 Bundeszentrale für politische Bildung

Armut stellt die unterste und zugleich weit reichendste Form von **Benachteiligung** dar. Sie schränkt die **Handlungsspielräume** des Menschen gravierend ein und schließt eine gleichberechtigte **Teilhabe** an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft aus.

Armut hat **Unterversorgung** in wesentlichen Lebensbereichen zur Folge.

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Armut trotz Arbeit

Unter den zurzeit knapp sieben Millionen Hartz-IV-Leistungsempfängern Deutschlands finden sich schon jetzt über 900.000 Menschen, die erwerbstätig sind.

In Bremen sind es rund 12.000 bei knapp 100.000 Leistungsempfängern.

(Arbeitnehmerkammer Bremen 2006)

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Zahlen für Bremen aus Niedersachsen

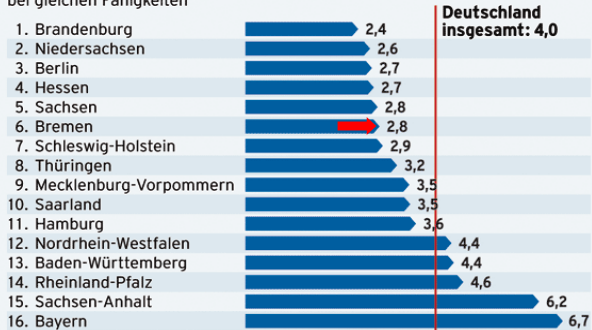
- Relative Armut Bremen: 17 % (Personen) und 13,7% (Haushalte), d.h. 111.500 Personen und 48.100 Haushalte.
- Zum Vergleich Deutschland: 15,1% Personen und 14% Haushalte sind relativ arm.
- Im Jahr 2005 erhielten in Bremen 12,6% und in Bremerhaven 16,8% Personen Sozialgeld und ALG II.
- Das Pro-Kopf-Einkommen ist im Land Bremen weiter rückläufig.
- Die Reichtumsquote in Bremen lag hingegen unverändert bei 6,0 %.
- Insgesamt ist der Stadtstaat Bremen – was für städtische Verhältnisse typisch ist – inhomogener als das Flächenland Niedersachsen. Die „soziale Mitte“ hat hier nur einen Anteil von 77,0 %.

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Bessere Chancen für Akademikerkinder

Im Vergleich mit einem Facharbeiterkind ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein Akademikerkind das Gymnasium besucht, um den angegebenen Faktor höher - bei gleichen Fähigkeiten<sup>1)</sup>



1) Vergleich bei fünfzehnjährigen Schülern.  
Quelle: Leibniz-Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften (IPN, Kiel), Pisa 2003 - Ergebnisse des zweiten Ländervergleichs, Zusammenfassung (2005) / F.A.Z.-Grafik Heumann

## Kinder und Jugendliche

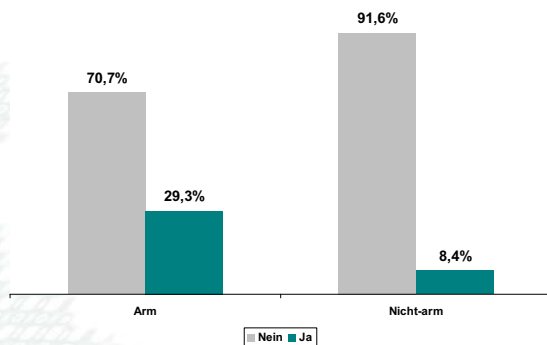
Im Juni 2006 gab es im Land Bremen  
57.274 Bedarfsgemeinschaften im ALG-II-Bezug.  
Betroffen waren danach 102.464 Personen.

Davon waren 27.499 Kinder. Oder anders  
ausgedrückt: Drei von zehn Kindern unter 15  
Jahren in der Stadt Bremen sind arm.

Besonders dramatisch ist die Situation in  
Bremerhaven: Hier leben 40,2 % der unter  
15-Jährigen in Armut – vier von zehn Kindern.

(Arbeitnehmerkammer Bremen 2006)

## Klassenwiederholung



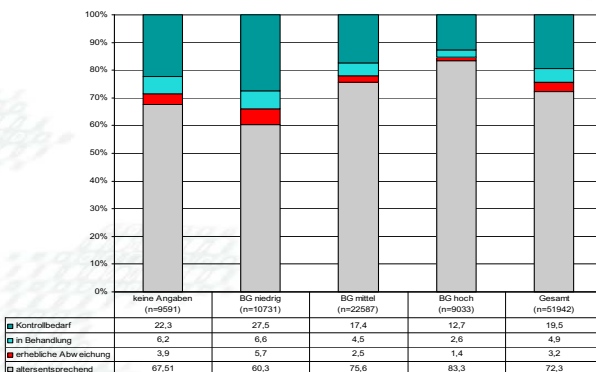
Quelle: Holz/Richter/Wüstendorfer/Giering: Zukunftschancen für Kinder. Berechnungen des ISS.

## Zur Lage der Kinder in Deutschland: die Bundesländer im Vergleich

Bundesländer	durchschnittlicher Rang (nach vier Dimensionen)	Materielle Situation	Gesundheit	Bildung	Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen	Lebensweise und Risiken	Eigene Einschätzung
Baden-Württemberg	2,3	1	1	3	4	k.A.	k.A.
Bayern	4,0	2	5	8	1	2	k.A.
Hessen	5,3	4	7	5	5	4	k.A.
Nordrhein-Westfalen	5,3	7	10	2	2	k.A.	k.A.
Sachsen	7,3	12	3	1	13	k.A.	k.A.
Rheinland-Pfalz	8,3	3	13	14	3	k.A.	k.A.
Hamburg	8,5	10	2	16	6	k.A.	k.A.
Niedersachsen	8,5	6	12	6	10	k.A.	k.A.
Brandenburg	8,8	11	8	4	12	1	k.A.
Saarland	9,0	8	14	7	7	k.A.	k.A.
Schleswig-Holstein	9,5	5	6	12	15	k.A.	k.A.
Thüringen	10,0	9	11	11	9	3	k.A.
Berlin	11	14	4	10	16	6	k.A.
Mecklenburg-Vorpommern	11,3	13	9	9	14	5	k.A.
Sachsen-Anhalt	13,5	15	15	13	11	k.A.	k.A.
Bremen	13,8	16	16	15	8	k.A.	k.A.

Die Bundesländer sind in der Reihenfolge aufgelistet, die ihrem durchschnittlichen Rang in vier Dimensionen entspricht. Zur eigenen Einschätzung der Kinder gibt es keine Daten auf Ebene der Bundesländer, in der Dimension Lebensweise und Risiken liegen nur für sechs Bundesländer Daten vor. Ein hellblauer Hintergrund steht für einen Platz im oberen Drittel der Rangliste, mittleres Blau zeigt das mittlere Drittel an Dunkelblau steht für ein Abschneiden im unteren Drittel der Bundesländer. (k.A.: keine Angabe)

## Wahrnehmungsentwicklung bei SEU / SOPHIA 2004



## Lebenslagenansatz

- Einkommen
- Arbeit
- Bildung
- Wohnen
- Soziale Beziehungen
- Gesundheit

## Ernährung

**Frühstück**  
0,57 €

**Mittagessen**  
1,02 €

**Abendbrot**  
1,02 €

Abteilungen aus der Regelsatzverordnung	Prozentualer Anteil	5 - 14 Jahre 207,00 €	15 - 25 Jahre 276,50 €
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	38 %	78,66 €	104,88 €
Tagesbedarf		2,02 €	3,50 €
davon für:			
Frühstück	21,87 %	0,57 €	0,76 €
Mittagessen	39,07 %	1,02 €	1,37 €
Abendbrot	39,07 %	1,02 €	1,37 €

Quelle: Reiches Land-Arme Kinder, Regionalverband der Erwerbsloseninitiativen Weser-Ems, 2006

## Informationsdefizite

### Sozial Benachteiligte wissen wenig über

- Risikoverhalten und die Bewältigung von gesundheitlichen Problemen
- Gesundheitsförderung allgemein und die Umsetzung von Empfehlungen in den Alltag
- Die Regelversorgung und die relevanten Ansprechpartner
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und besondere Fördermöglichkeiten
- Ihre Rechte.

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Sozialstatus und Mitgliedschaft im Sportverein

Mitgliedschaft	Sozialer Status			
	Niedrig	Niedrig-mittel	Mittel-niedrig	Hoch
Nie im Verein	26,2	12,2	7,0	6,2
Nicht mehr im Verein	37,6	37,7	31,0	23,8
In mindestens einem Verein	36,2	50,1	62,0	70,0

N = 1.192; die Gesamtuntersuchung umfasste 2.016 Kinder (Alter 10-14 Jahre), repräsentativ verteilt auf Geschlecht und Schulbildung (Hauptschule, Gesamtschule, Realschule, Gymnasium).  
Quelle: Schmidt/Hartmann-Tews/Brettschneider 2003: 124.

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Gesundheitliche Einschränkungen sozial benachteiligter Mädchen und Jungen

- Sehen und Hören
- Sprachentwicklung
- Bewegungskoordination
- Bewältigungsverhalten
- Ernährung(-verhalten), Zahnerkrankungen und Übergewicht
- Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
- Impfbereitschaft

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Soziale Benachteiligung und Morbidität

### Verkehrsunfälle bei Kindern im Vorschulalter

	SES der Eltern		
	•Niedriger Status	•Mittlerer Status	•Hoher Status
•Unfall Prävalenz	•1.75%	•1.25%	•1.0%
•Wohnen an Hauptverkehrsstraßen	•28%	•21%	•17%

N = 32.200, Schuleingangsuntersuchung in Brandenburg, 1994

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg. Zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg, 1997; und: Elisabeth G. Gesundheit von Schulanfängern, 1998.

## Armut und Ernährung

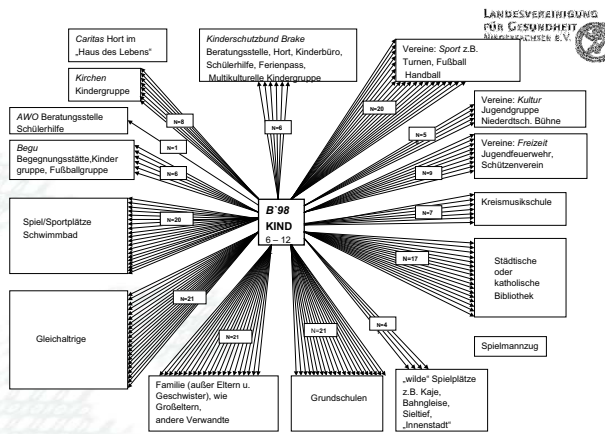
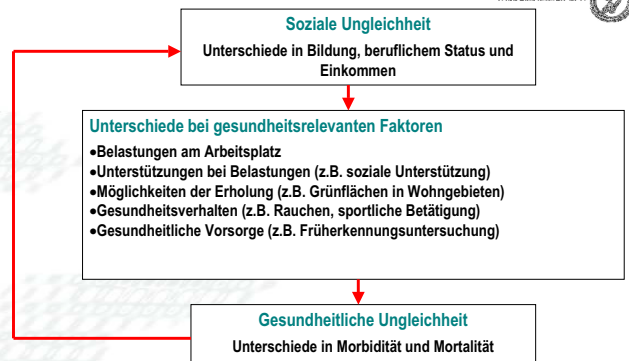
- Ernährung ist mit 20-25% einer der größten Einzelposten im Haushaltsbudget ärmerer Haushalte
- Verzehr von frischem Obst und Gemüse ist eindeutig einkommensabhängig.
- Arme Kinder erhalten weniger gesunde Lebensmittel und haben schlechtere Verzehrsgewohnheiten. Sie essen weniger Vollkornbrot, Obst und Gemüse.
- Arme Kinder nehmen häufiger Limonaden, Chips und Fast-Food-Produkte zu sich als andere und leiden entsprechend häufiger an Übergewicht.
- Mütter aus Armutshaushalten versuchen die armutsbedingten Belastungen soweit wie möglich von ihren Kindern fernzuhalten, indem sie selbst auf vieles (auch auf eigene Nahrung) verzichten.

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

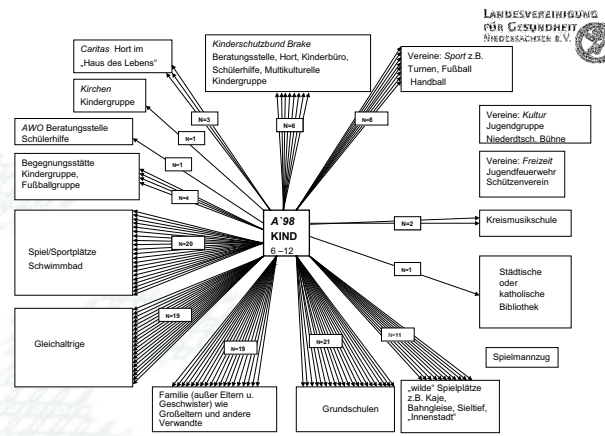
## Gesundheit und ein langes Leben.....

- **Mortalität**
  - Soziale Unterschiede bei allen Todesursachen
  - Besonders ausgeprägt bei Herz-Kreislauf Erkrankungen, Lungenkrebs
- **Morbidity**
  - Herz-Kreislauf
  - Schlaganfälle
  - Diabetes
  - Muskel-Skelett-System
  - Psychisches Wohlbefinden
  - ...
- Armut bedeutet oft nicht nur einen Mangel an Geld, sondern auch an Wissen und unterstützenden Beziehungen, also an **ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital**.
- **Ressourcenarmut** ist ein Risikofaktor für die Gesundheit.
- Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss darauf ausgerichtet sein, **ihre Ressourcen zu stärken**.



## Sozialstatusbedingte Unterschiede in der Mortalität

- Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe sterben in der niedrigsten Einkommensgruppe **doppelt so viele** Männer und Frauen, bevor sie das 65. Lebensjahr erreicht haben.
- Das Mortalitätsrisiko von Männern und Frauen aus der niedrigsten Einkommensgruppe ist im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe **um den Faktor 2,7 bzw. 2,4 erhöht**.
- Die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe betrug bei **Männern 10,8 Jahre** und bei **Frauen 8,4 Jahre**.



## Sozialer Status und Geschlecht

Abbildung 3: Vorzeitige Sterblichkeit vor einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen und Geschlecht



Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995-2005.

## Strategien der Gesundheitsförderung

- Gesellschaftsbezogene Strategien – „Verhältnisorientierung“
- Individuenbezogene Strategien – „Verhaltensorientierung“

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Argumente für „Partizipation“

An den Rand gedrängt...

Am stärksten marginalisiert sehen sich jene Befragten, bei denen prekäre Versorgungslagen wie Armut, niedriger Lebensstandard oder Arbeitslosigkeit zusammentreffen und mit dem Verlust sozialer Beziehungen in und außerhalb von Familien einhergehen.

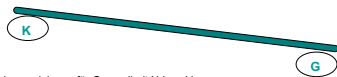
(Petra Böhnke 2005).

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Strategien der Gesundheitsförderung

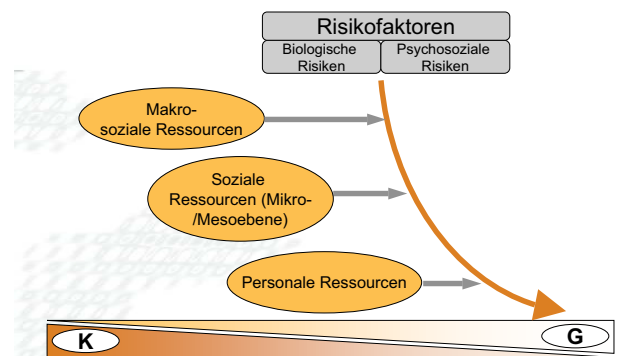
- Gesellschaftsbezogene Strategien – „Verhältnisorientierung“
  - + Individuenbezogene Strategien – „Verhaltensorientierung“
- = Settingorientierte Gesundheitsförderung



2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Das salutogenetische Rahmenmodell (nach Kolip, 2004)



2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

## Lokale Settings nutzen!

- Schulen
- Kindertagesstätten
- Jugendzentren
- Elternschulen
- Kultureinrichtungen
- Mütterberatung
- Familienzentren
- Gesundheitszentren
- Bürgertreffs
- Gemeinden (nicht nur christliche)

## Ansatzpunkte für Interventionen

Personale Ressourcen (Individuum)  
(z.B. Steigerung von Wissen, Veränderung von Einstellungen und Verhalten)

Bildung

Soziale Ebene (Mikro- u. Mesoebene)  
(z.B. soziale Aktivierung, Unterstützung von Gruppen und Gemeindeaktivitäten)

Soziale Aktivierung

Makrosoziale Ebene  
(z.B. politische Einflussnahme)

Interessensvertretung

(Kolip, 2004)

2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.



**Danke!**



2007

Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.