

Kindergesundheit und Armut

Daten, Zusammenhänge, Ursachen

Von Martin Schenk

Dieser Beitrag möchte eine kurze Einführung zum Status von Kinderarmut und Gesundheit in Österreich geben. Dazu werden die vorhandenen empirischen Statistiken zu Rate gezogen. Wo es keine Daten zu Österreich gibt, greifen wir auf die internationale Forschung zurück. Einen Schwerpunkt bildet die überblicksmäßige Darstellung der Faktoren, die für die Unterschiede in der Gesundheit verantwortlich sind.

1. Kinderarmut: Je früher, je schutzloser, je länger

124.000 Kinder und Jugendliche in Österreich leben in manifester Armut. 30.000 Kinder und Jugendliche sind auf Unterstützung der Jugendhilfe angewiesen. Mehr als 8000 Jugendliche brechen jedes Jahr vorzeitig die Schule ab. 78.000 junge Menschen im Alter zwischen 16 und 24 Jahren sind weder beschäftigt noch in Ausbildung (NEET). Um die 60.000 Minderjährige verbringen ihre Tage unter Mindestsicherungsbedingungen.

Neben einem geringen Einkommen des Haushalts, in dem die Kinder leben, treten schwierigste Lebensbedingungen auf, wie: die Wohnung nicht warm halten können, keine unerwarteten Ausgaben wie kaputte Waschmaschine oder Boiler tätigen können, gesundheitliche Probleme oder feuchte schimmelige Wände. Ihre Eltern sind zugewandert, erwerbslos, alleinerziehend, psychisch bzw. physisch beeinträchtigt, oder haben Jobs, von denen sie nicht leben können.

Die Chance aus der Armut herauszukommen, steht in enger Wechselbeziehung zu gesellschaftlicher Ungleichheit insgesamt. Je sozial gespaltener eine Gesellschaft ist, desto mehr Dauerarmut existiert. Je mehr Dauerarmut existiert, desto stärker beeinträchtigt sind die Zukunftschancen sozial benachteiligter Kinder. Je früher, je schutzloser und je länger Kinder der Armutssituation ausgesetzt sind, desto stärker die Auswirkungen.

Das Essensgeld ist noch immer nicht gezahlt. Sie kommen in der Früh hungrig in den Kindergarten. Im Winter stapfen sie mit Turnschuhen durch den Schnee. Das sind Kinder, die in knappen finanziellen Verhältnissen aufwachsen. Der Schulanfang macht große Probleme, wenn Zirkel, Hefte, Stifte, Einbände und Werksachen gekauft werden müssen. Die Eltern versuchen zuerst einmal sich selbst einzuschränken, um den Kindern weiter ein normales Leben zu ermöglichen. Das geht auch einige Zeit gut, aber nicht auf Dauer. Für Familien unter der Armutsgrenze sind Wohnen, Energie und Ernährung die drei Hauptposten im Haushaltsbudget, die zusammen bereits über zwei Drittel der Gesamtausgaben ausmachen. Bei Haushalten, die weniger als 900 Euro im Monat zur Verfügung haben, steigt der Anteil von Wohnen und Energie auf 36%, Ernährung macht weitere 20% aus. Je weniger Einkommen, desto höher wird dieser Anteil. In Armutshaushalten werden besonders bei

länger andauernden Einkommenseinbußen anteilige Ausgaben für Bildung, Kultur, Erholung zugunsten der Ausgaben für Ernährung und Wohnung/Energie verringert. Am Ende des Geldes ist zu viel Monat übrig. Dann schlägt die angespannte finanzielle Situation in Armutshaushalten auch auf den Alltag der Kinder durch. Und auf ihre Zukunft.

In äußerst beengten Verhältnissen und überbelegten Wohnungen ist es für Kinder schwieriger, Aufgaben zu fokussieren. Aber es muss gehen. Die älteste Tochter von Frau Kellner, Petra, passt auch an vier Nachmittagen auf die kleineren Geschwister auf. Da ist die Mutter bei der Arbeit. Und wenn die Mutter nicht mehr kann, springt sie ein. „Im letzten Winter haben sie uns den Strom abgedreht“, erinnert sich Bettina Kellner. Es war bitter kalt in der Wohnung. „Die Kinder haben geweint.“ Und wochenlang nicht gelernt. „Petra, jetzt 14, fühlt alles akut mit, sieht, dass wir mit den täglichen Aufgaben allein dastehen. Nahe Verwandte in der Nähe gibt es nicht und meine Mutter ist selbst bettlägerig.“ Das Mädchen ist mit der Schule und den Herausforderungen der Pubertät eigentlich überfordert, knickt immer wieder ein, wird krank und von lähmender Müdigkeit befallen. Viele Jugendliche reagieren mit depressiven Verstimmungen auf belastende und überfordernde Situationen.

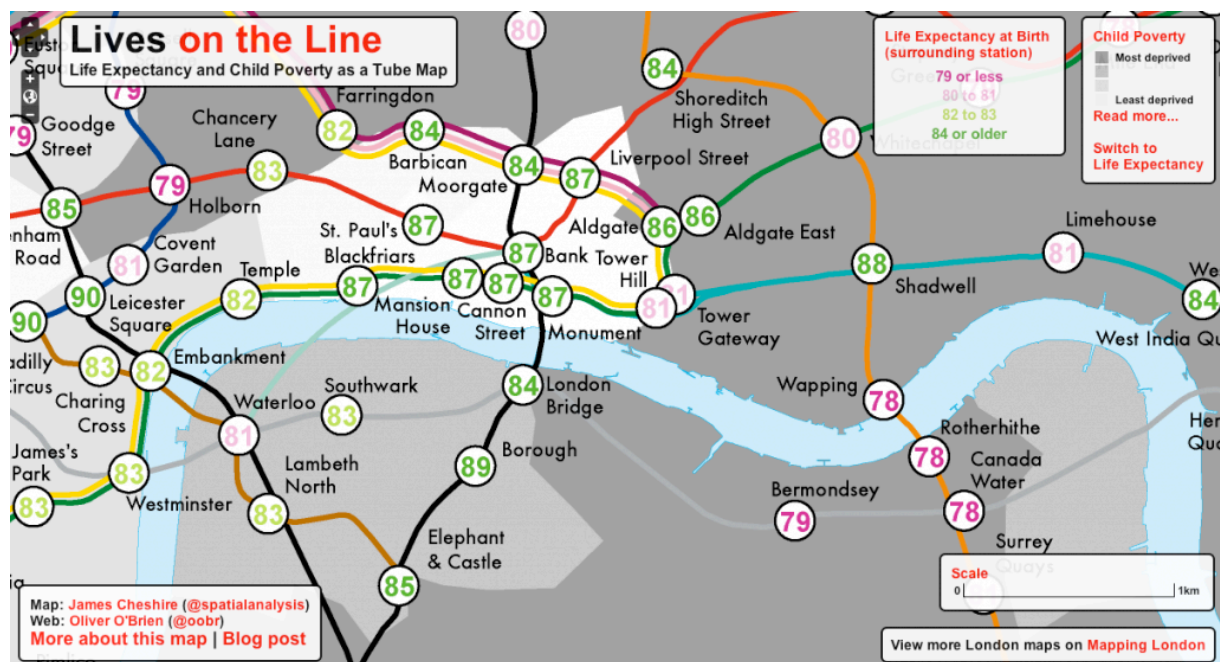
Armut setzt sich stets ins Verhältnis, egal wo. Sie manifestiert sich in reichen Ländern anders als in Kalkutta. Menschen, die in Österreich von 700 € im Monat leben müssen, hilft es wenig, dass sie mit diesem Geld in Kalkutta gut auskommen könnten. Die Miete ist hier zu zahlen, die Heizkosten hier zu begleichen und die Kinder gehen hier zur Schule. Deshalb macht es Sinn, Lebensverhältnisse in den konkreten Kontext zu setzen. Armut ist weniger ein Eigenschafts- als ein Verhältniswort.

Armut ist das Leben, mit dem niemand tauschen will. Warum? Armutsbetroffene Kinder haben Eltern mit den schlechtesten Jobs, den geringsten Einkommen, den krank machendsten Tätigkeiten, leben in den kleinsten und feuchtesten Wohnungen, wohnen in den schlechtesten Vierteln, gehen in die am geringsten ausgestatteten Schulen, müssen fast überall länger warten – außer beim Tod, der ereilt sie um sieben Jahre früher als Angehöriger der höchsten Einkommensschicht.

2. Kindergesundheit

Steige ich im ärmsten 15. Wiener Gemeindebezirk in die U-Bahn und im noblen 1. Bezirk am Stephansplatz wieder aus, dann liegen dazwischen 4 Minuten Fahrzeit – aber auch 4 Jahre an Lebenserwartung der jeweiligen Wohnbevölkerung. Sowohl die Mortalität und Morbidität als auch die sozialen Aufstiegschancen für Kinder sind hier unterschiedlichst verteilt. Sag mir wo du wohnst und ich sag dir wann du stirbst. Eine ausführliche Studie liegt für London in Form der mit den jeweiligen Sterbezahlen umbenannten Underground-Stationen vor (Abb 1).

Abbildung 1: Lebenserwartung und Kinderarmut als U-Bahn Plan.



Bei Kindern von Erwerbslosen und SozialhilfeempfängerInnen treten überproportional asthmatische Erscheinungen und Kopfschmerzen auf. Teilt man die Gesellschaft in drei soziale Schichten, finden sich bei Kindern in der unteren Schicht mehr Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Einsamkeit (Klocke/Hurrelmann 1995). Wo Sicherheit fehlt, wird die kritische Phase des Einschlafens doppelt schwierig. Und der stressige Alltag unter finanziellem Dauerdruck erreicht auch die Kinder und zwingt sie, sich den Kopf zu „zerbrechen“.

Umgekehrt schätzen Schüler/innen mit höherem Familienwohlstand ihren Gesundheitszustand besser ein und berichten häufiger über hohe Lebenszufriedenheit (WHO 2012b).

Der Gesundheitsstatus einkommensarmer Kinder ist gekennzeichnet durch eine deutlich erhöhte Unfallgefahr. Kinder aus einem sozial benachteiligten Elternhaus verunfallen bis zu 70% häufiger. Außerdem häufen sich Komplikationen und die Krankheitsdauer bei akuten und chronischen Erkrankungen ist länger (Damm 2009).

Weiters gibt es einen sozialen Gradienten der Körpergröße. Je höher die soziale Position einer Gruppe ist, desto größer ist ihre durchschnittliche Körpergröße. Bei einer Stichprobe in der Steiermark konnte der Gesundheitswissenschaftler Willibald-Julius Stronegger (1996) dieses Größengefälle mit abnehmender Bildung bestätigen.

Die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten, die in der Kindheit auftreten, haben eine hohe Prognosewirkung für die Morbidität im Erwachsenenalter. Diese Kinder tragen die soziale Benachteiligung als gesundheitliche Benachteiligung ein Leben lang mit. Sie sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.

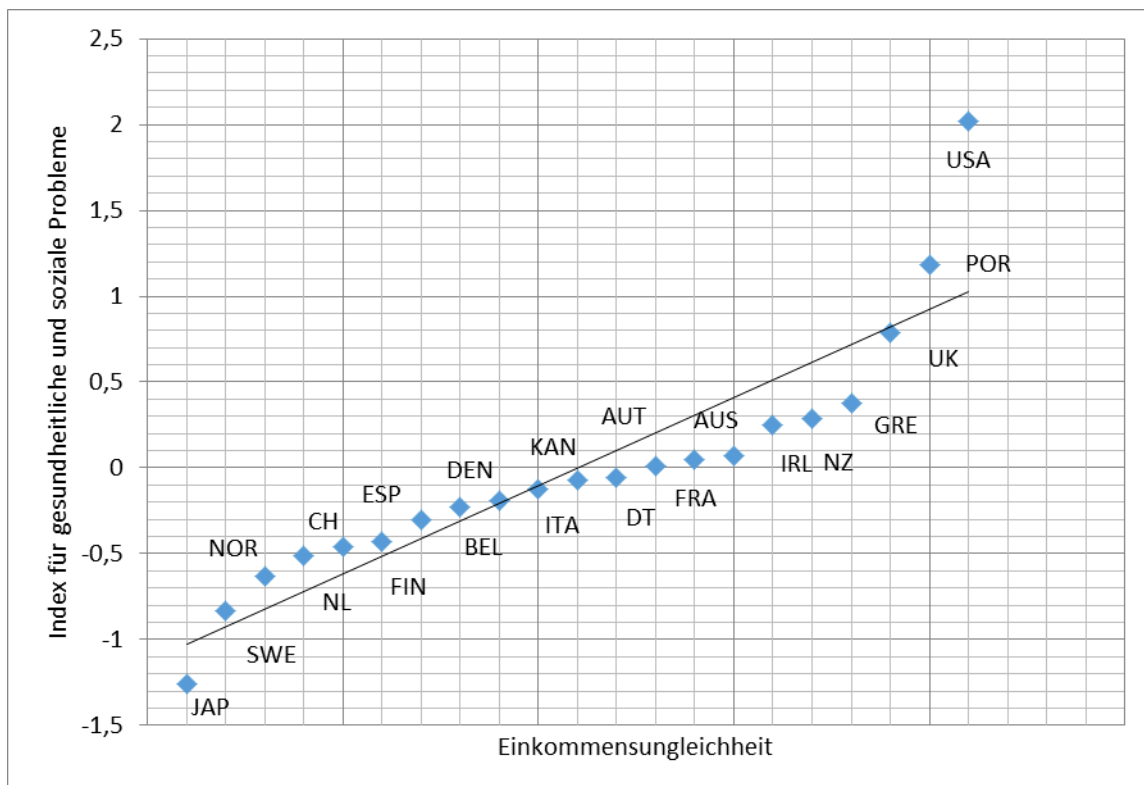
So werden Kinder in die Schule geschickt, auch wenn sie krank sind. Alleinerzieherinnen fürchten Arbeitsplatzverlust bei häufigem Fehlen bzw. wiederholten Bitten um Pflegeurlaub. „Obwohl rezeptgebührenbefreite Arbeiter deutlich höhere Arztbesuchshäufigkeiten aufwiesen als ihre rezeptpflichtigen Kollegen, sind sowohl die durchschnittliche Krankenstandsdauer als auch die Anzahl der Krankenstände fast identisch. Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes scheint also höher zu sein als die Angst um die Gesundheit“ (Habl 2009, 180).

Familien aus dem unteren Einkommensegment gehen erst bei extremer Not zum Arzt. Dieser muss die Krankheit möglichst rasch beseitigen, damit der Körper wieder funktioniert. Der Körper wird zur Arbeitsmaschine zur Bewältigung des stressbelasteten und prekären Alltags.

Die gleiche Schmerzintensität – bei gleichen betroffenen Körperteilen – wurde von Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status als zwei- bis dreimal beeinträchtigender empfunden als von Personen mit dem höchsten (Dorner et.al. 2011). Diese Erkenntnisse sind im Verständnis und in der Behandlung von Kindern, die in Armut leben, mehr als relevant.

Betrachtet man nicht nur die Armut, also die Kinder im untersten Segment, sondern die gesamte Gesellschaft, dann zeigt sich bei steigender sozialer Ungleichheit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lebensbedingungen. Die Lebenserwartung sinkt, Kindersterblichkeit steigt, Teenager Birth Rate nimmt zu und die Aufstiegschancen für Kinder sinken (Abb 2).

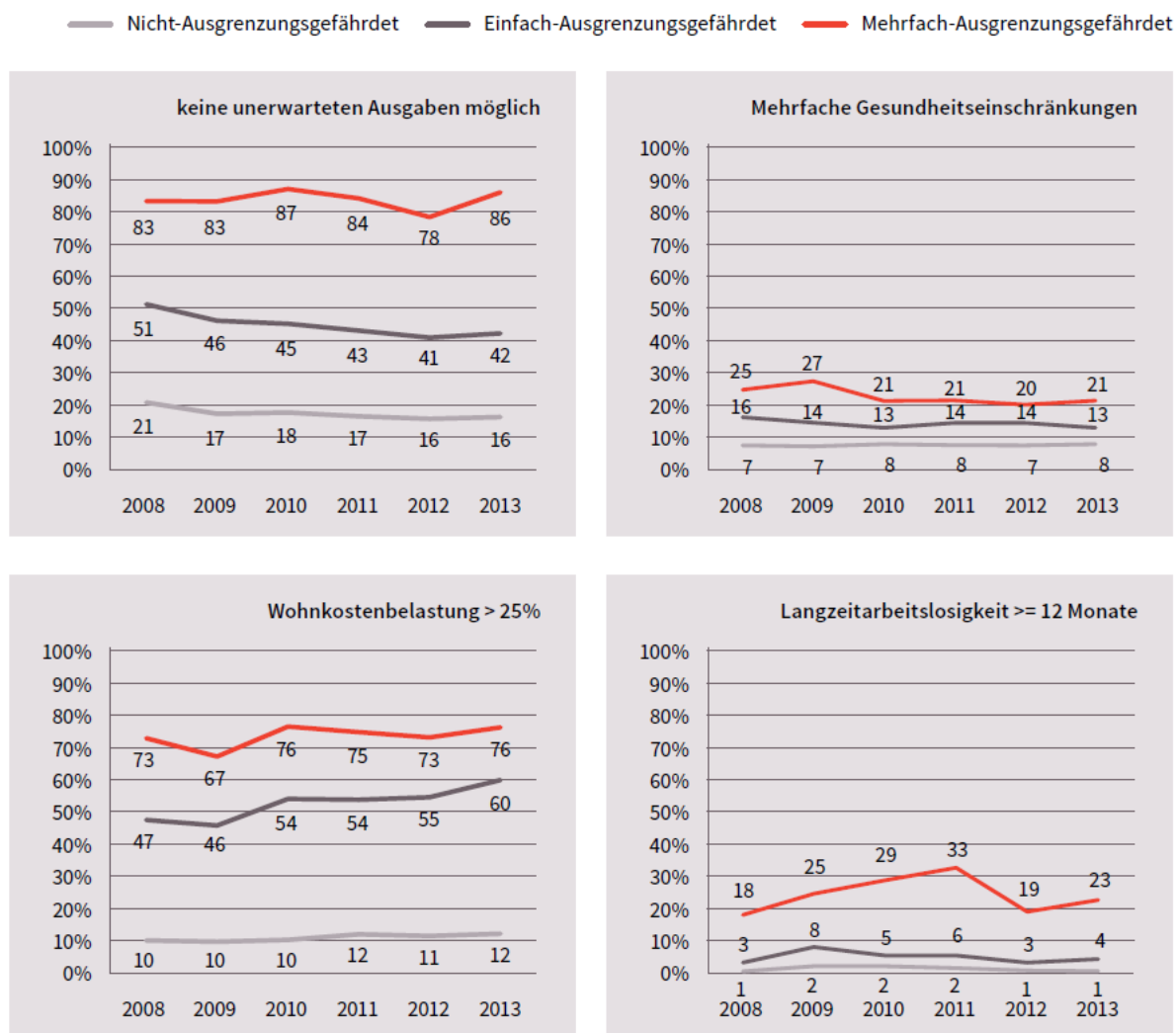
Abbildung 2: Soziale Ungleichheit wirkt sich negativ auf gesundheitliche und soziale Entwicklung von Kindern aus.



Quelle: Wilkinson/Pickett 2010; der Index inkludiert: Lebenserwartung, Analphabetismus & mathematische Fähigkeiten, Kindersterblichkeit, Mordraten, Anzahl an Häftlingen, Schwangerschaften von Jugendlichen, Vertrauen, Fettleibigkeit, Ausmaß an psychischen Erkrankungen (inkl. Drogen- und Alkoholmissbrauch) & soziale Mobilität.

Die Bevölkerung unter der Armutsgrenze weist einen dreimal schlechteren Gesundheitszustand auf als hohe Einkommen. Und ist doppelt so oft krank wie mittlere Einkommen (Statistik Austria 2014). Die 385.000 Personen in Österreich, die als arm und mehrfach ausgegrenzt bezeichnet werden können, sind von einem sehr schlechten allgemeiner Gesundheitszustand, chronischer Krankheit und starken Einschränkung bei Alltagsaktivitäten betroffen - dreimal so stark wie der Rest der Bevölkerung (Abb 3).

Abbildung 3: Veränderung der Lebensbedingungen von Mehrfach Ausgrenzungsgefährdeten zwischen 2008 und 2013



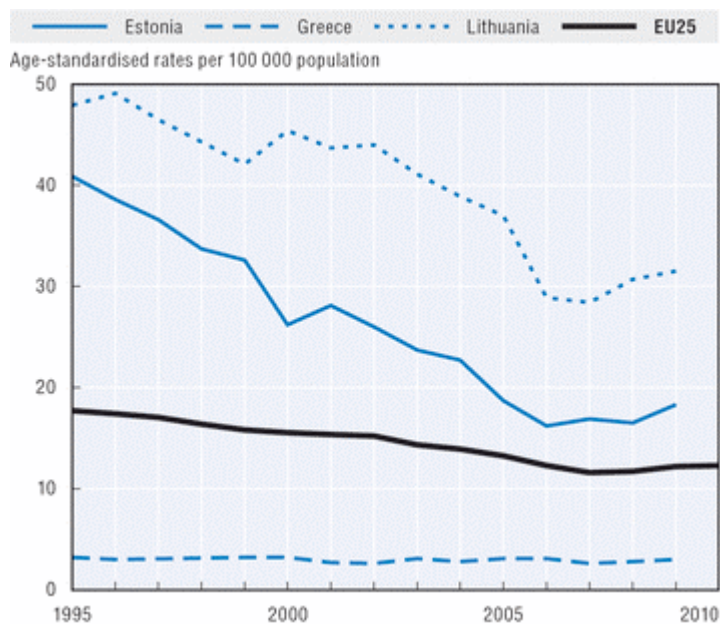
Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2013

Laut GÖG-eigenen Auswertungen aus dem ATHIS 2006/2007 gibt es einen starken Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Auftreten chronischer Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Arthrosen und Rheuma bzw. von akuten Ereignissen wie Herzinfarkt. Je niedriger der Bildungsstand, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit an einer der genannten Krankheitsbilder zu leiden.

Auffallend stark treten die psychosozialen Auswirkungen hervor. Armut kränkt die Seele. Menschen mit geringem sozioökonomischem Status weisen signifikant mehr Krankenhausaufenthalte aufgrund affektiver Störungen wie Depression auf. Bei arbeitslosen Personen beträgt die Wahrscheinlichkeit noch ein Vielfaches. Ähnliche Unterschiede lassen sich auch für Belastungsstörungen beobachten.

Weltweit ist Suizid die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Als Einflussfaktoren gelten u.a. Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status und geringeres Bildungsniveau (Hawton et.al. 2012). Heißt: Burschen in Haushalten mit geringerem sozialen Status sind am meisten gefährdet. Mit der Finanzkrise steigt die Suizidrate wieder europaweit, besonders die von den sozialen Folgen von Krise und Austeritätspolitik betroffenen Länder verzeichnen einen Anstieg (Abb 4).

Abbildung 4: Trends in Suizid-Raten, ausgewählte europäische Länder, 1995-2010



OECD (2012): Health at a Glance.

Die Ergebnisse zum Einfluss von Armut und sozialem Status auf die Gesundheit in Österreich entsprechen den Forschungsergebnissen, die international vorliegen (vgl. Mackenbach & Bakker, 2002; Van Lenthe, Schrijvers & Mackenbach, 2004; Orpama & Lemyre, 2004; Marmot, 2005; Mielck, 2005; Siegrist & Marmot, 2008;). Das Bild ist überall das gleiche: Mit sinkendem sozialem Status steigen die Krankheiten an, die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten Krankheiten auf und sind gleichzeitig mit der geringsten

Lebenserwartung ausgestattet. Es lässt sich eine soziale Stufenleiter nachweisen, ein sozialer Gradient, der mit jeder vorrückenden Einkommensstufe die Gesundheit und das Sterbedatum anhebt.

3. Ursachen und Faktoren

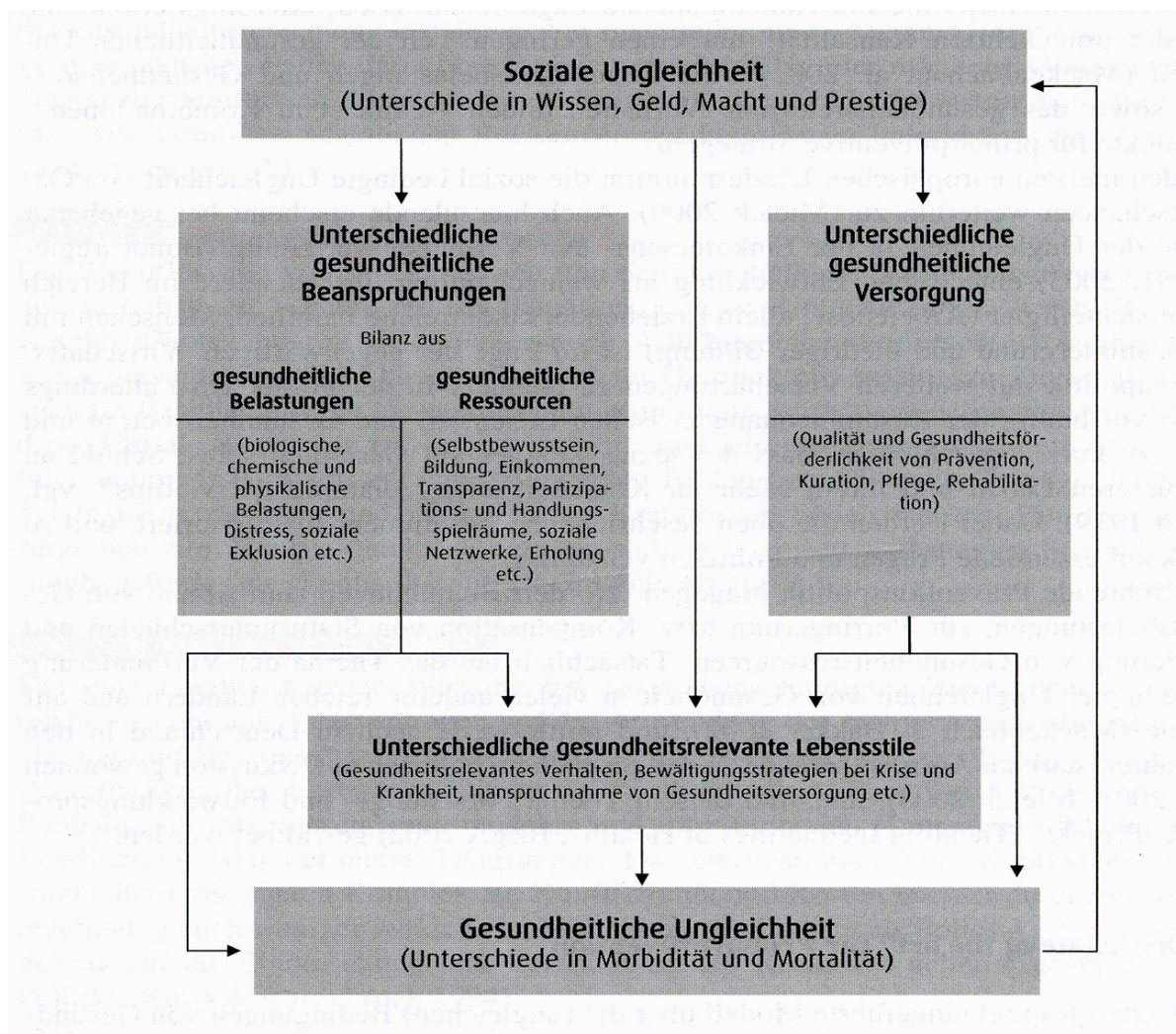
Die im so genannten „Black-Report“ zu Beginn der 80er Jahre in Großbritannien publizierten Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten sind bis heute Ausgangspunkt von empirischen wie theoretischen Überlegungen (vgl. Townsend & Davidson, 1982).

Die soziale Selektionshypothese argumentiert, dass Krankheit und schlechte Gesundheit zu sozialen Problemen führen. Krankheit macht arm. Wer krank ist, steigt ab, wer gesund ist, steigt auf. Der Gesundheitszustand bestimmt den sozioökonomischen Status. „Armut macht krank“ beschreibt den Zusammenhang in die andere Richtung. Über das Einkommen, den Beruf und Bildungsabschlüsse vermitteln sich unterschiedliche Lebensbedingungen mit unterschiedlichen Wohnverhältnissen, Arbeitsplätzen und Erholungsräumen. Die Alltagsbelastungen sind ungleich verteilt und führen dort, wo sie überproportional auftreten, zu höheren gesundheitlichen Risiken. Belastungen können physisch wie auch psychisch verstanden werden. Schlechte Luft für Ärmere in Wohnungen an den Autorouten der Großstädte belastet den Organismus, genauso wie chronischer Stress unter einem prekären und unsicheren Alltag.

Die bisher genannten Erklärungsansätze schließen einander nicht aus, im Gegenteil: sie setzen an verschiedenen Seiten und Enden der Wirkmechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten an. Wie verwoben Belastungen, Ressourcen und Gesundheitsverhalten sind, zeigt Abbildung 5. Sie weist auch auf den dominanten Weg von den Unterschieden in Wissen, Macht, Geld und Prestige zu den Unterschieden in Morbidität und Mortalität.

Was führt nun zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmere? Es sind die (1) Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den (2) Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, in der (3) gesundheitlichen Versorgung und die Unterschiede im (4) Gesundheits- und Krankheitshandeln. Das eine bedingt das andere. Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnisse geht Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, und hängt unmittelbar mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil zusammen.

Abbildung 5 : Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Rosenbrock 2006)



3.1. Gesundheitliche Belastungen

Für Kinder sind die Umweltbelastungen nicht gleich verteilt. Einkommensschwächere leben an den Hauptstraßen des motorisierten Verkehrs mit mehr Lärm und mehr Schadstoffbelastung. Armutsbetroffene leben überproportional an den Ausfallsrouten des Schwerverkehrs. Was auf Dauer messbare Unterschiede in der gesundheitlichen Verfassung der betroffenen Bewohner bewirkt. Feuchtigkeit und Schimmel gehören bei immerhin einem Zehntel der Bevölkerung in Österreich zum Wohnungsalltag und genauso viele klagen über Luftverschmutzung in ihrer Wohnumgebung. Wer Geld hat, zieht weg.

Kürzlich in der Beratungsstelle: ein junge Frau mit zwei Kindern, deren prekäres Einkommen so gering ist, dass sie entscheiden muss: zahle ich die Krankenversicherung oder die Miete oder die Hefte zum Schulanfang für die Kinder? Die Gründe für das hohe Erkrankungsrisiko Ärmere sind also vielschichtig: Leben am Limit macht Stress. Leben am Limit schwächt die Abwehrkräfte und das Immunsystem. Leben am Limit macht verletzlich. Finanzielle Not, Arbeitslosigkeit oder schlechte Wohnverhältnisse machen krank.

3.2 Bewältigungsressourcen

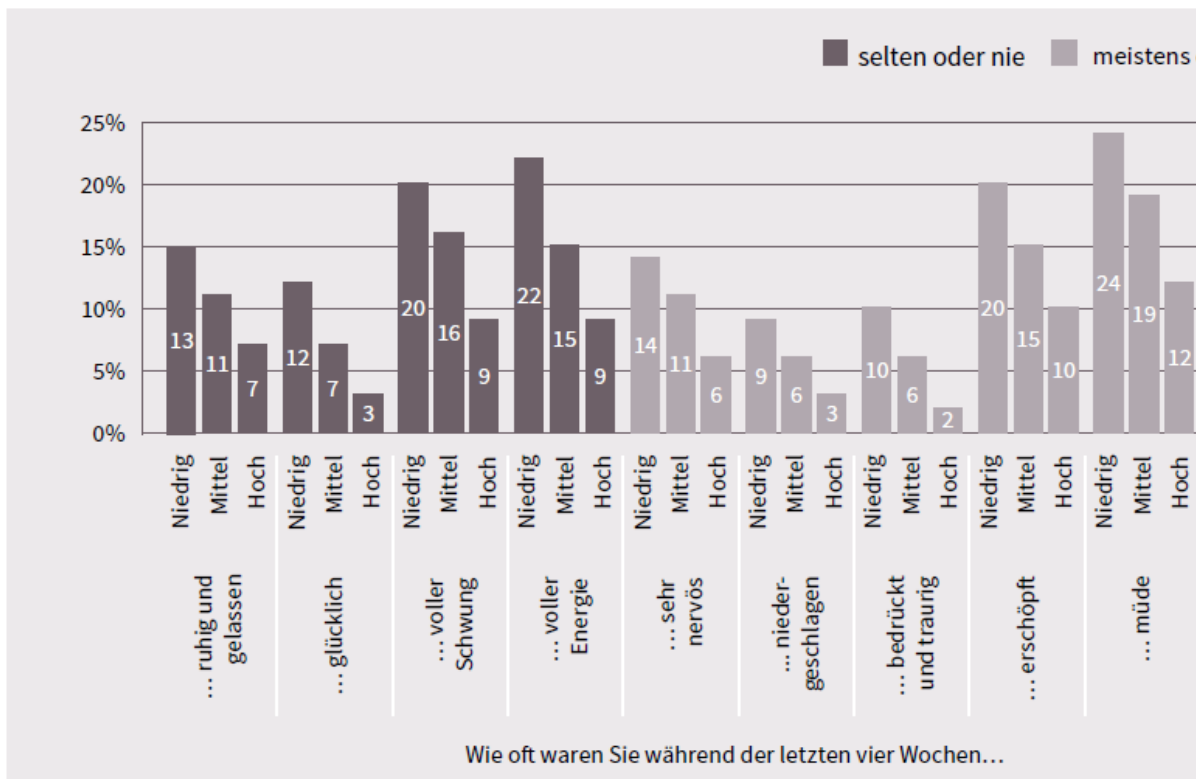
Die Verschärfung sozialer Unterschiede hat konkrete lebensweltliche Auswirkungen. Kein Geld zu haben, macht ja nicht krank. Sondern die Alltagssituationen, die mit dem sozialen Status und mit allen damit einhergehenden Prozessen verbunden sind. Die Bedrohung des eigenen Ansehens, Demütigung, Stigmatisierung, die Verweigerung von Anerkennung, soziale Disqualifikation.

Für Kinder und ihr gesundes Aufwachsen bedeutet das: Lerne ich den Geschmack vom zukünftigen Leben als Konkurrenz, Misstrauen, Verlassensein, Gewalt? Oder habe ich die Erfahrung qualitätsvoller Beziehungen, Vertrauen und Empathie gemacht? Werde ich schlecht gemacht und beschämt oder geschätzt und erfahre Anerkennung? Ist mein Leben von großer Unsicherheit, Angst und Stress geprägt, oder von Vertrauen und Planbarkeit? Je ungleicher Gesellschaften sind, desto defizitärer sind die psychosozialen Ressourcen. Es gibt weniger Inklusion, das heißt häufiger das Gefühl ausgeschlossen zu sein. Es gibt weniger Partizipation, also häufiger das Gefühl, nicht eingreifen zu können. Es gibt weniger Reziprozität, also häufiger das Gefühl, sich nicht auf Gegenseitigkeit verlassen zu können.

Es sind nicht nur die Belastungen ungleich verteilt, sondern auch die Ressourcen sie zu bewältigen (Schenk/Moser 2010; Schenk 2004).

In den aktuellen Auswertungen der Statistik Austria (2014) wird die Abhängigkeit von Indikatoren des Wohlbefindens vom sozialen Status ersichtlich (Abb 6).

Abbildung 6: Psychisches Wohlbefinden nach Einkommensgruppen



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2013, Modul Wohlbefinden

3.3. Gesundheitliche Versorgung

Der Versicherungsschutz ist in Österreich sehr gut im Vergleich z.B. zur USA, aber es gibt auch hier neue Probleme. Für viele ist der mangelnde Krankenversicherungsschutz kurzzeitig, für manche dauerhaft. Es ist ein Mix aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information. Davon betroffen sind Menschen in prekärer Beschäftigung, Personen in schweren psychischen Krise, Arbeitssuchende ohne Leistungsanspruch, vormals mit ihrem Ehemann mitversicherte Frauen nach der Scheidung, Hilfesuchende, die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen. Alle haben sie auch Kinder.

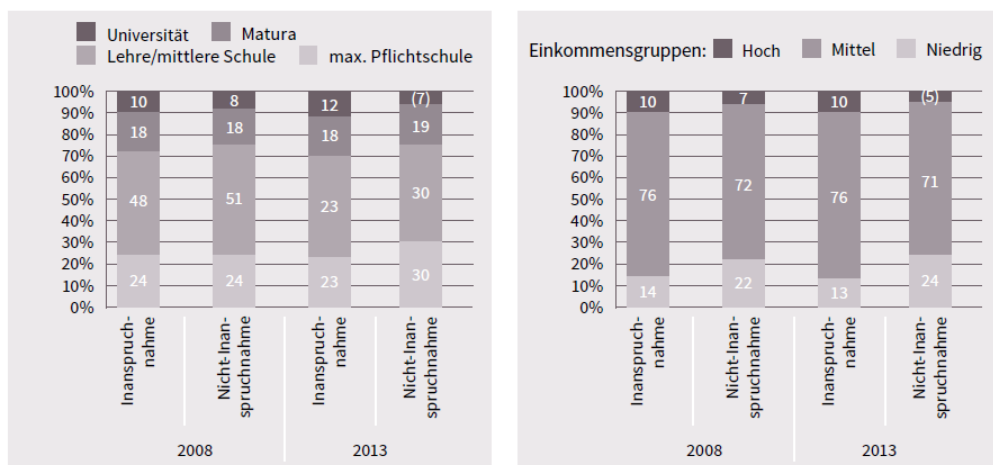
Versichert aber nicht gut versorgt: Menschen, die unter der Armutsgrenze leben, können krankenversichert und trotzdem nicht gut versorgt sein. Besonders wenn es um Selbstbehalte geht, die nicht leistbar sind. Oder Rehabilitations-Maßnahmen, die in zu geringem Umfang angeboten werden.

Einkommensschwächere Personen suchen nicht nur um 20 Prozent seltener Fachärzte auf als vergleichbare rezeptpflichtige Personen, sondern erhalten auch durchschnittlich billigere Arzneimittel verordnet.

Eine weitere wichtige Barriere ist immer noch die schlechte räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen. Nach wie vor lässt sich zeigen, „dass sozial benachteiligte Personen, insbesondere aus ländlichen Regionen größere Probleme mit der Erreichbarkeit haben: So gaben rund 41 Prozent der EinwohnerInnen aus Orten unter 5.000 an, dass die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung eher schlecht ist.“ (Habl 2009, 180).

Die aktuellen Erhebungen der Statistik Austria (2014) zeigen die Unterschiede dringend benötigter Behandlungen nach Einkommen und Bildung. Je geringer das Einkommen und der Bildungsabschluss desto geringer die Inanspruchnahme. Zwischen 2008 und 2013 haben sich diese Unterschiede noch verstärkt (Abb 7).

Abbildung 7: Nicht-Inanspruchnahme dringend benötigter medizinischer Leistungen nach Einkommen und Bildung



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2008, 2013

Conclusio

Für die Verbesserung der Kindergesundheit: Wenn wir davon ausgehen, dass nicht nur Krankheit in die Armut führen kann, sondern auch Armut in die Krankheit – wofür es eine lange Reihe empirischer Evidenz gibt - dann muss es sich für die Gesundheitsförderung lohnen, die sozialen Felder in den Blick zu bekommen, in denen prekäre Lebenslagen und Prozesse sozialer Disqualifikation zu finden sind. Die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen (Schimmelige Wohnung, belastende Arbeit, Prekarität, Luft-und Lärmbelastung, Stress) wie auch die Unterschiede in den Bewältigungsressourcen (Handlungsspielräume, Anerkennung, soziale Netzwerke, Bildung) wiegen schwerer als die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (Krankenversicherung, Selbstbehalte, Wartezeiten, Fachärzte) – und sind mit den Unterschieden im Gesundheits/Krankheitsverhalten (Ernährung, Bewegung) tief verwoben. Gesundheitsförderung ohne soziales Feld ist genauso blind wie sozialer Ausgleich ohne den Blick auf das Handeln von Personen. Gesundheitsförderndes Verhalten ist am besten in gesundheitsfördernden Verhältnissen erreichbar.

Wenn aber Vorschläge zur Gesundheitsförderung kommen, dann immer einzig beim Lebensstil. Da sollte man eine Regel einführen: Für jeden Vorschlag, den jemand beim Verhalten macht, muss er einen zur Reduzierung schlechter Wohnungen und krankmachender Arbeit machen, einen zum Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem und einen zur Stärkung der persönlichen Ressourcen.

Für die Bekämpfung von Kinderarmut: Kinder, die in Armutsverhältnissen leben, haben arme Eltern. Jede Strategie gegen Kinderarmut muss deshalb auch eine Strategie für ein existenzsicherndes Einkommen der Eltern sein. Kinder, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, sind geschwächt. Jede Strategie gegen Kinderarmut muss deshalb auch Kinder stärken und in ihre Ressourcen investieren. Kinder, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, haben ein hohes Risiko als Erwachsener wieder arm zu werden. Jede Strategie gegen Kinderarmut muss deshalb diesen Kreislauf durchbrechen; z. B. Bildungs- wie Lebensbedingungen zur Verfügung stellen, die integrieren, nicht selektieren. Damit es für sozial benachteiligte Kinder Zukunft gibt – trotz Herkunft.

Quellen:

ATHIS (2006/2007): BMGFJ/Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

Damm, Lilly: Kinder, die stillen Verlierer? Soziale Benachteiligung und Gesundheitsleistungen bei Kindern und Jugendlichen, Kurzfassung des Beitrags auf der Fair Health Tagung 2. März 2009

Dorner et.al. (2011): The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain; in: EUROPEAN JOURNAL OF PAIN, Nr. 15, S. 103 ff.

Habl, Claudia et al (2014): Armut und Gesundheit. In: Dimmel, N. / Schenk, M. / Stelzer-Orthofer (Hrg.): Handbuch Armut in Österreich, 240-267.

Habl, Claudia (2009): Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Dimmel, Nikolaus / Heitzmann, Karin / Schenk, Martin (Hrg.): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck. S. 172 – 183.

Hawton, K. /Saunders K. /O'Connor, R. (2012): Self-harm and suicide in adolescents, Lancet, 379, S. 2373 ff; URL: <http://press.thelancet.com/suicide1.pdf>, dl. zuletzt am 25.11.12.

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

Rosenbrock, R. (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (S. 371-388). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schenk, M. / Moser, M. (2010). Es reicht. Für alle. Wege aus der Armut.

Schenk, M. (2004). Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Abbau von Ungleichheit – eine neue Herausforderung der Gesundheitspolitik. In O. Meggeneder (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens (S. 95-105). Frankfurt a.M.: Mabuse.

Statistik Austria (2014): EU SILC 2013

Stronegger, W. (1996): Soziale Lage und Gesundheit. Von den Beziehungen zwischen Armut und Krankheit, Psychologie in der Medizin, 7.Jahrgang, Nummer 2, 28-34.

Townsend, P. & Davidson, N. (Eds.).(1982). Inequalities in health. The Black Report and the health divide. Harmondsworth: Penguin Books.

WHO (2012b): Soziale Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens junger Menschen. Zentrale Ergebnisse der Studie „Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter“ (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC)

Wilkinson, R. / Pickett, K (2009): The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better.