

Übergewicht und ernährungs-mitbedingte Krankheiten sind in den verschiedenen sozialen Gruppen bei Kindern und Jugendlichen wie auch bei Erwachsenen ungleich „verteilt“: Je niedriger der soziale Status, desto häufiger sind „ungesunde“ Lebensstile, treten Übergewicht und seine Folgekrankheiten auf. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist somit auch ein gesellschaftliches Problem. Angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung sind Regierungen und Zivilgesellschaft aufgefordert, Maßnahmen gegen soziale Ungleichheit in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu ergreifen.

Soziale Ungleichheit im Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Auf dem Weg zu Lösungen eines gesellschaftlichen Problems



Prof. Dr. med.
Manfred J. Müller¹
E-Mail: mmueller@nutrfoodsc.uni-kiel.de

¹Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde
Christian Albrechts-Universität Kiel
Düsternbrooker Weg 17
24105 Kiel

In den reichen Ländern der westlichen Welt haben sich in den zurückliegenden 30 Jahren große Veränderungen in Lebensstilen und Lebensbedingungen vollzogen, welche anteilig sowohl die Gesundheit des Menschen als auch die „Gesundheit“ seiner Umwelt beeinträchtigen. Die Auswirkungen auf die Gesundheit finden ihren Ausdruck in der hohen Prävalenz von Übergewicht: In Deutschland sind z. Zt. 15 % der Kinder und Jugendlichen und mehr als 50 % der Erwachsenen übergewichtig [1]. Übergewicht birgt ein hohes Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, es beeinträchtigt Lebensqualität und Selbstachtung. Übergewichtige Kinder und Jugendliche werden häufig diskriminiert.

Der inverse soziale Gradient in der Übergewichtsverteilung

Die Prävalenz von Übergewicht ist in den verschiedenen Sozialgruppen unterschiedlich hoch. Es gibt einen inversen sozialen Gradienten im Übergewicht: *Je niedriger der soziale Status, desto höher ist die Prävalenz von Übergewicht* [2–5] (◆ Abbildung 1). Im Vergleich verschiedener sozialer Charakteristika zeigt der Schulabschluss der Eltern die deutlichste und konsistenteste Beziehung

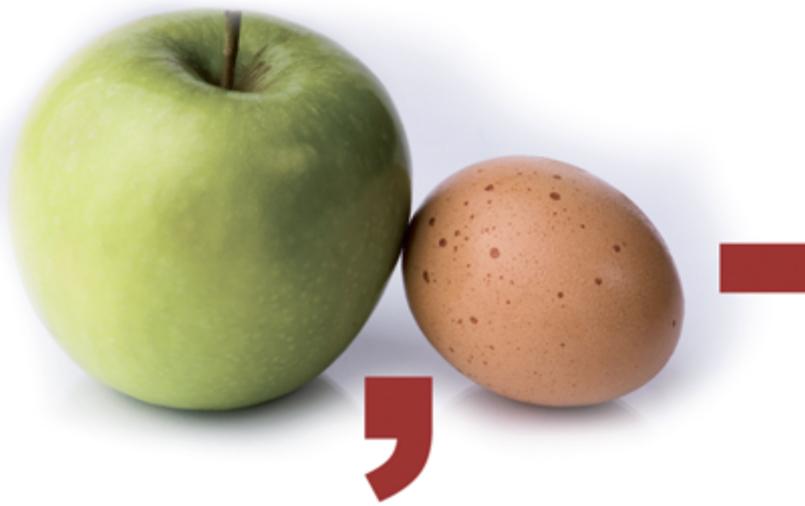
zum Übergewicht ihrer Kinder [5]. Bei Kindern ist der soziale Gradient im Übergewicht unabhängig von Alter und Geschlecht, allerdings wird im Vergleich aller Altersgruppen der „steilste“ Gradient in der frühen Kindheit beobachtet [5, 6]. Inverse soziale Gradienten im Übergewicht finden sich in allen reichen Ländern, im Vergleich zeigen die USA und Deutschland die stärksten sozialen Unterschiede im Übergewicht von Jugendlichen [7].

Übergewicht hat eine Beziehung zu der Position eines Menschen innerhalb einer gesellschaftlichen Hierarchie (d. h. zu seiner „relativen Deprivation“). Übergewicht betrifft nicht nur die Ärmsten – der Gradient im Übergewicht reicht über alle gesellschaftlichen Gruppen. Der in den letzten 30 Jahren beobachtete Anstieg in der Häufigkeit von Übergewicht wird aber zu einem großen Teil durch die steigende Zahl Übergewichtiger und Adipöser in den niedrigen Sozialgruppen erklärt [5, 8, 9].

Weitere Autoren:
Dr. Dominique Lange¹
Dr. Beate Landsberg¹
Dr. Sandra Plachta-Danielzik¹

„Wer sagt, er hätte die Welt begriffen, und die Geschichte sei durchschaubar, dem glaube ich nicht“

Christoph Schlingensief



In sozialen Gruppen mit niedrigem Einkommen und Bildungsgrad werden mehr Lebensmittel mit hoher Energiedichte verzehrt

Übergewicht „verbreitet“ sich innerhalb sozialer Netzwerke, d. h. zwischen Geschwistern, Ehepartnern, Freunden, Mitarbeitern, Nachbarn und Gruppen von miteinander verbundenen Menschen, welche wiederum Werte, Verhaltensmuster und Normen bzgl. des Übergewichts und auch bzgl. der Selbstachtung übergewichtiger Menschen bestimmen [10]. Der Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheit wird besonders offensichtlich bei Kindern mit einem Migrationshintergrund [4, 5, 11]. Hier findet sich die höchste Prävalenz von Übergewicht. Innerhalb dieser Gruppe besteht wiederum ein inverser „Bildungsgradient“ im Übergewicht (d. h. je niedriger der Schulabschluss der Eltern, desto häufiger ist das Übergewicht), der im Vergleich zu deutschen Kindern auf ein höheres Niveau „verschoben“ ist [11] (◆ Abbildung 2).

Erklärt ein „ungesunder“ Lebensstil den sozialen Gradienten im Übergewicht?

Übergewicht ist das Ergebnis der die Energiebilanz beeinflussenden Lebensgewohnheiten. Ein hoher Verzehr von energiedichten Lebensmitteln, eine geringe körperliche Aktivität in Alltag und Sportverein sowie eine hohe Inaktivität (= hoher TV- und Medienkonsum) sind die direkten Determinanten von Übergewicht. Allerdings ist der relative Anteil dieser Einflussfaktoren auf die Ausprägung der Adipositas sowohl bei einzelnen Personen als auch bei Gruppen von Kindern und Jugendlichen

bis heute durchaus unklar [12–16]. Auch wissen wir nicht sicher, in welchem Ausmaß die in den letzten 30 Jahren beobachteten Veränderungen von Lebensstilen die Zunahme von Übergewicht erklären [15, 17].

In epidemiologischen Untersuchungen haben einzelne Lebensstilvariablen eine eher inkonsistente und schwache Beziehung zur Prävalenz oder Inzidenz von Übergewicht. In aktuellen Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen aus Deutschland war vor allem die Inaktivität zum Auftreten von Übergewicht assoziiert [13, 16]. Bei der Auswahl der Lebensmittel korreliert ein hoher Konsum von „Soft drinks“ und „Fast food“ mit Übergewicht bei Kindern und

Jugendlichen [14], während gesundheitlich bewertete Ernährungsmuster keine statistisch signifikanten Beziehungen zeigen [13, 16].

Zusammenfassend ist die durch den Lebensstil erklärte Varianz des Körpergewichts von Kindern und Jugendlichen eher gering: Weniger als 10 % der Unterschiede im Körpergewicht werden durch den Lebensstil erklärt. Dies widerspricht den Erwartungen.

Allerdings sind die für die Erklärung von Übergewicht notwendigen Veränderungen der Energiebilanz gering: Die über Zeiträume von vier bis acht Jahren unter der Annahme eines gleich bleibenden Effektes berech-

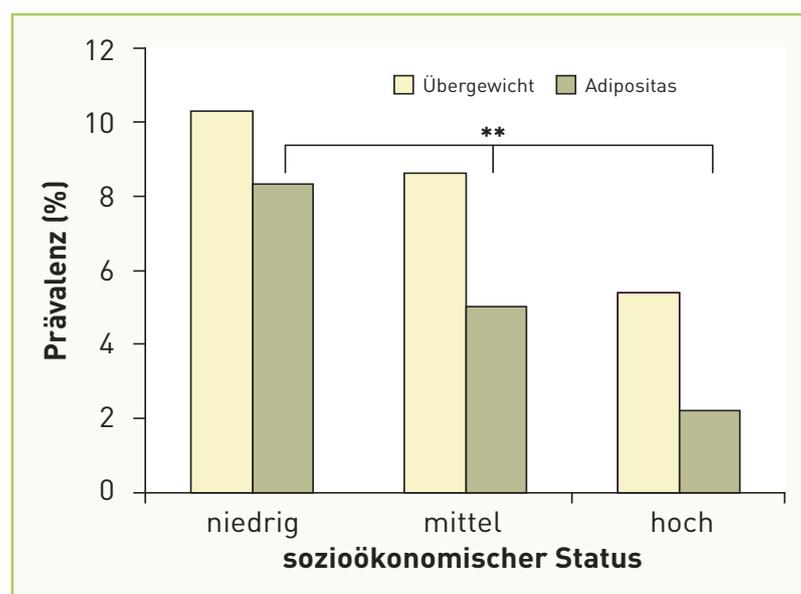


Abb. 1: Soziale Gradienten in Übergewicht und Adipositas bei 5- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Kiel (Quelle: Kieler Adipositas-Präventionsstudie, KOPS; 1996–2007). Chi²-Test: **p<0,01

nete und positive Energiebilanz beträgt pro Kind und Tag nur zwischen 50 und 100 kcal (d. h. es werden anteilig und individuell unterschiedlich 50–100 kcal pro Tag zu viel gegessen bzw. sich zu wenig „bewegt“ [18]). Die täglich auftretenden und mittel- bzw. langfristig zum Übergewicht führenden Unterschiede zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch sind also gering und können mit den gegenwärtig in der Epidemiologie oder auch der Stoffwechselfysiologie zu deren Erfassung verfügbaren Methoden nicht sicher bestimmt werden [18].

Im Vergleich zu den Variablen des Lebensstils zeigen soziale und kulturelle Faktoren einen deutlichen Einfluss auf das Übergewicht. Soziale Unterschiede im Übergewicht können anteilig durch soziale Unterschiede in den Lebensstilen erklärt werden. Auch bei Kindern gibt es soziale Gradienten in der Ernährung, der körperlichen Aktivität und der Inaktivität [2, 4, 5, 11, 13, 15, 16]: Je niedriger der soziale Status, desto höher ist die Prävalenz ungesunder Lebensstile. Im Vergleich zu Kindern aus hohen Sozialgruppen konsumieren Kinder aus niedrigen Sozialgruppen mehr „Soft drinks“, „Fast food“ und Weißbrot, während gleichzeitig ihr Verzehr von Obst und Gemüse geringer ist. So ist das Angebot an energiedichten Lebensmitteln in sozial schwachen Stadtteilen höher als in so-

zial besser gestellten Stadtteilen; dies trägt dazu bei, dass die Kinder energiedichte und fettreiche Lebensmittel häufiger konsumieren [11]. Dieses ist besonders deutlich bei Kindern aus Familien mit geringer Schulbildung [11]. „Adipogene“ (d. h. das Entstehen von Übergewicht begünstigende) Lebenswelten zusammen mit begrenzten individuellen Ressourcen (wie Bildung oder Einkommen) tragen so zum Übergewicht bei. Allerdings werden in „adipogenen“ Lebenswelten nicht alle Jugendlichen übergewichtig, „schützende“ Faktoren sind eine gute Schulbildung, ein höheres Einkommen der Eltern sowie eine mittlere bzw. hohe körperliche Aktivität und ein geringer Konsum von *Soft drinks* [19].

Zusammenfassend wird die soziale Ungleichheit im Übergewicht anteilig durch gesundheitsbezogene Verhaltensmuster erklärt. Modellhafte Berechnungen zeigen, dass etwa 30 % der sozialen Unterschiede im Übergewicht bei Kindern durch ungesunde Lebensstile erklärt werden, 70 % werden so nicht erklärt [11, 20].

Diese Zahlen stimmen mit Ergebnissen an Erwachsenen überein, bei denen Verhaltensfaktoren anteilig für die soziale Ungleichheit von Herzinfarkttraten oder auch der vom Rauchen abhängigen Lungenkrankheiten verantwortlich sind [21–23].

Biologische und soziale Determinanten von Übergewicht

„Dicke“ Kinder haben häufig „dicke“ Eltern [24], der inverse soziale Gradient im Übergewicht der Kinder wird durch das Übergewicht der Eltern verstärkt [2]. Dieser Gradient bleibt aber auch nach Adjustierung um das Gewicht der Eltern bestehen. Am häufigsten wird das Übergewicht bei Kindern adipöser Eltern in sozial schwachen Familien beobachtet [2]. Dieser Befund zeigt eine mögliche Wechselwirkung zwischen biologischen und sozialen Faktoren auf.

Zu den sozialen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit gehören Bildung, Beruf, Einkommen und materielle Lebensbedingungen, welche Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen, in den so genannten *Bewältigungsressourcen* und auch in der *gesundheitlichen Versorgung* mit sich bringen [25–27]. Diese drei Faktoren erklären Unterschiede im Lebensstil (wie z. B. Rauchen, Ernährung, Aktivität, Inaktivität, Alkoholkonsum). In allen reichen Ländern sind sowohl die Häufigkeit als auch die sozial ungleiche Verteilung von Übergewicht zu Kenngrößen der „Einkommensungleichheit“ assoziiert [7]: Je größer die Unterschiede im Einkommen, desto größer ist die Prävalenz von Übergewicht und seine sozial ungleiche Verteilung.

Theoretische (oder auch „psychosoziale“) Modelle wie das so genannte „Anforderungs-Kontroll-Modell“ oder auch das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ bieten mögliche Erklärungen der Zusammenhänge [26]. Das erste Modell beschreibt das Zusammentreffen von hoher Belastung und gleichzeitig geringen Einflussmöglichkeiten (z. B. bei schlechter Ausbildung), welches eher ungesunde Bewältigungsstrategien (z. B. viel essen oder rauchen) zur Folge hat. Im zweiten Modell werden große Anstrengungen und Verausgabung im Beruf wider Erwarten nicht belohnt (z. B. mit Anerkennung oder

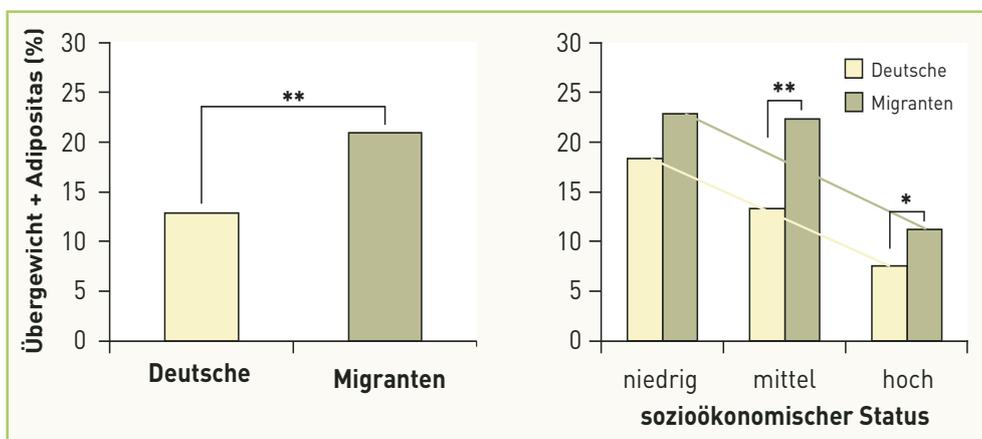


Abb. 2: Prävalenz von Übergewicht und soziale Gradienten im Übergewicht bei deutschen Kindern und Jugendlichen und in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Quelle: Kieler Adipositas-Präventionsstudie, KOPS; 1996–2007). Chi²-Test: *p<0,05; **p<0,01

Geld), was mittel- oder langfristig eine negative Auswirkung hat. Diese findet ihren Ausdruck in Biomarkern von chronischer Belastung und Stress: Die soziale Position eines Menschen korreliert sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen mit den Konzentrationen von Stresshormonen (z. B. Cortisol) im Plasma und im Speichel [9, 28].

Die Daten sprechen dafür, dass stressabhängige Mechanismen zu den sozialen Unterschieden in der Gesundheit und so auch im Übergewicht beitragen. In der Tat ist bei Jugendlichen der subjektiv empfundene Stress (als Ergebnis von objektivem Stress und den Strategien der Stressbewältigung) mit einem höheren Körpergewicht bzw. einem höheren Taillenumfang assoziiert [28]. Diese Beziehung ist unabhängig vom Geschlecht und dem Eintritt der Pubertät.

Sozialer Status als Barriere

Ein niedriger sozialer Status ist auch eine Barriere gegenüber Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Sozial selektive Effekte von Prävention in Schulen sind über Nachbeobachtungszeiträume von vier bis acht Jahren dokumentiert: In der Kieler Adipositas-Präventionsstudie fanden sich soziale Unterschiede in der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen (im Hinblick auf eine Verminderung der Häufigkeit und des Auftretens neuer Fälle). Durch Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung konnten lediglich Kinder aus hohen sozialen Schichten erreicht werden [29] (◆ Abbildung 3). Im Gegensatz dazu wurden keine oder sogar „negative“ Effekte bei Kindern aus mittleren und niedrigen Sozialgruppen beobachtet.

Ähnliche Ergebnisse wurden bei Maßnahmen einer aufsuchenden Therapie von „dicken“ Familien beobachtet: Auch dieses Programm war lediglich bei Kindern aus hohen Sozialschichten erfolgreich [30]. Im Gegensatz dazu war die Intervention

bei Kindern aus sozial schwachen Familien sogar kontraproduktiv: Hier kam es im Verlauf eines Jahres wieder zu einem Anstieg des Körpergewichtes.

Die sozialen Unterschiede im Erfolg von Prävention wurden nicht durch Unterschiede im Wissen erklärt [31]. Im Rahmen von schulischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung konnte das Ernährungswissen nahezu aller 6-jährigen Kinder verbessert werden, der Zuwachs an Wissen war unabhängig von der sozialen Position des Kindes. Vielleicht erklären aber Unterschiede in der Gesundheitskompetenz (welche die Umsetzung von Wissen in Verhalten ermöglicht) anteilig die sozialen Barrieren gegenüber Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.

Übergewicht als Public Health-Problem – eine Herausforderung für Politik und Gesellschaft

Medizin und Ernährungswissenschaft beschäftigen sich vorrangig mit den direkten Determinanten von Übergewicht, d. h. mit der Biologie der Nahrungsaufnahme, der Ernährung, dem Lebensstil und dem Stoffwechsel. Im Gegensatz dazu werden die „Ursa-

chen der Ursachen“ (z. B. Erziehung, soziale Position) und auch die „Ursachen der Ursachen“ (die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen) von Übergewicht nicht beachtet [32, 33].

Unser gegenwärtiges „Modell“ ist also durchaus unvollständig. Auch aus diesem Grunde sind die bisherigen Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen (welche hauptsächlich versuchen, Kompetenzen zu fördern und die Eigenverantwortung zu stärken) nur gering (und selektiv, s. o.) wirksam. Die soziale Ungleichheit im Übergewicht könnte dazu verleiten, gezielt sozial schwache Familien zu adressieren. Allerdings stößt dieser Versuch auf soziale Barrieren (s. o.) und berücksichtigt nicht die Determinanten der sozialen Ungleichheit im Übergewicht. Möglicherweise sind aber auch unsere bisher kommunizierten „Botschaften“ (z. B. „gesunde Ernährung“) zu komplex und „scheitern“ im Alltag vieler Menschen (d. h. häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus mittleren und niedrigen Sozialgruppen). Die Umsetzung und Wirksamkeit einfacher Botschaften („weniger Soft drinks“ und „weniger TV-Konsum“) ist zukünftig zu überprüfen.

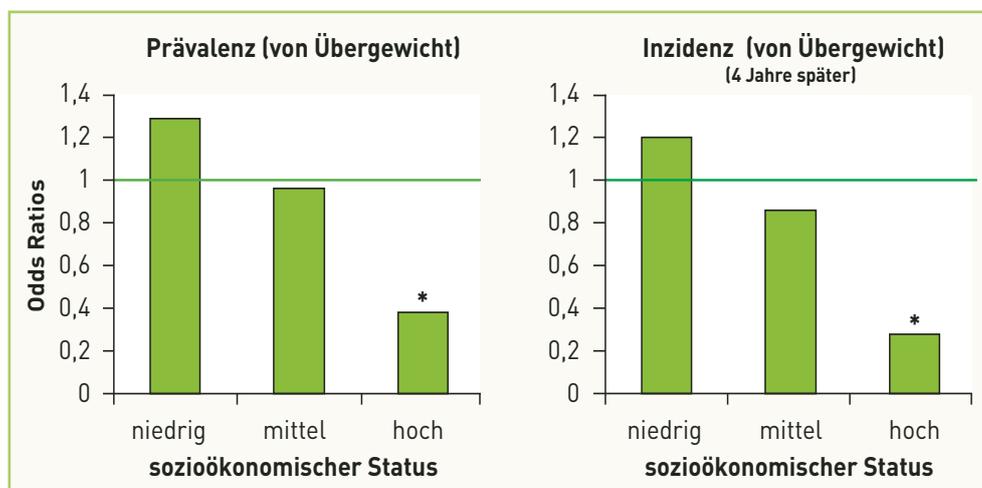


Abb. 3: Einfluss des sozioökonomischen Status (= Bildung der Eltern) auf die 4-Jahres-Effekte einer Maßnahme der schulischen Gesundheitsförderung im ersten Schuljahr [29]. Die Ergebnisse der „Kontrollschulen“ wurden gleich 1 gesetzt. Logistische Regressionsanalyse: *p<0,05

Angesichts der Bedeutung sozialer und auch ökonomischer Faktoren für die Manifestation von Übergewicht besteht die Notwendigkeit, alternative Ideen und Maßnahmen der Prävention aus Sicht von PUBLIC HEALTH zu entwickeln. Die Verminderung sozialer Ungleichheit im Übergewicht und in der Gesundheit ist grundlegend und ein vorrangiges Gesundheitsziel.

Dazu müssen sowohl die Menschen als auch deren Lebensbedingungen erreicht werden. In Deutschland besteht ein hohes Maß an sozialer Sicherheit und Schutz bei Krankheit. Allerdings hat unser erfolgreiches und wesentlich durch die Medizin bestimmtes Gesundheitssystem die heute offensichtliche soziale Ungleichheit in der Gesundheit nicht verhindert. Zukünftig müssen also auch die gesellschaftlichen und ökonomischen Einflüsse auf die Gesundheit adressiert werden. Ein lösungsorientierter Ansatz von Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht wird über die traditionellen Bereiche unseres Gesundheitswesens hinausgehen und entsprechend das Erziehungswesen, Handel und Wirtschaft, den Städtebau und den Verkehr und auch die Medien im Hinblick auf deren Auswirkungen auf unsere Gesundheit (und auch die „Gesundheit“ unserer Umwelt) mit einbeziehen [32, 33].

Gesundheit kann nicht direkt auf Menschen „übertragen“ werden. Allerdings sollten die Möglichkeiten für Gesundheit für alle Menschen gleichermaßen verfügbar sein [34, 35].

In diesem Sinne sind zukünftig Veränderungen in unseren Lebenswelten und auch in unserem sozialen Miteinander notwendig, um gesunde Lebensstile zu fördern und gleichzeitig Übergewicht (inklusive seiner sozialen Ungleichheit) zu mindern. Dies ist auch für uns alle (auch z. B. im Hinblick auf die zukünftige Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens) die beste Lösung [36].

Um dies zu erreichen, ist zukünftig politische Gestaltung notwendig. Für eine bessere Zukunft ist der Politik ein schrittweises Vorgehen empfohlen worden [37–40]:

1. Die Veröffentlichung von wissenschaftlich basierten Untersuchungen zum Problem sozialer Ungleichheit in Übergewicht und Gesundheit.
2. Die Etablierung eines nationalen Forschungsprogrammes zum Thema „Adipositas“.
3. Die Einrichtung einer die Regierung in Fragen Adipositas (einschließlich der sozialen Ungleichheit in Adipositas) beratenden Gruppe von Experten.

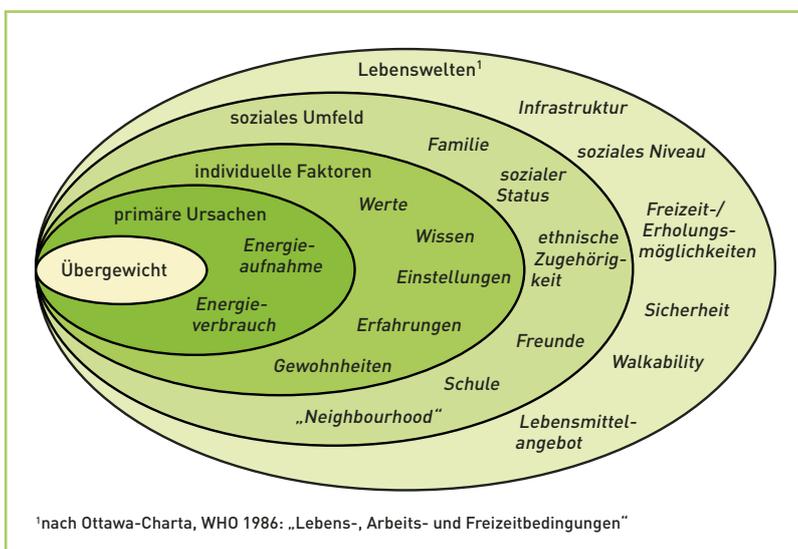
4. Entwicklung politischer Strategien zur Verminderung von sozialer Ungleichheit im Übergewicht.

In Deutschland wurden bisher die ersten beiden Punkte erfüllt [1, 4, 41]. Zu 3.: Obwohl die Deutsche Adipositas-Gesellschaft Politiker und Verantwortliche aus Ministerien nun schon über viele Jahre beraten hat, erscheint Politik letztendlich doch nicht gut genug beraten. Dieses erklärt sich aus der Vielstimmigkeit unterschiedlicher Interessengruppen, die versuchen, in Ministerien und auf Politiker Einfluss zu nehmen. Am Ende entscheidet in der Politik nicht das beste Wissen, sondern der Kompromiss. Die politischen Absichtserklärungen und die empfohlenen Strategien der Weltgesundheitsbehörde [42–44] sind bisher in der deutschen Politik nicht angemessen aufgenommen worden und warten noch auf eine konkrete Umsetzung in den Alltag der Menschen [45]. Zu dem 4. Punkt gibt es seit 2001 Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.gesundheitsliche-chancengleichheit.de), welche der Netzworkebildung und der Unterstützung von beispielhaften *best practice*-Projekten dienen. Allerdings fehlt es in Deutschland an politischen Strategien, wie sie konkret von der WHO vorgedacht und vorgeschlagen wurden [44].

Auf Seiten der Politik hat sich in den letzten Jahren eine zunehmende Bereitschaft entwickelt, sich mit dem Problem „Übergewicht“ zu beschäftigen. Die Strukturen der Politik (z. B. die unterschiedlichen Zuständigkeiten für „Gesundheit“, „Ernährung“, „Verbraucherschutz“, „Bildung“, „Familie“, „Soziales“ und „Wirtschaft“) erschweren aber bisher ein stringentes und letztendlich wirksames Vorgehen in der Sache. Auch gesellschaftliche Plattformen (wie z. B. die im Jahre 2004 gegründete „Plattform Ernährung und Bewegung“, peb) haben bisher nicht die Kraft gefunden, eine offene und selbstkritische Diskussion unter ihren Mitgliedern zu führen. Auch hier stehen die das Miteinander bisher bestimmenden

Glossar:

walkability = beschreibt wie gut ein Ziel o. eine Region zu Fuß erreichbar/bewältigbar ist („Fußgängerfreundlich“)



¹nach Ottawa-Charta, WHO 1986: „Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen“

Abb. 4 : Determinanten und Kontexte von Übergewicht

Interessen Einzelner (z. B. der Lebensmittelindustrie) einer sinnhaften Gestaltung von Prävention entgegen, wichtige key player (wie z. B. die Medien- und die Autoindustrie) haben bisher noch gar keinen Zugang zu diesen Plattformen gefunden. Diese in Politik und Gesellschaft offensichtlichen Schwierigkeiten gehören überwunden. Wir brauchen in Deutschland dringend einen „Geist der Gesundheit“, der uns und unser Miteinander leitet.

Eine zukünftige (Adipositas-) Präventionspolitik betrifft ein System von Gesetzen, Regularien, Aktionen und auch Unterstützung. Sie geht über den traditionellen Bereich einer heute nahezu ausschließlich an der Medizin orientierten Gesundheitspolitik hinaus [vergl. 32, 33, 38–40]. Übergewicht ist ein Epiphänomen von (schnellem) wirtschaftlichem Wachstum und ungleicher Verteilung von Ressourcen [46]. Die freie Marktwirtschaft tut „Gutes“, sie kann aber auch Problem sein: Der Markt kann zum ökonomischen Wachstum beitragen (was wir ja heute als essenzielle Grundlage unseres Zusammenlebens betrachten), der Markt „regelt“ aber nicht unsere Gesundheit.

Wenn ökonomisches Wachstum (bedingt durch den hohen Konsum der Verbraucher) zu Krankheiten und sozialer Ungleichheit in Gesundheit führt, muss wirtschaftlicher „Erfolg“ auch in Frage gestellt werden. Die hohe Prävalenz von Übergewicht spricht dafür, dass unser „Erfolg“ derzeit auch unser Problem ist.

Die Experten müssen aber auch offen aussprechen, dass es weltweit keine wirksamen Lösungen des Übergewichtproblems und auch keine wirksamen Maßnahmen gegen soziale Ungleichheit im Übergewicht gibt [47]. Somit kann sich keine der heute empfohlenen Strategien auf wissenschaftliche Evidenz berufen. Sicher erscheint, dass das Problem „Übergewicht“ nur in seinen Kontexten begriffen und gelöst werden kann (◆ Abbildung 4). Die Dimensionen des Problems sind der einzelne Mensch, die Gesellschaft, die Lebenswelt und die Ökonomie [40, 47]. Eine erfolgreiche Prävention von Übergewicht ist nur unter Beachtung aller vier Dimensionen zu erwarten.

Danksagung: Diese Arbeit wurde unterstützt durch das „Kompetenznetz Adipositas“, gefördert vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01GI0821), durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG-MU 714-5.1-5) und den World Cancer Research Fund.

Die Literatur zu diesem Artikel finden Sie im Internet unter www.ernaehrungs-umschau.de/service/literaturverzeichnis/

Zusammenfassung

Soziale Ungleichheit im Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Manfred J. Müller, Dominique Lange, Beate Landsberg und Sandra Plachta-Danielzik, Kiel

Während der letzten 30 Jahre hat die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zugenommen. Übergewicht und ernährungsmitbedingte Krankheiten sind in den verschiedenen sozialen Gruppen ungleich „verteilt“: Je niedriger der soziale Status, desto häufiger sind „unge-sunde“ Lebensstile, das Übergewicht und seine Folgekrankheiten. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist somit auch ein gesellschaftliches Problem. Soziale Ungleichheit in Übergewicht und Gesundheit wird mit einer ungleichen Verteilung von Möglichkeiten und Ressourcen (wie Bildung, Beschäftigung und Einkommen) in der Gesellschaft erklärt. Zukünftig sind Regierungen und Zivilgesellschaft aufgefordert Lebensbedingungen zu verbessern und Ressourcen gerechter zu verteilen, um wirksam gegen die sozialen Unterschiede in der Gesundheit und damit auch die Häufigkeit von Übergewicht in unserer Gesellschaft anzugehen.

Schlüsselwörter: Sozialer Status, Übergewicht, Kinder, Jugendliche, Lebensstil, Ernährung

Summary

Social inequality in overweight in children and adolescents – possible solutions of a social problem

Manfred J. Müller, Dominique Lange, Beate Landsberg and Sandra Plachta-Danielzik, Kiel

During the last 30 years, the prevalence of overweight in children and adolescents has increased. Overweight and diseases linked to nutrition are unequally distributed in different social groups. The lower the social status is, the more frequent are unhealthy lifestyles, overweight and comorbidities. It follows that the health of children and adolescents is also a social problem. Social inequality in overweight and health is thought to be due to inequalities within society of possibilities and resources, such as education, employment and income. Government and civil society are called upon to improve living conditions and to distribute resources more justly, as this could effectively improve the social differences in health, as well as the frequency of overweight in our society.

Key words: social status, overweight, children, adolescents, lifestyle, nutrition

Ernährungs Umschau 57 (2010) S. 78–83