

Eine Fülle an empirischer Literatur bescheinigt die Existenz sozialer Ungleichheit im Ernährungsverhalten, was bedeutet, dass sich Personen mit niedrigem Sozialstatus häufiger ungünstig ernähren als Personen mit hohem sozialem Status. Die Ursachen ungleicher Ernährungsqualität in unterschiedlichen sozialen Schichten werden eingehend dargestellt und es wird erläutert, welche Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Ernährungsqualität sozial Benachteiligter Erfolg versprechend sind.

Sozialer Status und Ernährungsqualität

Evidenz, Ursachen und Interventionen



Dr. phil. Christine Muff¹

¹Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Postfach 101007 40001 Düsseldorf E-Mail: christine.muff@uni-duesseldorf.de

Soziale Schichten bezeichnen Bevölkerungsgruppen, deren Angehörige sich bezüglich der Merkmale des sozialen Status in einer vergleichbaren Lage befinden. Als Merkmale des sozialen Status gelten Bildung, Einkommen und beruflicher Status. Angehörige hoher sozialer Schichten weisen hohe Bildung, hohes Einkommen oder hohe berufliche Stellung auf, während Personen aus niedrigen sozialen Schichten geringe Bildung haben (z. B. Grundschulabschluss ohne weitere Ausbildung), wenig Einkommen erhalten (z. B. Einkommen < 60 % des Durchschnittseinkommens deutscher Haushalte) oder einen geringen beruflichen Status innehaben (z. B. Beruf ohne Autonomie).

Eine weit reichende Konsequenz der Zugehörigkeit zu einer niedrigen Schicht ist der im Mittel schlechtere Gesundheitszustand. Der Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und erhöhter Krankheitslast gilt wissenschaftlich als gut fundiert [1].

Die dem Phänomen der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde liegenden Mechanismen wurden in der sozialepidemiologischen Forschung wiederholt diskutiert, wobei eine Erklärung besagt, dass soziale Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten die Unterschiede bedingen. Gesundheitliche Verhaltensweisen wie Fehlernährung gelten als Risikofaktoren hochprävalenter Krankheiten und wiederholt wurde gezeigt, dass Angehörige

niedriger sozialer Schichten besondere Risikogruppen für ungünstige Ernährung darstellen [2–8].

Das umfassende Verständnis des Zustandekommens von ungleicher Ernährungsqualität in unterschiedlichen Schichten erfordert die Berücksichtigung diverser Einflussfaktoren. Nachdem im Folgenden der aktuelle Forschungsstand zum Thema der sozialen Ungleichheit der Ernährung aufgezeigt wird, sollen Ursachen schichtspezifischer Ernährungsweisen unter Rückgriff auf aktuelle Forschungsergebnisse beschrieben werden. Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, welche Maßnahmen zur Reduktion sozialer Ungleichheiten im Ernährungsverhalten denkbar sind.

Evidenz zum schichtspezifischen Ernährungsverhalten

In zahlreiche Studien wurde in niedrigen sozialen Schichten ein geringerer Obst- und Gemüsekonsum als in höheren Vergleichsgruppen beobachtet [2–7]. Hinsichtlich des Fett- und Ölverzehrs wurde ebenfalls von unterschiedlichem Konsumverhalten zwischen Statusgruppen berichtet, beispielsweise zeigen Studien, dass Fett als Energielieferant bei sozial Benachteiligten einen höheren Anteil der Gesamtenergiezufuhr ausmacht als bei Bessergestellten [4, 7]. Sozial Benachteiligte präferieren Fette und



Dr. phil. Simone Weyers¹



Sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren beeinflussen die Lebensmittelauswahl mehr, als Vielen bewusst ist

Öle mit gesättigten Fettsäuren, verwenden im Vergleich zu sozial höher Positionierten weniger Lipide mit ungesättigten Fettsäuren [2, 4, 6, 8] und verzehren seltener fettreduzierte Lebensmittel [2].

Ergebnisse bezüglich der Nährstoff- und Vitaminaufnahme zeigen konsistent, dass statusniedrige Personen im Vergleich zu Bessergestellten niedrigere Zufuhrmengen aufweisen [4, 7, 8]. Auch wurde gezeigt, dass sozial Benachteiligte deutlich häufiger Süßgetränke [6] und Kaffee [6, 7] konsumieren. Die Studienlage zum Konsum an Fleisch [6, 7], Milchprodukten [6, 9] oder kohlenhydratreichen Lebensmitteln [4, 6] ist hingegen sehr uneinheitlich.

Trotz einiger Forschungslücken und zum Teil fehlender Ergebnisse haben die vorangegangenen Erläuterungen die Existenz schichtdifferenter Ernährungsverhaltens verdeutlicht, wobei festgehalten werden kann, dass die Qualität der Ernährung mit

abnehmendem Sozialstatus sinkt.

◆ Tabelle 1 zeigt den aktuellen Forschungsstand bezüglich statusspezifischer Ernährung im Überblick.

Ursachen schichtspezifischer Ernährung

Im Folgenden werden mögliche Ursachen statusabhängiger Ernährungsmuster ausführlich diskutiert, wobei deutlich wird, dass das Ernährungsverhalten von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren determiniert wird. Als mögliche Ursachen des Zustandekommens schichtspezifischer Ernährung werden *sozioökonomische und strukturelle, psychosoziale sowie soziokulturelle Faktoren* beleuchtet.

Sozioökonomische und strukturelle Faktoren

Fehlende finanzielle Ressourcen. Für die Analyse schichtspezifischer Ernäh-

rungsweisen ist bedeutsam, dass energiedichte und dadurch teilweise ungesunde Lebensmittel (viele Kalorien pro Gewichtseinheit, z. B. Süßigkeiten) meist preiswerter sind als gesunde Lebensmittel mit geringer Energiedichte (wenig Kalorien pro Gewichtseinheit, z. B. Gemüse, Fisch) und diese preislichen Differenzen die Lebensmittelwahl insbesondere bei sozial Benachteiligten beeinflussen [10]. Es gilt als gut dokumentiert, dass der Preis beim Lebensmittelkauf bei Benachteiligten das entscheidende Kaufkriterium darstellt und die Qualität der Ernährung mit sinkenden Ausgaben für Lebensmittel tendenziell abnimmt.

Armutsbedingte Lebensmittelknappheit. Lebensmitteldeprivationen, wie sie in westlichen Gesellschaften in unterprivilegierten Schichten zur Realität gehören, können die Ernährungsqualität vielfältig beeinflussen. Es wurde beobachtet, dass sich diese

Lebensmittelgruppe	Richtung des Zusammenhangs	Evidenzlage	Quellen
Obst und Gemüse	unzureichende Versorgung in niedrigen Schichten	hohe Evidenz	[2–7, 18]
Fette und Öle	ungünstiger Konsum in niedrigen Schichten	hohe Evidenz	[2, 4, 7]
Milchprodukte und proteinhaltige Lebensmittel	inkonsistente Befundlage	–	[6,9]
Nährstoff- und Vitaminversorgung	ungünstige Versorgung in niedrigen Schichten	hohe Evidenz	[4, 7, 8]
Fleisch	inkonsistente Befundlage	–	[6, 7]
Kohlenhydrate	inkonsistente Befundlage	–	[4, 6]
Süßgetränke	häufiger Konsum in niedrigen Schichten	mittlere Evidenz, da wenige Studien	[6]
Kaffee	häufiger Konsum in niedrigen Schichten	mittlere Evidenz, da wenige Studien	[6, 7]

Tab. 1: Empirische Befunde zum schichtspezifischen Ernährungsverhalten im Überblick

aversiven Erfahrungen auf die Lebensmittelpreferenzen auswirken und Betroffene zur Vorbeugung von Hunger dazu tendieren, in finanziell besseren Zeiten energiedichte Lebensmittel zu konsumieren, was oftmals eine Stressbewältigungsstrategie darstellt [11]. Eine durch materielle Not bedingte Lebensmittelknappheit begünstigt demnach eine Fehlernährung, indem vermehrt ungesunde Lebensmittel konsumiert werden und sich problematische Ernährungsmuster wie *binge eating* etablieren können.

Erwerbsstatus. Der Erwerbsstatus nimmt Einfluss auf verschiedene Bereiche des täglichen Lebens und beeinflusst gesundheitliche Aspekte durch verschiedenartige Mechanismen. In einer Studie von KRITZ-SILVERSTEIN et al. hatten erwerbstätige Frauen günstigere Cholesterinwerte als erwerbs- bzw. arbeitslose Frauen, was auf günstigere Essgewohnheiten der erwerbstätigen Frauen hindeutet [12]. Aus einer finnischen Kohortenstudie geht hervor, dass Langzeitarbeitslosigkeit und niedrige berufliche Ausbildung bei Männern die stärksten Prädiktoren für stressbedingte Fehlernährung darstellen. Die Forscher vermuten, dass der Konsum von energiedichten Lebensmitteln als Strategie zur Bewältigung der durch die Erwerbslosigkeit entstandenen psychosozialen Belastungen eingesetzt wird [13].

Einflüsse aus dem Wohnumfeld. Untersuchungen zeigen, dass in Armutsgebieten größere Lebensmittelgeschäfte z. T. schlecht erreichbar sind und die kleinen Geschäfte in benachteiligten Quartieren oftmals teuer sind sowie eine geringe Auswahl an frischen Lebensmitteln bieten [14]. Die schlechte Erreichbarkeit von Supermärkten und die daraus resultierenden Preisnachteile, die eingeschränkte Auswahl und die Qualitätseinbußen werden allgemein mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten assoziiert, beispielsweise sinkt der Konsum von Obst und Gemüse mit abnehmender Erreichbarkeit von Supermärkten, während die Verfüg-

barkeit an energiedichten Lebensmitteln steigt [14].

Psychosoziale Faktoren

Ernährungswissen. Erwartungsgemäß zeigt sich eine positive Assoziation zwischen Ernährungswissen und Ernährungsqualität [3]. Auch das Wissen hinsichtlich gesundheitsgefährdender Eigenschaften bestimmter Lebensmittel kann die Ernährungsqualität beeinflussen: So berichten PATTERSON et al., dass Probanden, die sich der gesundheitsschädigenden Wirkung bestimmter Lebensmittel bewusst waren, ihre Ernährung entsprechend angepasst haben, wohingegen bei unwissenden Probanden keine Veränderungen beobachtet wurden [15]. In Bezug auf die Analyse schichtspezifischen Ernährungsverhaltens sind diese Erläuterungen relevant, da das Wissen um gesunde bzw. ungesunde Ernährung in benachteiligten Statusgruppen geringer ist als in privilegierten [16].

Selbstwirksamkeitserwartungen. Bislang wurde insbesondere das Konzept der Selbstwirksamkeit als Prädiktor für günstiges Essverhalten untersucht: In einer Übersichtsarbeit wurde gezeigt, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung allgemein mit gesundem Ernährungsverhalten assoziiert werden kann [17]. Da persönliche Ressourcen wie Selbstwirksamkeit einer schichtabhängigen Verteilung folgen, können auch diese Faktoren in den Zusammenhang zwischen Ernährung und Schicht eingreifen und die gefundenen Differenzen in der Ernährungsqualität erklären.

Soziale Unterstützung. In der sozialpsychologischen Forschung ist hinreichend bekannt, dass soziale Unterstützung mit sinkendem Sozialstatus abnimmt [18]. Daher ist die Frage nach dem Einfluss sozialer Unterstützung auf das Ernährungsverhalten relevant, da somit ein weiterer Erklärungsfaktor in der Beziehung zwischen Fehlernährung und niedriger sozialer Position gefunden werden könnte. WEYERS untersuchte den Zusammenhang zwischen sozialer Isola-

tion und Ernährungsverhalten und konnte zeigen, dass sozial isolierte Personen oder Personen mit fehlender emotionaler Unterstützung eher einen mangelhaften Obst- und Gemüsekonsum aufweisen als Personen mit großen sozialen Netzwerken und ausreichender emotionaler Unterstützung [18].

Ernährungsbewusstsein. Wenig erstaunlich sind empirische Befunde, dass sich Ernährungsbewusstsein und hohe subjektive Bedeutung der Ernährung positiv auf die Ernährungsweise der untersuchten Personen auswirken [19]. SMITH und OWEN beobachteten bezüglich des Sozialstatus, dass geringe subjektive Wichtigkeit und ungünstige Einstellung gegenüber der Ernährung mit abnehmendem Sozialstatus einhergehen [19].

Soziokulturelle Faktoren

Körperbild. Bezüglich Körperidealen lassen sich interessante Schichtspezifitäten beobachten: WARDLE und GRIFFITH zeigen, dass Privilegierte im Vergleich zu sozial Benachteiligten höhere Anforderungen an das Erreichen des Schlankheitsideals stellen, mehr Bemühungen zur Gewichtskontrolle unternehmen und häufiger mit ihrem Körpergewicht unzufrieden sind [20]. Diesen Ausführungen zufolge kann angenommen werden, dass sich schichtdifferente Körperideale in Schichtunterschieden im Ernährungsverhalten äußern und statushöhere Personen zum Erreichen des schlanken Ideals im Vergleich zu statusniedrigen mehr Bemühungen unternehmen, durch kalorienbewusste oder gesunde Ernährung dem Körperideal gerecht zu werden.

Sozialisation von Ernährungsgewohnheiten. Das Essverhalten ist Teil einer sozialisierten Verhaltensweise, die während der Kindheit und Jugend in der Familie oder anderen sozialen Bezugsgruppen erlernt und verfestigt wird, wobei gelernte Verhaltensweisen einen prägenden Einfluss auf Ernährungsmuster späterer Lebensphasen nehmen. Es wurde beobachtet, dass Ernährungsgewohnheiten aus

Glossar:
Selbstwirksamkeitserwartung = die Überzeugung aus eigener Kompetenz z. B. gesteckte Ziele zu erreichen

der Kindheit die Ernährungsqualität im Erwachsenenalter determinieren [21]. Es wird angenommen, dass günstige Ernährung in der Kindheit einen Indikator für das elterliche Gesundheitsbewusstsein darstellt und die elterliche Einstellung bezüglich Gesundheit von den Nachkommen durch soziales Lernen im Sozialisationsprozess übernommen wird, sich verfestigt und sich dadurch auf das eigene Gesundheitsbewusstsein und -verhalten in späteren Lebensphasen auswirkt. Stark ausgeprägte Traditionen üben einen bedeutsamen Einfluss auf die Sozialisierung von Ernährungsgewohnheiten aus. Für Arbeiterfamilien oder Migranten, die oftmals von sozialer Benachteiligung betroffen sind, haben Ernährungsgewohnheiten häufig hohen symbolischen Wert. Diese traditionelle Verankerung führt dazu, dass Mitglieder dieser Gruppen stark an überlieferten Traditionen festhalten, was dann problematisch ist, wenn ungünstige Ernährungsgewohnheiten aufrechterhalten werden. Da traditionsgemäße Ernährungsweisen ursprünglich an Umstände wie raues Klima oder schwere körperliche Arbeit angepasst waren, entsprechen traditionelle Essgewohnheiten oftmals nicht aktuellen Ernährungsrichtlinien [22].

◆ Abbildung 1 fasst die hier ausgeführten Prädiktoren für soziale Ungleichheiten im Ernährungsverhalten modellartig zusammen.

Interventionen

Die vorangegangenen Darstellungen unterstreichen einerseits die Notwendigkeit gezielter und auf vulnerable Personengruppen abgestimmter Interventionen und andererseits die Breite der Maßnahmen, die das Ernährungsverhalten beeinflussen können. Einige dieser Maßnahmen werden im Folgenden beispielhaft vorgestellt, und zwar analog zu den drei oben genannten Erklärungsbereichen. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich nicht um Interventionen, die im klinischen Sinne auf Wirksamkeit getestet sind (*proven*), sondern um solche, die Erfolg versprechend sind (*promising*), da sie auf einer theoretischen Grundlage be-

ruhen, für die zumindest in Teilen empirische Evidenz vorliegt.

Sozioökonomische und strukturelle Faktoren

Die Mainzer Obdachlosensiedlung Zwerchallee beherbergt Personen, deren Leben von multiplen Problemlagen gekennzeichnet ist. Die Umsetzung der empfohlenen Ernährung ist vor diesen Hintergrund außerordentlich schwierig. In der Obdachlosensiedlung bietet das von „Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.“ initiierte Projekt „Gesundheit jetzt!“ niedrigschwellige Präventionsmodule zur Ernährung an, welche in Kooperation und Vernetzung mit Institutionen unter Partizipation der betroffenen Menschen erfolgt.

Der Einstieg in die Ernährungsberatung erfolgt auf Wunsch durch regelmäßige geschlechtergetrennte Frühstücksangebote mit integrierter Gesundheitsinformation. Der örtlichen Kita werden Lebensmittel gespendet und in der Siedlung werden gesunde Lebensmittel durch die Mainzer Tafel ausgegeben. Bauernhofbesuche vermitteln Kenntnisse über die Nahrungsherstellung und stellen nebenbei einen Freizeitgewinn dar. Angelausflüge, Osterbacken sowie gemeinsames Einkaufen, Kochen und Essen gehören ebenfalls zum Programm. Den Rückmeldungen ist zu entnehmen, dass die angesprochenen The-

men in den Familien Anklang finden und zu Verhaltensänderungen anregen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zeigen, dass „Gesundheit jetzt!“ mit einem fundierten Konzept mittels erfolgreicher Gesundheitsförderungsstrategien zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Kinder und deren Familien beitragen konnte.

Psychosoziale Faktoren

Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelte Aktion „Unterwegs nach Tutmirgut“ verfolgt das Ziel, Ernährung, Bewegung und Stressregulation bei 5- bis 11-jährigen Kindern zu fördern. Insbesondere sollen die Rahmenbedingungen in Kindergarten, Schule, Freizeit und Familie optimiert werden, wobei die soziale Lage der Kinder besondere Aufmerksamkeit erfährt.

Hierzu werden in Schulungen Multiplikatoren wie Lehrern, Erziehern oder Eltern kindgerechte Ansätze zur Förderung gesunder Ernährung vermittelt. Eine Ausstellung bietet einen Parcours mit 13 Spielstationen zum Lernen durch sinnliches Erleben. In einem „Schlaraffenland“ gibt es Antworten auf Fragen bezüglich Essen und Trinken. Die Kinderliedertour enthält ernährungsbezogene Informationen und bietet ein anregendes Bühnenstück zum Hören, Zuschauen, Mitsingen und Mitmachen.

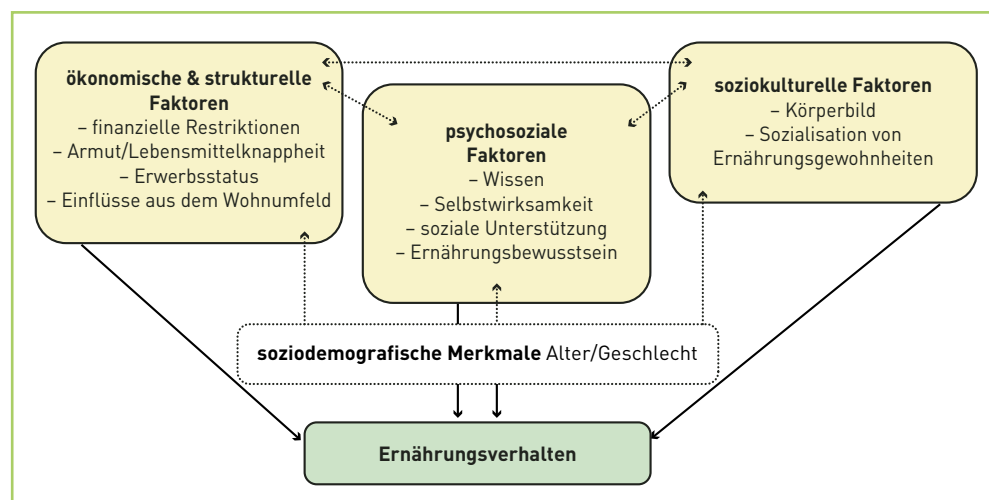


Abb. 1: Erklärungsfaktoren für das Zustandekommen von sozialen Ungleichheiten im Ernährungsverhalten (in Anlehnung an [6])

Eine Teilevaluation zeigte, dass die Kinder auch nach mehreren Wochen eine detaillierte Erinnerung an einzelne Ausstellungsinhalte haben. Die Zufriedenheit der jungen Ausstellungsbesucher ist sehr hoch und es gibt Hinweise auf einen Transfer des vermittelten Wissens in den jeweiligen Lebensalltag der Kinder. Insbesondere die aktive Einbeziehung der Kinder in einen erlebnisorientierten und zielgruppenadäquaten Bildungsprozess scheint die Begeisterung für das Thema der Ernährung zu fördern. (www.tut-mir-gut.net, s. auch S. 108 in diesem Heft).

Soziokulturelle Faktoren

Kinder türkischer Herkunft sind häufiger übergewichtig als deutsche Kinder. Herkömmliche Präventionsmaßnahmen erreichen diese Gruppe nur schwer, weshalb von „Gesundheit Berlin e. V.“ die Kampagne „**Gesund essen mit Freude**“ ins Leben gerufen wurde. Ziel der Intervention ist es, Müttern als Schlüsselpersonen für die Gesundheit ihrer Familien Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich gesunder Ernährung zu vermitteln und

die Integration des Gelernten in den Familienalltag zu erreichen.

Eine Ernährungsexpertin entwickelte gemeinsam mit türkischen Frauen einen kultursensiblen Ernährungsratgeber mit Rezepten, die an der traditionellen türkischen Küche orientiert sind. Um die Kampagne einer breiteren türkischen Bevölkerungsschicht zugänglich zu machen, wurden bei einem türkischen Fernsehsender Kochsendungen mit Expertengesprächen ausgestrahlt. Zusätzlich stand eine deutsch-türkische Telefon-Hotline zur Verfügung.

Wie die Evaluation zeigt, hat sich die gewählte Kursmethodik als erfolgreich erwiesen: Durch die theoretischen und praktischen Kurseinheiten konnten die Frauen motiviert werden, ihre Ernährungsweise positiv zu verändern und das Erlernte an ihre Umgebung weiterzugeben. Der kultursensible Ernährungskurs wurde zu einem erfolgreichen Modell lebenslagenbezogener Gesundheitsförderung entwickelt, wobei der partizipative Ansatz und die Nutzung der Medien der jeweiligen Kommunen als besondere Stärken des Angebots gelten (www.saglik-berlin.de).

Fazit und Empfehlungen zur guten Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Ausführungen dieses Artikels verdeutlichen, dass sozial bedingte Ungleichheiten im Ernährungsverhalten von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren determiniert werden. Sozioökonomische und strukturelle Benachteiligung sowie Faktoren aus der psychosozialen oder soziokulturellen Umwelt beeinflussen die Ernährungsgewohnheiten sozial Benachteiligter auf ungünstige Weise.

Die in Abschnitt 4 vorgestellten Modelle guter Praxis wurden im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ identifiziert. Dieser Verbund wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dem Ziel der Stärkung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten initiiert. In intensivem Austausch mit Experten wurden Leitlinien für nachahmenswerte Praxis in der Gesundheitsförderung definiert. Die in **Übersicht 1** aufgeführten „zwölf Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen“ sollen auch bei Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens Anwendung finden.

Abschließend kann festgehalten werden, dass Interventionen, welche die zwölf Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten berücksichtigen, viel versprechende Strategien darstellen, um einen Beitrag zur Reduktion sozialer Ungleichheiten im Ernährungsverhalten zu leisten und die Ernährungsqualität Benachteiligter zu steigern. Bei der Planung von Interventionsmaßnahmen ist zudem die Vielfalt der ungünstigen Einflüsse auf die Ernährung sozial Benachteiligter zu bedenken. Dies bedeutet, dass nach Möglichkeit ungünstigen ökonomischen, strukturellen, psychosozialen und soziokulturellen Einflüssen begegnet werden soll.

1. **Gesundheitsbezug:** Konzeption des Angebotes macht klaren Gesundheitsbezug deutlich.
2. **Zielgruppenbezug:** Angebot berücksichtigt im Besonderen Bedürfnisse von benachteiligten Menschen.
3. **Innovation und Nachhaltigkeit:** Angebot wendet innovative Methoden an oder entfaltet nachhaltige Wirkungen bei Zielgruppe und deren Lebenswelt.
4. **Multiplikatorenkonzept:** Angebot bindet systematisch Multiplikatoren ein.
5. **Niedrigschwelligkeit:** Zugangshürden für Nutzung werden vermieden.
6. **Partizipation:** Zielgruppe wird systematisch in Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung oder Bewertung des Angebotes einbezogen.
7. **Empowerment:** Zielgruppe wird zu eigenständiger und selbstbestimmter Lebensweise befähigt.
8. **Setting-Ansatz:** Angebot ist auf Verhaltensbeeinflussung und Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet.
9. **Integriertes Handlungskonzept:** Angebot arbeitet professionsübergreifend und bezieht gesundheitsferne Kooperationspartner ein.
10. **Qualitätsmanagement:** Angebot verbessert Qualität unter Zuhilfenahme eines Qualitätsentwicklungssystems.
11. **Evaluation:** Angebot nutzt Konzepte und Instrumente zur Dokumentation oder Evaluation der Intervention.
12. **Kosten-Nutzen-Verhältnis:** Kosten stehen in günstigem Verhältnis zum Nutzen.

Übs. 1: 12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen [23]

1. Siegrist J, Marmot M. *Social inequalities in health*. University Press, Oxford (2006)
2. Ball K, Mishra GD, Thane CW, Hodge A (2004) How well do Australian women comply with dietary guidelines? *Public Health Nutr* 7: 443–452
3. Beydoun MA, Wang Y (2007) Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Prev Med* 46: 145–153
4. Bolton-Smith C, Smith WC, Woodward M, Tunstall-Pedoe H (1991) Nutrient intakes of different social-class groups: results from the Scottish Heart Health Study (SHHS). *Br J Nutr* 65: 321–335
5. Irala-Estevez JD, Groth M, Johansson L et al. (2000) A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr* 54: 706–714
6. Muff C. *Soziale Ungleichheiten im Ernährungsverhalten. Theoretische Hintergründe und empirische Befunde*. Lit-Verlag, Berlin (2009)
7. Hulshof KF, Brussaard JH, Kruizinga AG et al. (2003) Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. *Eur J Clin Nutr* 57: 128–137
8. Shahar D, Shai I, Vardi H et al. (2005) Diet and eating habits in high and low socioeconomic groups. *Nutr* 21: 559–566
9. Sanchez-Villegas A, Martinez JA, Prättälä R et al. (2003) A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of cheese and milk. *Eur J Clin Nutr* 57: 917–929
10. A, Specter SE (2004) Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 79: 6–16
11. Olson CM, Bove CF, Miller EO (2007) Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite* 49: 198–207
12. Kritz-Silverstein D, Wingard DL, Barrett-Connor E (1992) Employment status and heart disease risk factors in middle-aged women: the Rancho Bernardo Study. *Am J Public Health* 82: 215–219
13. Laitinen J, Ek E, Sovio U (2002) Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Prev Med* 34: 29–39
14. Morland K, Wing S, Diez Roux A (2002) The contextual effect of the local food environment on residents' diets: the atherosclerosis risk in communities study. *Am J Public Health* 92: 1761–1767
15. Patterson RE, Kristal AR, White E (1996) Do beliefs, knowledge, and perceived norms about diet and cancer predict dietary change? *Am J Public Health* 86: 1394–1400
16. Parmenter K, Waller J, Wardle J (2000) Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Health Edu Res* 15: 163–174
17. AbuSabha R, Achterberg C (1997) Review of self-efficacy and locus of control for nutrition- and health-related behavior. *J Am Diet Assoc* 97: 1122–1132
18. Weyers S. *Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten: Ergebnisse einer medizinsoziologischen Studie im Ruhrgebiet*. Lit-Verlag, Berlin (2007)
19. Smith AM, Owen N (1992) Associations of social status and health-related beliefs with dietary fat and fiber densities. *Prev Med* 21: 735–745
20. Wardle J, Griffith J (2001) Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *J Epidemiol Comm Health* 55: 185–190
21. Larson NI, Story M, Perry CL et al. (2007) Are diet and physical activity patterns related to cigarette smoking in adolescents? Findings from Project EAT. *Prev Chron Dis* 4: 51–62
22. Shatenstein B, Ghadirian P (1998) Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups. *Nutr* 14: 223–230
23. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. 3. Auflage. BZgA, Köln (2007)

Zusammenfassung

Sozialer Status und Ernährungsqualität: Evidenz, Ursachen und Interventionen

Christine Muff, Simone Weyers, Düsseldorf

Personen mit niedrigem Sozialstatus ernähren sich häufiger ungünstig als Personen mit hohem sozialem Status. Die Ursachen dieser ungleichen Ernährungsqualität in unterschiedlichen sozialen Schichten sind komplex: Als sozioökonomische/strukturelle Faktoren, die Ungleichheit hervorbringen, werden z. B. fehlende finanzielle Ressourcen, armutsbedingte Lebensmittelknappheit und Einflüsse aus dem Wohnumfeld beschrieben, als psychosoziale Faktoren u. a. Selbstwirksamkeitserwartungen und fehlende soziale Unterstützung und als soziokulturelle Faktoren Körperbild sowie Sozialisation von Ernährungsgewohnheiten. Interventionen müssen die Vielzahl der Einflussfaktoren berücksichtigen, dazu werden best practice-Beispiele sowie ein Kriterienkatalog für gute Praxis in der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen vorgestellt.

Schlüsselwörter: Sozialstatus, Schicht, soziale Ungleichheit, Ernährung, Gesundheitsförderung

Summary

Social status and nutritional quality: evidence, causes and interventions

Christine Muff, Simone Weyers, Düsseldorf

Persons of low social status frequently have less favourable nutrition than persons of higher social status. The causes of this unequal nutritional quality are complex. Socioeconomic and structural factors may include the lack of financial resources, lack of food due to poverty and the influences of the residential environment. Possible psychosocial factors include perceived self-efficacy and lack of social support. Socio-cultural factors include body image and socialisation of eating habits. Interventions must consider the large number of factors. The authors present best practice examples and a criteria catalogue for good practice in health support for socially disadvantaged persons.

Key words: social status, social inequality, nutrition, health promotion

Ernährungs Umschau 57 (2010) S. 84–89