

Der Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit

Macht Armut übergewichtig?

Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass zwischen der Bildung, der relativen Einkommens- und Ressourcenverteilung, dem Grad sozialer Anerkennung und dem Gesundheitszustand ein Zusammenhang besteht. Obwohl sich der Gesundheitszustand gesamtgesellschaftlich gesehen zum Positiven verändert, verbessert sich die Situation der sozial schlechter gestellten Menschen nur langsam. Die Frage, ob sich Menschen unterer sozialer Schichten ungesünder verhalten oder das geringere Einkommen Grund dafür ist, dass sie unter ungesünderen Bedingungen leben, ist so einfach nicht zu beantworten.

Gesundheitliche Ungleichheiten sind kein neues Phänomen. Sie wurden bereits im 19. Jahrhundert in England, Frankreich und Deutschland beschrieben. Durch die Verbesserung des Lebensstandards und durch Public-Health-Maßnahmen konnten sie verringert werden. Seit Ende des 20. Jahrhunderts kommt es allerdings wieder zu einer gegenläufigen Entwicklung.

Die Kluft zwischen besser und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften – insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung –, aber auch die Kluft zwischen ärmeren und reicheren Ländern nimmt zu. Zum anderen ist Chancengleichheit ein Querschnittsthema, das zwischen den Generationen (z. B. durch

die Verursachung von Umweltrisiken und deren gesundheitliche Folgen bedingt) und zwischen den Geschlechtern in der gesundheitlichen Versorgung auftritt. Chancengleichheit bestünde dann, wenn Menschen unabhängig von sozialem Status, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht gesund bleiben und sind [11, 15].

Begriffsbestimmungen

Soziale Benachteiligung entsteht dort, wo die Ausgangsbedingungen für die persönliche und soziale Entwicklung beeinträchtigt sind. Diese sind abhängig von der gegebenen gesellschaftlichen Situation und den damit verbundenen individuellen Möglichkeiten. Zu den Indikatoren für die Beurteilung von sozialen Ungleichheiten werden Einkommenshöhe (Wohlstand, Geld), beruflicher Status/Prestige/Macht (Stellung in der Berufshierarchie) und Schulbildung (Bildungsabschluss) gezählt. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass jeder dieser Indikatoren Schwächen aufweist: So werden etwa im Hinblick auf die Einkommenshöhe häufig unvollständige Angaben gemacht. Gilt die Schulbildung als relativ stabiler Indikator, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die ältere Bevölkerung in der Regel eine einfachere Schulbildung hat als die jüngere und bei einer Erhebung das Alter und nicht die Stellung in der Bildungshierarchie zum Ausdruck kommt [10].

Auch der Indikator Berufsstellung ist nur bedingt anwendbar, da beispielsweise die Gruppe der Rentner, der Studenten und Studentinnen oder der Arbeitslosen nur mit „... fragwürdigen Hilfskonstruktionen den einzelnen Berufsstatusgruppierungen zugeordnet werden“ kann [10].

Mit Hilfe der oben genannten Faktoren werden mittels statistischer Verfahren Schichtindizes gebildet, z. B. der Index von J. Winkler oder der Index von U. Helmer. Diese unterscheiden sich in der Bewertung der einzelnen Indikatoren. Der „Soziale-Schicht-Index“ eignet sich gut, um sich ein umfassendes Bild vom sozialen Status zu machen und allgemeine Aussagen über Zusammenhänge von Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht und Armut zu treffen [17].

„Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitszustand – bzw. zwischen Bildung, beruflichem Status und/oder Einkommen einerseits und Mortalität und Morbidität andererseits – wird als ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ bezeichnet“ [17].

Ein Abstieg in der sozialen Hierarchie geht mit einem Anstieg der Mortalität und Morbidität einher. Dieser Zusammenhang wird auch als sozialer Gradient bezeichnet. Umgekehrt verbessert sich die Gesundheit mit dem Aufstieg in der sozialen Hierarchie.

Nach dem gleichnamigen Vortrag der Autorin beim Symposium „Ernährungskompetenz durch Ernährungsbildung“ der ÖGE und AGEV, 28.06.2007, Wien.

S. Schuch

Der Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit. Macht Armut übergewichtig?

Zusammenfassung

Gesundheitliche Ungleichheiten nehmen zu, wobei vor allem Kinder und Jugendliche eine Risikogruppe darstellen. Obwohl zahlreiche Studien und Arbeiten belegen, dass in Industrieländern mit sinkendem sozioökonomischem Status Morbidität und Mortalität ansteigen, ist über die Ursachen wenig bekannt. Problematisch ist, dass die meisten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme eine starke Mittelschichtorientierung aufweisen und von benachteiligten Statusgruppen seltener in Anspruch genommen werden. Umso mehr sind Experten und Expertinnen gefordert, ihre gesundheitsför-

dernden Maßnahmen so auszurichten, dass die gesundheitliche Chancengleichheit erhöht und nicht durch mittelschichtorientierte Präventionsansätze die Chancenungleichheit verstärkt wird. Dafür braucht es eine Abkehr von stark verhaltensorientierten Ansätzen hin zu Maßnahmen, die settingorientiert strukturelle Bedingungen verbessern und gleichzeitig soziale Ungleichheiten reduzieren.

Schlüsselwörter

Gesundheitliche Ungleichheit · Kinder und Jugendliche · Armut · Prävention · Chancengleichheit

Effects of social inequality on public health. Does poverty cause obesity?

Abstract

Health inequalities are increasing, especially among children and adolescents. Although there is strong evidence for relationships between socioeconomic status, mortality, and morbidity, little is known about the causes. Another problem is that most health-promoting programs focus on the middle class and are not adopted by underprivileged people. Experts need to take this into account when

developing new health-promoting programs. There is a need for improvement at the structural level and less concentration on behavioural changes.

Keywords

Health inequalities · Children and adolescents · Poverty · Prevention · Equal opportunity

Die gesundheitliche Situation wird vor allem durch die Kerndimensionen vertikaler sozialer Ungleichheit (Bildung, Beruf, Einkommen) beeinflusst. Andere Dimensionen – dazu zählen Alter, Geschlecht, Migration, Familiengröße und Wohnort – werden unter dem Begriff der horizontalen Ungleichheit zusammengefasst [22].

Bauer [2] weist darauf hin, dass „als das Ergebnis eines tiefgreifenden Mangels an ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die somatische und psychische Entwicklung der Heranwachsenden beeinträchtigt wird“.

Wird der Gesundheitszustand mit dem Grad der Armut in Beziehung gesetzt, gilt es zu beachten, dass der Begriff Armut auf verschiedene Weise definiert werden kann. Je nach Bezugsgröße unterscheidet man zwischen absoluter Armut (Fehlen lebensnotwendiger Grundlagen, wie z. B. Essen, Kleidung, Wohnung) und relativer Armut (soziale Benachteiligung im Verhältnis zum mittleren gesellschaftlichen Lebensstandard). Wird in Europa von Armut gesprochen, ist überwiegend eine relative Armut gemeint.

Zur Abgrenzung unterscheidet man des Weiteren:

- relative Einkommensarmut (Ressourcenansatz, d. h. das monatliche Haushaltsnettoeinkommen wird zugrunde gelegt),
- Unterversorgungsarmut (mehrdimensionaler Lebenslagenansatz, d. h. kumulative Unterversorgung und verminderte soziokulturelle Teilhaben, z. B. in den Bereichen Arbeit, Ausbildung, Wohnen, Freizeit),
- Deprivationsarmut (Lebensstandardsansatz, d. h. Fehlen von Dingen, die dem gesellschaftlichen Lebensstandard zugeordnet werden) sowie
- Sozialhilfeabhängigkeit (politisch-normativer Ansatz) [11].

Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten

Keiner der folgenden Erklärungsansätze kann gesundheitliche Ungleichheiten vollständig begründen, jedoch Teile davon begreiflich machen:

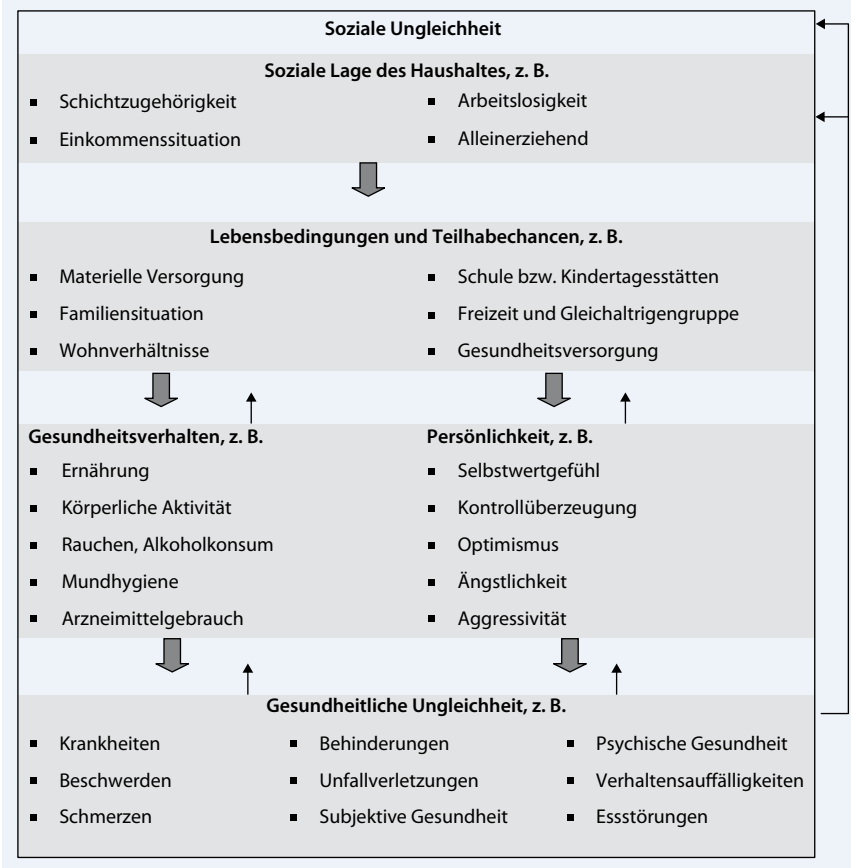


Abb. 1 ▲ Mehrebenenmodell zur Systematisierung bisheriger Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit in der heranwachsenden Generation. Nach Lampert u. Schenk (2004) in [12]

Selektionsprozess. Es wird angenommen, dass Gesundheit den sozioökonomischen Status beeinflusst und nicht umgekehrt, d. h., Gesunde steigen sozial auf, Kranke sozial ab. Gesundheit wird als „feststehender Besitz“ betrachtet, der nicht durch sozioökonomische Bedingungen beeinflusst wird.

Materieller Erklärungsansatz. Ein niedriger sozioökonomischer Status verursacht eine größere Gesundheitsgefährdung, da Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status nicht nur geringere finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen als Personen mit höheren, sondern sie häufig auch unter gesundheitsschädlicheren Bedingungen leben und arbeiten.

Kulturell-verhaltensbezogener Erklärungsansatz. Dieser geht davon aus, dass Personen mit niedrigem Berufsstatus und niedriger Bildung eher gesundheitsschädliche Verhaltensweisen aufweisen als Personen mit hohem. Es darf jedoch nicht au-

ßer Acht gelassen werden, dass Verhalten immer in einem sozialen Kontext stattfindet und Entscheidungen nicht leichtfertig getroffen werden.

Soziale Ungleichheiten in der Versorgung. Es wird davon ausgegangen, dass es für Menschen bestimmter sozialer Gruppen, Regionen und ethnischer Minderheiten Unterschiede im Zugang zu und der Qualität von Versorgungsleistungen gibt. Dieser Ansatz ist umstritten. Richter u. Hurrelmann [22] weisen darauf hin, dass „... Zugang und Qualität von Versorgungsleistungen – auch wenn sie wichtig für die Behandlung von Krankheiten sind – zunächst wenig Einfluss auf Neuerkrankungen haben, wo sich ähnliche Ungleichheiten zeigen“.

Psychosozialer Erklärungsansatz. Er zieht neben materiellen Faktoren auch psychologische und psychosoziale Faktoren wie einschneidende Lebensereignisse, chronische Alltagsbelastungen oder berufliche Gratifikationskrisen als Erklä-

rung für gesundheitliche Ungleichheiten heran.

Erklärungsmodell von Mackenbach. Dieses Modell postuliert, dass der sozioökonomische Status keinen direkten Einfluss auf die Gesundheit hat, sondern über verschiedene Risikofaktoren (materielle, verhaltensbezogene, psychosoziale) wirkt.

Lebenslaufperspektive. Dieser Erklärungsansatz geht davon aus, dass ein lebenslanger niedriger sozioökonomischer Status deutlich negativere Auswirkungen auf die Gesundheit hat, als wenn dies nur in einer Lebensphase der Fall ist und gesundheitliche Ungleichheiten als Akkumulation von benachteiligenden Lebensbedingungen gesehen werden können. Folglich kommen Gesundheitsdeterminanten im Kindesalter eine bedeutende Rolle zu [20, 22].

Lampert u. Schenk haben ein Modell entwickelt (▣ **Abb. 1**), das die verschiedenen Ebenen gesundheitlicher Ungleichheiten – die Makroebene (soziale Strukturen und gesellschaftliche Probleme), die Mesoebene (Lebenskontext und Versorgungsbereiche) und die Mikroebene (Persönlichkeit und individuelles Verhalten) – zueinander in Beziehung setzt. Das Zusammenspiel der Ebenen entscheidet darüber, in welchem Ausmaß soziale und gesundheitliche Ungleichheit vorliegt. Das Modell zeigt außerdem die vielfältigen Ansatzmöglichkeiten, Ressourcen zu stärken und zu fördern [12].

Armut und Ernährung

Einen Überblick über die Vielzahl von Faktoren, wie Verfügbarkeit und Zugang zu Lebensmitteln, Essverhalten, Haushaltseinkommen, welche die Lebensmittelauswahl und Nahrungsaufnahme beeinflussen, gibt ▣ **Abb. 2**.

Selbst wenn Menschen ärmer werden, versuchen sie ihre Essgewohnheiten beizubehalten. Sehr ungern werden Traditionen, wie z. B. Festessen, aufgegeben. Veränderungen werden am ehesten beim Preis, bei der Qualität und beim Verarbeitungsgrad der Lebensmittel in Kauf genommen. Gefragt ist, was „voll macht“, denn Ziel ist es, nicht hungrig zu sein.

Produkte für eine *gesunde* Ernährung werden für viele Familien, die in Armut leben und kaufen, was billig und lagerfähig ist, zu einem Luxusartikel. Abgesehen davon essen arme Menschen weniger frisches Obst und Gemüse und mehr fette und süße Produkte.

Bei in Armut lebenden Kindern gelten folgende Ernährungsgewohnheiten als gut belegt:

- hoher Zuckerkonsum,
- hoher Konsum an gesättigten Fetten,
- wenig Ballaststoffe, Vitamine und Mineralstoffe,
- weniger Vollkornbrot, Obst und Gemüse,
- häufiger Limonaden, Chips und Fast Food.

Es wäre jedoch ein Trugschluss, zu behaupten, dass arme Familien weniger an gesunder Ernährung interessiert sind, als der Rest der Bevölkerung. Nicht jeder, der arm ist, hat einen ungesunden Lebensstil oder einen schlechten Gesundheitszustand. Richter warnt daher vor unreflektierten Vorverurteilungen, denn es gibt Belege, dass sich Ernährungsumfang und -qualität in Haushalten, die Sozialhilfe empfangen, vor allem in der zweiten Monatshälfte verschlechtern, wenn das Geld knapp wird. Zudem versuchen Mütter aus Armutshaushalten, die armutsbedingten Belastungen von ihren Kindern fernzuhalten, indem sie selbst beispielsweise auf Nahrung verzichten, um ihren Kindern eine ausreichende Versorgung zu gewähren [3, 4, 5, 8, 15, 21].

Sozioökonomischer Status und Übergewicht

Es ist gut belegt, dass Übergewicht und Adipositas in den Industrieländern mit sinkendem sozioökonomischem Status zunehmen und Unterschiede im BMI bereits in der frühen Kindheit durch den sozioökonomischen Status geprägt werden [1].

So zeigen die Ergebnisse der Kiel Obesity Prevention Study (KOPS), dass sich der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Übergewicht zwischen dem 5. und 6. Lebensjahr ausbildet und die Prävalenz des Übergewichts um so höher ist, je niedriger der sozioökonomische Status ist [13].

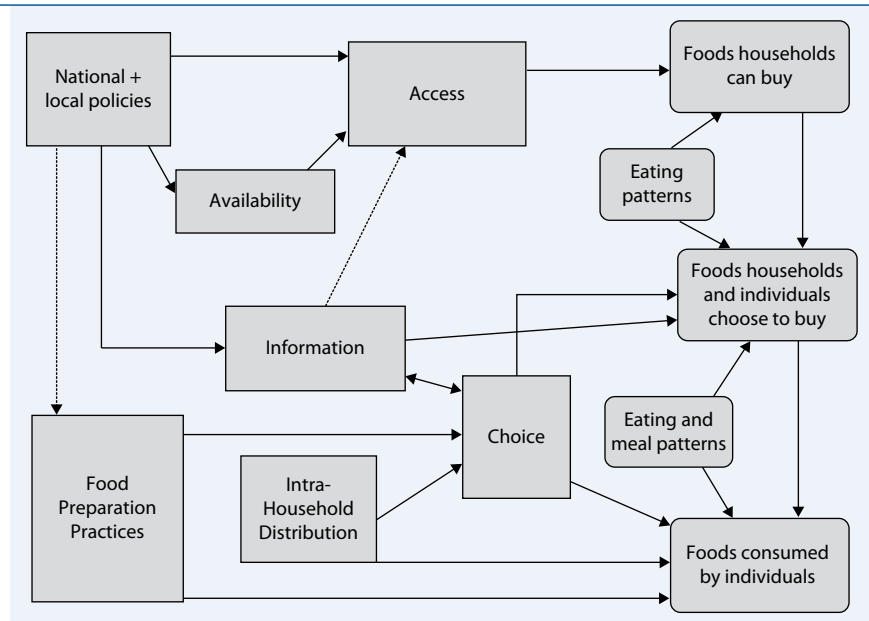


Abb. 2 ▲ Faktoren, welche die Lebensmittelauswahl und Nahrungsaufnahme beeinflussen [4]

Auch die aktuellen Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) machen deutlich, dass Kinder aus sozial schwächeren Familien und Kinder mit Migrationshintergrund besonders häufig von Adipositas und Übergewicht betroffen sind. Auch weisen sie einen ungünstigeren Lebensstil auf, z. B. im Hinblick auf die Lebensmittelauswahl (weniger Obst und Gemüse), Ernährungsmuster, körperliche Aktivität und Inaktivität [23].

Vermutlich spielen hierfür nicht nur Lebensstilfaktoren eine Rolle, sondern auch ungleich verteilte Möglichkeiten der Partizipation, fehlende Selbstachtung und ein Mangel an personalen, familialen und außerfamilialen Schutzfaktoren (z. B. soziale Netzwerke, gemeinsame Familienaktivitäten, Bewältigungskompetenzen) [19].

Geht man davon aus, dass ein Teil der höheren Prävalenz von Übergewicht in niedrigeren sozioökonomischen Schichten auf unterschiedliches Gesundheitsverhalten zurückzuführen ist, dann stellt sich die Frage, welche Verhaltensweisen sozio-kulturell unterschiedlich verteilt sind. In ihrem Modell (■ Abb. 3) veranschaulichen Ball u. Crawford [1], welche Einflussfaktoren dabei eine Rolle spielen.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Angebote der Gesundheitsförderung müssen sich die Kritik gefallen lassen,

dass sie eine „soziale Selektivität“ besitzen und insbesondere mittlere Sozialschichten von den verhaltensorientierten profitieren, während die Herstellung „gesundheitsfördernder sozialer Kontexte“ vernachlässigt wird [2].

Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten sollten daher folgende Aspekte umfassen:

- die Stärkung individueller Kompetenzen,
- die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,
- eine Verbesserung der Zugänge zu den Gesundheitsangeboten und Gesundheitsdiensten und
- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik [20].

Erfahrungen in der Beratungspraxis zeigen, dass sich der Zugang zu sozial benachteiligten Müttern und Vätern, die häufig alleinerziehend sind und/oder Migrationshintergrund haben, schwierig gestaltet und durch gegenseitige Schuldzuweisung belastet ist. Es existieren Schwellenängste und Sprachprobleme [9, 12].

Eine Studie der BZgA [16] zum Inanspruchnahmeverhalten präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche identifiziert folgende Barrieren für die Inanspruchnahme präventiver Angebote:

- Misstrauen gegenüber Behörden,
- Angst vor Stigmatisierung,

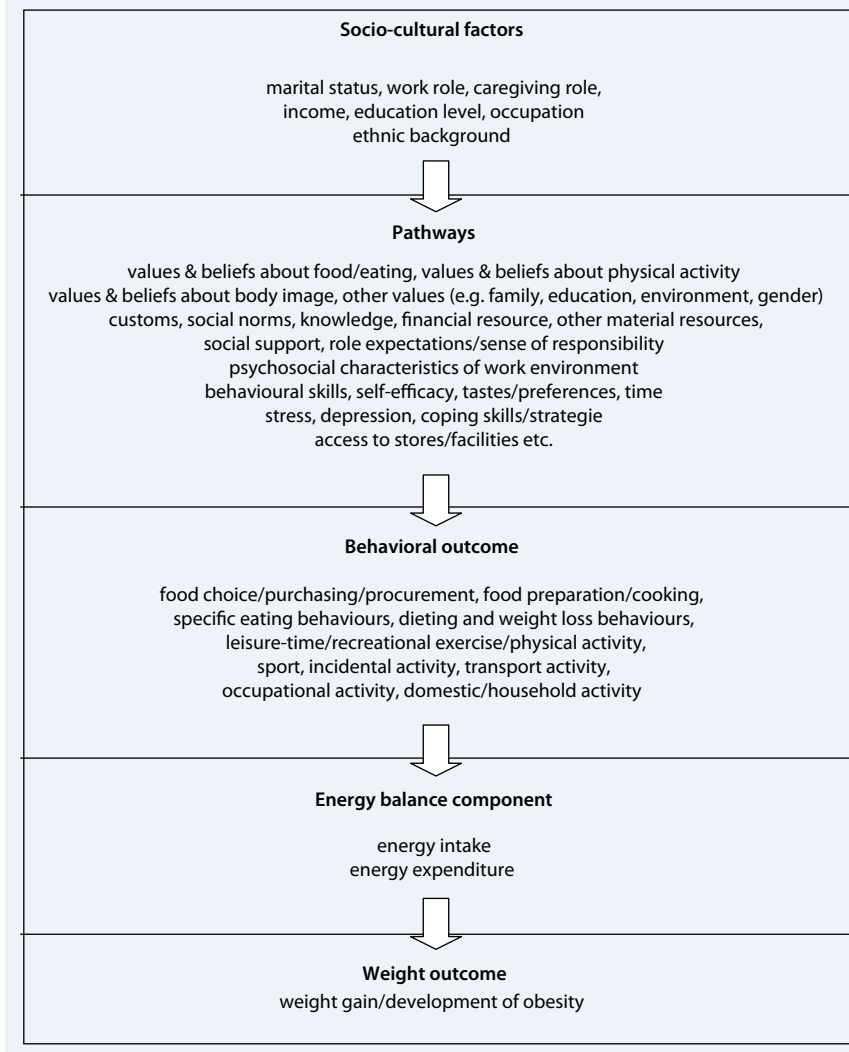


Abb. 3 ▲ Wirkungswege von soziokulturellen Faktoren auf die Entstehung von Gewichtszunahme und Adipositas. Nach [1]

- Distanzempfinden zu Organisationen und akademisch gebildeten Personen,
- Nichtbeherrschen der Landessprache,
- kurzfristig ausgerichtete Lebensplanung,
- mangelhaftes Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge.

Weitere Einflussfaktoren sind

- kognitive Fähigkeiten,
- Kommunikationsfähigkeit und
- Durchsetzungskraft.

Auf schulischer Ebene zeigt sich, dass Kinder, die wenig elterliche Unterstützung bekommen, Schultypen besuchen, die diesen Förderbedarf nicht kompensieren können – im Vergleich zu statushöheren Gruppen, die nicht nur zu Hause, sondern auch in der Schule Unterstützung erfahren. An-

sätze zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten erfordern umfassende Bedarfsanalysen, um den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht zu werden [2].

Derzeit werden verschiedene Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten diskutiert, die zum Großteil auf die Veränderung des individuellen Verhaltens abzielen, jedoch außer Acht lassen, dass gesundheitliche Ungleichheit nicht nur ein gesundheitspolitisches Thema ist, sondern viele Bereiche wie Sozial-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik berührt. Gefordert wird daher, die Programme verstärkt auf strukturelle Bedingungen zu fokussieren [22].

Ein wesentlicher Ansatz zur Förderung der Chancengleichheit ist der Setting-Ansatz. So sollten gesundheitsfördernde und auf Effektivität und Nachhaltigkeit ange-

legte Projekte an Schulen gleichzeitig mit Änderungen der Lehr- und Lernprozesse einhergehen. Sie sollten darauf abzielen, dass Schüler und Schülerinnen in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Das heißt, die Kinder und Jugendlichen sollen Vertrauen in die eigene Tüchtigkeit entwickeln, Zutrauen zu ihren eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen bekommen sowie lernen, Aufgabenanforderungen wirksam zu bewältigen. Ein weiteres Ziel sollte es sein, die Partizipation der Schüler und Schülerinnen an Aktivitäten zu fördern. Schulen sind daher gefordert, den Kindern und Jugendlichen nicht nur Wissen, sondern auch Kompetenzen wie z. B. Selbstständigkeit, kritisches Denken oder Kooperationsfähigkeit zu vermitteln. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Weiterqualifizierung der Pädagogen und Pädagoginnen [6, 12].

Die BZgA hat einen Katalog an „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt, der Projektträgern als Richtschnur dienen soll. So lautet eine Empfehlung, dass Projekte niederschwellig, aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend angelegt sein sollen und einen hohen Grad an Beteiligungsmöglichkeiten bieten. Das Risiko, dass Ungleichheiten durch das Projekt oder die Maßnahme vergrößert werden, sollte minimiert werden [14].

Fazit

Richter u. Hurrelmann [22] weisen darauf hin, dass die Forschung und Praxis zur sozial ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen vor drei großen Herausforderungen stehen:

- der Beschreibung,
- der Erklärung und
- der Reduzierung sozialer Ungleichheiten.

Es mangelt derzeit an Forschungsarbeiten, die den relativen Erklärungsgehalt unterschiedlicher Determinanten (z. B. ungünstige materielle Lebensbedingungen, gesundheitsrelevantes Verhalten und psychosoziale Faktoren) und Mechanismen zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten beschreiben. Experten und Expertinnen sind aufgerufen, Gesundheitsförderungs- und Prä-

ventionsangebote so zu gestalten, dass diese auch Zielgruppen zugänglich werden, die bisher kaum oder schwer erreicht werden. Zugangsbarrieren müssen abgebaut und attraktive Alternativen aufgezeigt werden. Im Bereich Ernährung muss die Botschaft lauten: Gesundes Essen muss nicht teuer sein. Die Menschen benötigen aber nicht nur die entsprechenden Informationen, sondern müssen auch befähigt sein, die richtigen Entscheidungen zu treffen. Das Ziel muss es sein, die bestmögliche Ernährung unter den gegebenen Lebensverhältnissen anzustreben [14, 19].

Korrespondenzadresse

Dr. Sonja Schuch



Schubertstraße 24
3385 Prinzersdorf
Österreich
sonja@schuch.tk

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Ball K, Crawford D (2005) The role of socio-cultural factors in the obesity epidemic. In: Crawford D, Jeffery RW (Hrsg) Obesity Prevention and Public Health. Oxford University Press, New York, pp 37–53
- Bauer U (2005) Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 60–68
- Blackburn C (Hrsg) (1995) Poverty and Health: working with families. Food and poverty. Open University Press, Philadelphia, pp 53–76
- De Henauw S, Matthys C, De Backer G (2003) Socio-economic status, nutrition and health. Arch Public Health 61: 15–31
- Dowler E, Barlösius E, Feichtinger E, Köhler BM (1997) Poverty, Food and Nutrition. In: Köhler BM, Feichtinger E, Barlösius E, Dowler E (Hrsg) Poverty and food in welfare societies. edition sigma. Rainer Bohn Verlag, Berlin, S 17–57
- Dür W, Fürth K, Griebler R (2006) Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- EuroHealthNet (Hrsg) (2006) Position Paper on „Tackling Health Inequalities“. EuroHealthNet, Brüssel
- Heindl I (2005) Gesundheit und soziale Zugehörigkeit. Probleme der Vermittlung in Bildung und Beratung. In: Hesecker H (Hrsg) Neue Aspekte der Ernährungsbildung. Umschau Zeitschriftenverlag, Frankfurt am Main, S 24–28
- Holz G, Richter A, Wüstendörfer W, Giering D (2005) Zukunftschancen für Kinder!? Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. AWO Bundesverband e. V., Bonn
- Hradil S (2006) Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 34–52
- Klocke A, Lampert T (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4, Berlin
- Lampert T, Richter M (2006) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 199–219
- Langnäse K, Mast M, Danielzik S et al. (2003) Socioeconomic gradients in body weight of German children reverse direction between the ages of 2 and 6 years. J Nutr 133: 789–796
- Lehmann F, Geene R, Kaba-Schönstein L et al. (2006) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
- Mackenbach JP (2006) Health Inequalities: Europe in Profile. Expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. URL: <http://www.dh.gov.uk/publications>
- Meurer A, Siegrist J (2005) Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 25. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern
- Mielck A, Graham H, Bremberg S (2002) Kinder – eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mackenbach JP, Bakker M (Hrsg) Reducing inequalities in health: a European perspective, London New York, pp 144–168
- Müller MJ, Danielzik S, Pust S, Landsberg B (2006) Sozioökonomische Einflüsse auf Gesundheit und Übergewicht. Ernährungs-Umschau 53: 212–217
- Naidoo J, Wills J (2003) Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Richter A (2004) Frühe Armut. Prävention durch Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. In: Richter A, Holz G, Altgeld T (Hrsg) Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. ISS-Pontifex, 2/2004: 1–11
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2006) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Gesundheitliche Ungleichheiten: Ausgangsfragen und Herausforderungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 11–31
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin. URL: http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/elementbroschuere/index.4ml

Weitere Informationen zum Thema

- <http://www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de> – Portal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Thema gesundheitliche Ungleichheiten mit einer umfangreichen Projektdatenbank und „Good-Practice“-Projekten in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- <http://www.health-inequalities.eu> – Informationen und Datenbank zum EU-Projekt „Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe“
- Mackenbach J, Kunst A, Stirbu I et al. (2007) Tackling Health Inequalities in Europe. An integrated approach. EUROTHINE. Final Report. Erasmus University Medical Center, Department of Public Health, Rotterdam (Download unter <http://www.health-inequalities.eu>)
- Mathieson A, Koller T (2006) Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. WHO HBSC-Forum 2006. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (Download unter <http://www.euro.who.int/Document/e89375.pdf>)