

Institut für Medizinische Soziologie • Postfach 10 10 07 • 40001 Düsseldorf

Assistenz des
Ausschusses für Schule und Bildung

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE
**NEUDRUCK
STELLUNGNAHME
17/2225**

Alle Abg

Ansprechpartner:
Dr. Simone Weyers

Durchwahl:
0211 81-06493

E-Mail:
weyerss@uni-duesseldorf.de

Datum:
14.01.2020



Institutsleiter:

Prof. Dr. Nico Dragano
E-Mail:
dragano@med.uni-duesseldorf.de

Sekretariat:

Susanne Wrenger-Küfen
Tel. (0211) 81-06501

E-Mail: susanne.wrenger-kue-
fen@med.uni-duesseldorf.de

Website des Instituts:

<https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/kliniken-institutezentren/institut-fuer-medizinische-soziologie>

Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 17/7364 „Gesundes Essen ist Kinderrecht“

Anhörung am 5. Februar 2020: Stellungnahme

Expertise

Dr. Simone Weyers, MME

Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum - Centre for Health and Society (CHS), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. Weyers leitet die Arbeitsgruppe Präventionsforschung am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Sie beschäftigt sich wissenschaftlich mit der Frage, inwiefern und warum sozial benachteiligte Personen häufiger einen gesundheitsschädigenden Lebensstil ausüben und wie Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit gestaltet und evaluiert werden können. Hierbei legt sie einen Schwerpunkt auf Ernährung und Bewegung. Zu diesen Themen unterrichtet Dr. Weyers im Studiengang Humanmedizin und im Weiterbildungsstudiengang Master of Science in Public Health.

Stellungnahme

Internationale Studien belegen: Kinder sozioökonomisch benachteiligter Familien werden häufiger krank und weisen häufiger Risikofaktoren für spätere Erkrankungen auf. Im Vergleich zu Kindern besser gestellter Familien haben sie häufiger eine schlechte subjektive Gesundheit, sie sind häufiger übergewichtig und haben mehr körperliche oder seelische Beschwerden. Hinzu kommt ein höheres Risiko für körperliche Inaktivität oder ungünstige Ernährungsweisen (Inchley et al. 2016; Woolfenden et al. 2013; Pillas et al. 2014; Marmot 2014; Langnäse et al. 2002; Reiss 2013).

Besucheranschrift:

Moorenstraße 5,
Geb. 17.11, Ebene 02
40225 Düsseldorf

Auch für Deutschland zeigen aktuelle Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS, Welle 2) deutliche gesundheitliche Ungleichheiten.

Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status

- haben häufiger einen **schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand** als Gleichaltrige aus der mittleren bzw. hohen Statusgruppe (**7,7 %** gegenüber 4,1 % bzw. 1,4 %)
- haben häufiger **gesundheitsbezogene Einschränkungen** (**5,8 %** gegenüber 2,8 %)
- ernähren sich häufiger ungesund (**zuckerhaltige Erfrischungsgetränke 30,5 %** gegenüber 20,2 % bzw. 7,1 %; **täglich frisches Obst 47,2 %** gegenüber 55,7 % bzw. 65,4 %)
- treiben **seltener Sport** (**58,0 %** gegenüber 74,6 % bzw. 83,1 %) und
- sind häufiger **übergewichtig** (**25,5 %** gegenüber 13,5 % bzw. 7,7 %) oder **adipös** (**9,9 %** gegenüber 5,0 % bzw. 2,3 %) als Gleichaltrige aus der mittleren bzw. hohen Statusgruppe (Kuntz et al. 2018b; Kuntz et al. 2018a).

In modernen Gesellschaften wird das Krankheitsgeschehen im Erwachsenenalter wesentlich vom Gesundheitsverhalten bestimmt (World Health Organization 2009). Angesichts der sozialen Unterschiede beim Gesundheitsverhalten im Kindes-, aber auch im Erwachsenenalter erstaunt es nicht, dass im Prinzip alle Erkrankungen einen sozialen Gradienten aufweisen. Je niedriger der Sozialstatus, desto höher das Erkrankungsrisiko. Und auch die Lebenserwartung ist sozial ungleich verteilt (Hurrelmann und Richter 2009). In Deutschland beträgt der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Arm und Reich 8,4 Jahre bei Frauen und 10,8 Jahre bei Männern (Lampert und Kroll 2014).

Maßnahmen zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheiten sollten bereits im **Kindesalter** ansetzen und v.a. **sozioökonomisch benachteiligte** Kinder einbeziehen. Allerdings zeigt sich in Studien, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien und ihre Kinder entsprechende Angebote zur Förderung gesunder Ernährung, zur Bewegungsförderung oder zur Förderung der Elternkompetenz seltener nutzen als solche höherer Statusgruppen (Telama et al. 2009; Dollman und Lewis 2010; Brophy et al. 2011; Eickhorst et al. 2016; Weyers et al. 2018).

Zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit wird daher auf den **Setting-Ansatz** gesetzt. Dieser hat zum Ziel, die Lebensbedingungen in den Sozialräumen oder „Settings“ der Menschen gesundheitsgerecht zu gestalten. Kita und Schule sind wesentliche Sozialräume oder „Settings“ für Kinder, ihre gesundheitliche Entwicklung und somit auch für gesunde Ernährung. Bei der Umsetzung- des Setting-Ansatzes ist allerdings darauf zu achten, gesundheitsfördernde Strukturen (beispielsweise ein gesundes Frühstück) nicht „von oben herab“ zu entwickeln, sondern die involvierten Personengruppen (Kinder, Lehrer, Hauswirtschaftskräfte) möglichst an Planung und Umsetzung zu **beteiligen** und ihre **Kompetenzen** (hier zur gesunden Ernährung) zu stärken (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015). Erfolgskriterien und Leuchtturmprojekte zur gesundheitlichen Chancengleichheit können der Praxisdatenbank unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de entnommen werden.

Schlussfolgerung

Auf diesem Sachstand basierend sind folgende Forderungen des vorliegenden Antrages ausdrücklich zu unterstützen:

- Das Themenfeld „Gesunde Ernährung“ in die Lehraus- und Fortbildung als auch die Lehrpläne einzusetzen;
- den finanziellen, baulichen und personellen Rahmen zu schaffen, um Kindern eine gesunde Verpflegung in den Bildungseinrichtungen zukommen zu lassen;
- jedem Kind, unabhängig von seiner Herkunft, ist ein (gesundes) Essen zur Verfügung zu stellen.

Literatur

- Brophy, Sinead; Cooksey, Roxanne; Lyons, Ronan A.; Thomas, Non E.; Rodgers, Sarah E.; Gravenor, Michael B. (2011): Parental factors associated with walking to school and participation in organised activities at age 5. Analysis of the Millennium Cohort Study. In: BMC public health 11, S. 14. DOI: 10.1186/1471-2458-11-14.
- Dollman, James; Lewis, Nicole R. (2010): The impact of socioeconomic position on sport participation among South Australian youth. In: Journal of science and medicine in sport 13 (3), S. 318–322. DOI: 10.1016/j.jsams.2009.04.007.
- Eickhorst, Andreas; Schreier, Andrea; Brand, Christian; Lang, Katrin; Liel, Christoph; Renner, Ilona et al. (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (10), S. 1271–1280. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8.
- Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (Hg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften.
- Inchley, Jo; Currie, Dorothy; Young, Taryn (Hg.) (2016): Growing up unequal. Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being ; Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (Health policy for children and adolescents, No. 7).
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Köln und Berlin.
- Kuntz, B.; Waldhauer, J.; Zeiher, J.; Finger, J.; Lampert, T. (2018a): Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: Journal of Health Monitoring 3 (2), S. 45–63.
- Kuntz, Benjamin; Rattay, Petra; Poethko-Müller, Christina; Thamm, Roma; Hölling, Heike; Lampert, Thomas (2018b): Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: Journal of Health Monitoring (3), S. 19–36. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-076.
- Lampert, T.; Kroll, L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: GBE kompakt 5 (2).
- Langnäse, K.; Mast, M.; Müller, M. J. (2002): Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. In: International journal of obesity 26, 566 EP -. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801956.
- Marmot, Michael (2014): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Pillas, Demetris; Marmot, Michael; Naicker, Kiyuri; Goldblatt, Peter; Morrison, Joana; Pikhart, Hynek (2014): Social inequalities in early childhood health and development. A European-wide systematic review. In: Pediatric Research 76, 418 EP -. DOI: 10.1038/pr.2014.122.
- Reiss, Franziska (2013): Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents. A systematic review. In: Social science & medicine (1982) 90, S. 24–31. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026.
- Telama, Risto; Laakso, Lauri; Nupponen, Heimo; Rimpelä, Arja; Pere, Lasse (2009): Secular trends in youth physical activity and parents' socioeconomic status from 1977 to 2005. In: Pediatric Exercise Science 21 (4), S. 462–474.
- Weyers, Simone; Kreffter, Katharina; Wahl, Stefanie (2018): Soziale Ungleichheit der Inanspruchnahme kommunaler Bewegungsangebote. In: Public Health Forum 26 (4), S. 365–367. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0104.
- Woolfenden, Susan; Goldfeld, Sharon; Raman, Shanti; Eapen, Valsa; Kemp, Lynn; Williams, Katrina (2013): Inequity in child health. The importance of early childhood development. In: Journal of paediatrics and child health 49 (9), E365-9. DOI: 10.1111/jpc.12171.
- World Health Organization (2009): Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO. Geneva.