



Positionspapier

Soziale Ungleichheiten und Diabetes Typ 2

Zusammenfassung:

- Soziale Ungleichheiten fördern chronische Krankheiten und verkürzen das Leben.
- Bei niedrigem sozio-ökonomischem Status besteht ein erhöhtes Risiko für Diabetes Typ 2 und Adipositas.
- Armutsrisikogruppen und Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigen ein ungünstigeres Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Soziale Ungleichheiten verringern den Zugang zu gesunden Lebensmitteln und fördern ungesunde Ernährungsweisen.
- Menschen in benachteiligten Regionen haben ein um 20 Prozent erhöhtes Risiko, von Diabetes Typ 2 und ein um 30 Prozent erhöhtes Risiko, von Adipositas betroffen zu sein (dem wichtigsten Risikofaktor für Diabetes Typ 2).
- Benachteiligte Regionen sind gekennzeichnet durch niedriges Durchschnittseinkommen der Bevölkerung, Arbeitslosigkeit, geringes Beschäftigungs- und Bildungsniveau, geringe kommunale Einnahmen, geringes Sozialkapital, unattraktive oder fehlende Umwelt- und Freizeitmöglichkeiten, ungünstige Beschaffenheit der Wohnumgebung, niedrigere Sicherheit, wahrscheinlich auch hohe Verfügbarkeit von Fast Food und hochverarbeiteten Lebensmitteln, erhöhte Umweltbelastung (Luftverschmutzung, Lärm).
- Nahezu jedes fünfte Kind in Deutschland ist arm.
- Gesund aufwachsen wird durch soziale Ungleichheit erschwert.
- Kinder und Jugendliche, die von Armut betroffen sind, haben ein ungünstiges Ernährungsverhalten, treiben seltener Sport, sind etwa doppelt so häufig übergewichtig wie Gleichaltrige der hohen Statusgruppe, haben vermehrt psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Beschwerden, sind häufiger Passivrauchbelastungen ausgesetzt oder rauchen selbst und haben dadurch langfristig auch ein erhöhtes Risiko für Diabetes Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- In unserer alternden Bevölkerung wird die Prävalenz des Diabetes Typ 2 weiter zunehmen; Armut und soziale Ungleichheiten wachsen – insgesamt besteht deshalb eine schlechte Prognose für die Bekämpfung der Volkskrankheit Diabetes Typ 2.
- Das neue Präventionsgesetz verfolgt keinen „Health-in-all-policies-Ansatz“ und lässt den nötigen Paradigmenwechsel hin zur Verhältnisprävention vermissen – das nationale Gesundheitsziel „Diabetes Typ 2 verhindern“ und das WHO-Ziel „Die Zunahme von Adipositas und Diabetes (auf dem Stand von 2010) stoppen“ wird deshalb vermutlich nicht erfolgreich umgesetzt werden können.
- Eine nationale Diabetesstrategie ist notwendig und sollte auf der Ebene von Landes-Diabetesplänen strukturell und individuell bedingte gesundheitliche Ungleichheiten berücksichtigen.

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



Soziale Ungleichheiten fördern chronische Krankheiten und verkürzen das Leben

„Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften das Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Unter gesundheitlicher Chancengleichheit versteht man die Herstellung gleicher Chancen, gesund zu bleiben, unabhängig z.B. von sozialem Status, nationaler Zugehörigkeit, Generation, Alter und Geschlecht.“ (1). Die gesundheitliche Chancengleichheit umfasst einen guten Zugang für die Gesamtbevölkerung zu einem ausgebauten, primären Gesundheitsversorgungssystem, eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie eine Verminderung von Gesundheitsrisiken (1).

Die Notwendigkeit, soziale Ungleichheiten zu mindern oder zu beseitigen, ergibt sich aus dem Gerechtigkeitsprinzip gemäß Art. 3 des Grundgesetzes, demzufolge in Deutschland keine systematische Benachteiligung von Personen bestehen soll (2).

Zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage besteht ein enger Zusammenhang. In Deutschland gibt es erhebliche soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung (3). Bei niedrigem sozioökonomischem Status (Einkommen, Bildung, beruflicher Status) besteht ein höheres Sterberisiko und die Lebenserwartung ist geringer. Menschen in der niedrigsten Einkommensgruppe leben 8-10 Jahre kürzer als Menschen der höchsten Einkommensgruppe, gemessen zum Zeitpunkt der Geburt (2). Armutsrisikogruppen und Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigen ein ungünstigeres Ernährungs- und Bewegungsverhalten (4,5,6).

Erhöhtes Risiko für Diabetes Typ 2 bei niedrigem sozio-ökonomischem Status

Im Vergleich zu Personen mit mittlerem und hohem schätzen Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein und erkranken häufiger an Diabetes Typ 2. Zudem zeigen sie ein erhöhtes Risiko für eine depressive Symptomatik, Adipositas und körperliche Inaktivität, sie rauchen mehr, haben häufiger Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen – diese sind wiederum Risikofaktoren für die Entstehung eines Diabetes Typ 2 (6).

Auch die Ernährung von Armut Gefährdeter ist qualitativ schlechter als in bessergestellten Haushalten (5). Bei geringem Einkommen erfordert eine gesundheitsförderliche Ernährung auch deutlich mehr haushälterische Kompetenzen als bei durchschnittlichem Einkommen (5), an Gesundheitskompetenzen mangelt es jedoch grundsätzlich bei niedrigem sozio-ökonomischem Status. Armutsgefährdete verzehren weniger Obst, Fisch und Wasser sowie deutlich mehr Limonaden und tendieren insgesamt mehr zu Lebensmitteln mit einem günstigen Preis-Mengenverhältnis (4, 5). Dies sind auch in Deutschland eher kostengünstige Lebensmittel mit hoher Energiedichte und ungünstigem Nährwertprofil – zu fettreich, zu süß und zu salzig (7). Von Armut gefährdete Frauen verzehren auch weniger Gemüse, von Armut gefährdete Männer mehr tierische Produkte (Milch, Milchprodukte, Fleisch). Mit Berücksichtigung von Schulbildung, Ernährungswissen, Alter und Geschlecht hat das Armutsrisiko

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



eine geringere Bedeutung für den Lebensmittelverzehr – Ernährungsbildung ist also wichtig. Unabhängig von Schulbildung und Ernährungswissen konsumieren Erwachsene mit Armutsrisiko jedoch mehr Streichfette und Eier sowie Limonaden und weniger Wasser (5). Der Konsum von zuckergesüßten Limonaden ist ein eigenständiger Risikofaktor für die Entstehung von Adipositas und Diabetes Typ 2 (8, 9, 10). So erhöht der tägliche Konsum von mindestens einem süßen Softdrink bereits das Risiko für Typ-2-Diabetes um 20 Prozent (8). Es ist deshalb davon auszugehen, dass soziale Ungleichheiten den Zugang zu gesunden Lebensmitteln verringern und ungesunde Ernährungsweisen fördern.

Erhöhtes Risiko für Diabetes Typ2 in benachteiligten Regionen

Die Prävalenz des Diabetes Typ 2 folgt nicht nur einem sozioökonomischen, sondern auch einem sozio-geografischen Gefälle (Nordost-Süd) (11, 12, 13, 14). Menschen, die in benachteiligten Regionen leben, erkranken häufiger an Diabetes Typ 2 und Adipositas (14). Dies gilt auch unabhängig vom individuellen Sozialstatus der Bewohner. Benachteiligte Regionen sind gekennzeichnet durch Faktoren, wie: niedriges Durchschnittseinkommen der Bevölkerung, Arbeitslosigkeit, geringes Beschäftigungs- und Bildungsniveau, geringe kommunale Einnahmen, geringes Sozialkapital, ungünstige Beschaffenheit der Wohnumgebung, niedrigere Sicherheit (13, 14), vermutlich auch erhöhte Umweltbelastung (Luftverschmutzung, Lärm), unattraktive Umwelt- und Freizeitmöglichkeiten, hohe Verfügbarkeit von Fast Food und hochverarbeiteten Lebensmitteln. Bewohner in den Gebieten mit der höchsten Deprivation haben eine um 20 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, an Diabetes Typ 2 und eine um 30 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu erkranken, verglichen mit Personen in den am wenigsten benachteiligten Regionen (14, 15). Hohe regionale Deprivation ist bei Frauen sogar ein unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten von Diabetes Typ 2 und Adipositas, bei Männern für Adipositas (14). Die Diabetesprävalenz schwankt zwischen 4,3 Prozent in bessergestellten (Hamburger Elbchaussee) bis 13,5 Prozent in deprivierten Regionen (z.B. Brandenburg, Bad Belzig) (12).

Gesund aufwachsen wird durch soziale Ungleichheiten erschwert

In Deutschland sind heute etwa 2,5 Mio. Kinder und Jugendliche von Armut bedroht, nahezu jedes fünfte Kind in Deutschland ist arm (16, 17). Der Umstand, Alleinerziehend zu sein oder drei oder mehr Kinder zu haben, ist ein besonderes Armutsrisiko in Deutschland (16). Kinder und Jugendliche, die von Armut betroffen sind, haben ein ungünstiges Ernährungsverhalten, sie treiben seltener Sport, sind etwa doppelt so häufig übergewichtig wie Gleichaltrige der hohen Statusgruppe, haben vermehrt psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Beschwerden, sind häufiger Passivrauchbelastungen ausgesetzt oder rauchen selbst und haben dadurch langfristig auch ein erhöhtes Risiko für Diabetes Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (17) zu erkranken. Die Ernährung von Kindern hängt auch von der Bildung und dem Einkommen der Eltern ab (18): Kinder von Eltern mit hoher Schulbildung und hohem Haushaltseinkommen essen häufiger nach einem „gesunden“ und seltener nach einem

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



„süßen“ Ernährungsmuster, Kinder mit Migrationshintergrund verzehren häufiger verarbeitete Lebensmittel.

Armut und soziale Ungleichheiten wachsen

„Die Gesundheit einer Gesellschaft hängt mehr von der gleichmäßigen Verteilung des Wohlstands ab als vom absoluten Wohlstandsniveau“ (2). Die Gesundheit einer Gesellschaft mit geringem Einkommensniveau und geringen Einkommensungleichheiten kann besser sein als die einer Gesellschaft mit höherem Wohlstandsniveau, aber größeren Einkommensungleichheiten (2). Vermutlich erhöhen sich bei gleichmäßiger Einkommensverteilung Chancen auf soziale Teilhabe und Bildungserfolg, außerdem scheint mehr in soziale Infrastruktur investiert zu werden (2).

Steigende Ungleichheiten dagegen schwächen das soziale Gefüge und längerfristig auch das Wachstum und die gesundheitliche Chancengleichheit; sie gehen bei sozial Schwachen auch einher mit verkürzter Bildungsdauer und häufig auch schlechteren Resultaten bei den erworbenen Fähigkeiten, Gesundheitskompetenzen eingeschlossen. Der aktuelle OECD-Sozialbericht mahnt für Deutschland die überdurchschnittlich gestiegene Vermögensungleichheit an: Die reichsten 10 Prozent der Deutschen besitzen 60 Prozent der Nettohaushaltsvermögen (19).

Trotz der derzeitigen volkswirtschaftlichen Prosperität ist die Armut in Deutschland aktuell „auf Rekordhoch“ (16). Dem Armutsbericht 2014 zufolge waren 2013 15,5 Prozent der Bevölkerung in Deutschland (12,5 Mio Menschen) von Armut betroffen – soviel Menschen wie nie zuvor (16). In 13 von 16 Bundesländern hat die Armut zugenommen. Überproportionale Zuwächse zeigen sich erneut in den Regionen Ruhrgebiet, Bremen, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern; als neue Problemregion zeichnet sich der Großraum Köln/Düsseldorf ab. Die regionale Zerrissenheit hat sich weiter verschärft: im Vergleich zu 2006 hat sich der Abstand zwischen der am wenigsten und der am meisten von Armut betroffenen Region um fast 7 Prozentpunkte vergrößert. Über 40 Prozent der Alleinerziehenden und fast 60 Prozent der Erwerbslosen in Deutschland sind arm. Die Kinderarmut ist mit 19,2 Prozent weiterhin auf sehr hohem Niveau. Die Armutsquote bei Personen im Rentenalter liegt bei 15,2 Prozent; seit 2006 ist hier die stärkste Dynamik zu verzeichnen, der Anteil der Armen ist seitdem auf das Vierfache angestiegen (16).

Steigende Prävalenz und schlechte Prognose für Diabetes Typ 2

Von 1998 - 2011 hat die Prävalenz des Diabetes Typ 2 in Deutschland bereits um beunruhigende 38 Prozent zugenommen. Etwa ein Drittel des Anstiegs ist durch die Alterung der Bevölkerung bedingt, 24 Prozent durch „andere Faktoren“(20).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Verbreitung der Volkskrankheit Diabetes Typ 2 in Deutschland zusätzlich zur Alterung der Gesellschaft auch durch die zunehmende soziale Un-

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



gleichheit auf individueller (sozioökonomischer Status) und struktureller Ebene (deprivierte Regionen) begünstigt wird. Zwar wird voraussichtlich noch 2015 das geplante Präventionsgesetz mit dem prioritären Ziel „Diabetes Typ 2 verhindern, früh erkennen, früh behandeln“ verabschiedet - hier zeichnet sich aber bereits ab, dass durch inkohärente Politikstrategien bzw. das Fehlen eines „Health-in-all-policies“-Ansatzes die Erreichung des Teilziels „Diabetes Typ 2 verhindern“ und der politischen Selbstverpflichtung zum UN- und WHO-Ziel „Die Zunahme von Adipositas und Diabetes (auf dem Stand von 2010) stoppen“ (21) gefährdet sind.

Wir verweisen an dieser Stelle auf unsere Stellungnahme zum Entwurf für ein Präventionsgesetz (22).

Lösungsansätze

Die sozialen und regionalen Unterschiede in der Morbidität hinsichtlich Diabetes Typ 2 und Adipositas, der Mortalität, Lebenserwartung und in der Verbreitung individueller Risikofaktoren (Rauchen, Inaktivität, Gesundheitskompetenz etc.) stellen nicht nur für Gesundheitspolitik und Public Health, sondern gesamtgesellschaftlich eine große Herausforderung dar. Mit der Annahme der Strategie „Health 2020“, dem gesundheitspolitischen Rahmenkonzept der Europa-Region der WHO 2012-2020, hat sich auch Deutschland verpflichtet, Gesundheit zu stärken und gesundheitliche Unterschiede zu verringern. Speziell im Bereich Diabetes hat sich Deutschland gemäß der Politischen Deklaration der ersten UN-Gipfels zu den nichtübertragbaren Krankheiten und gemäß dem „WHO Global Action Plan on NCDs 2013-2020“ dem Ziel verpflichtet: „Die Zunahme von Adipositas und Diabetes stoppen (auf dem Stand von 2010)“ (21).

Notwendig sind:

1) *Armutsbekämpfung, Stärkung der sozialen Integration, gezielte Strukturförderung in deprivierten Regionen*

Eine nachhaltige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit wird nur über eine effektive Armutsbekämpfung und Stärkung der sozialen Integration möglich sein (6). Erforderlich ist ein kohärenter, gesamtgesellschaftlicher Ansatz, der die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Mittelpunkt eines „Health-in all-policies“-Ansatzes stellt. Mittels gezielter Maßnahmen der Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial-, Familien-, Gesundheits- und Steuerpolitik müssen Bildungs- und Einkommensungleichheiten gemindert sowie Infrastruktur, Lebens- und Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich für alle Bürger und Regionen gestaltet werden (s. u.: Ergänzung: Empfehlungen der Sozialverbände).

Nicht nur individuelle, sondern auch regionale Risikofaktoren müssen adressiert (strukturelle, materielle, soziale Deprivation) und deren Interaktionen müssen berücksichtigt werden.

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



2) Ganzheitliche Präventionsstrategien (Health-in-all-policies), verhältnispräventiver Schwerpunkt im Präventionsgesetz, strukturierte Früherkennung, Hochrisiko-Strategien

Herkömmliche Mittel von Prävention und Gesundheitsförderung reichen zur Vermeidung von Adipositas und Diabetes Typ 2 nicht aus, das zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre mit weiter steigenden Prävalenzen. Vereinte Nationen und WHO empfehlen heute insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen auf Bevölkerungsebene (21, Appendix 3).

Wir verweisen hier auf unser Strategiepapier für eine effektive Primärprävention (23).

„Diabetes vermeiden, Diabetes Typ 2 früh erkennen und früh behandeln“ ist nationales Gesundheitsziel im geplanten Präventionsgesetz. Ein Beispiel für eine verbesserte Diabetes-Früherkennung in deprivierten Regionen ist das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Spendenprojekt von diabetesDE „Diabetesberatung auf Rädern“ (Aufsuchende Früherkennung und Beratungsangebote in ländlichen Regionen oder in Regionen mit hohem Migrationsanteil, dann mit z.B. türkischsprechenden Diabetesberaterinnen). Erfolgreiche Projekte müssen grundsätzlich in Regelstrukturen überführt werden, um nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Im Rahmen regionaler Diabetespläne sollten auch gezielt maßgeschneiderte Maßnahmen für besonders deprivierte Regionen und für Hochrisikogruppen für Diabetes Typ 2 entwickelt und umgesetzt werden.

3) Umsetzung einer Nationalen Diabetes-Strategie

Regionale Ungleichheiten bestehen nicht nur hinsichtlich der Diabetesprävalenz, sondern auch hinsichtlich der Versorgung des Diabetes. Wer heute gesundheitliche Chancengleichheit herstellen will, muss nicht nur den Zugang zu Bildung, sondern auch zu Gesundheit verbessern. Eine nationale Diabetesstrategie wird seit 2012 vom EU-Parlament, seit 2013 von der EU-Kommission und seit 2014 auch vom Bundesrat zur Umsetzung empfohlen (25, 26, 27). Im Rahmen einer nationalen Diabetesstrategie kann eine neue Diabetes-Versorgungslandschaft mit Überwindung der Sektorengrenzen geschaffen werden; diese ist notwendig für eine (kosten-)effizientere Versorgung des Diabetes Typ 1 und 2; die Grundlagen- und die klinische Forschung müssen weiter gefördert werden; für die Versorgungsforschung wird eine zukunftsrobuste, nationale Datenbasis benötigt (epidemiologisch-klinische Diabetesregister). Beratung, Schulungsprogramme und psychosoziale Unterstützung für Patienten und Angehörige müssen bedarfsgerecht bereitgestellt werden.

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



Literatur:

- 1) Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*:
 Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (Stand 12/2014)
www.gesundheitsziele.de
- 2) Klemperer, D:
 Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 2.,
 vollst. überarb. u. erw. Aufl., Verlag Hans Huber
 Kap.6: Soziale Ungleichheiten der Gesundheit (S. 230-251)
- 3) Lampert, T; Kroll, L E (2014):
 Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung
 Hrsg. Robert-Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 5(2).
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand:27.02.2014)
- 4) Heuer, T; Krems, C; Moon, K; Brombach, C; Hoffmann, I:
 Food consumption of adults in Germany: results of the German National Nutrition Survey II based on diet
 history interviews
 Br J Nutr (2015): [https://openagrar.bmel-
 forschung.de/servlets/MCRFileNodeServlet/Document_derivate_00009959/W2409online-first.pdf](https://openagrar.bmel-forschung.de/servlets/MCRFileNodeServlet/Document_derivate_00009959/W2409online-first.pdf)
- 5) Simpson, F; Lührmann, P:
 Ernährungssituation von Erwachsenen aus Armutshaushalten
 Ernährungs-Umschau 62(3): 34-43 (2015). DOI: 10.4455/eu.2015.007
- 6) Lampert, T; Kroll, L E; von der Lippe, E; Müters, S; Stolzenberg, H (2013):
 Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
 (DEGS1)
 Bundesgesundheitsbl 2013: 56:814-821
- 7) Westenhöfer, J (2013):
 Energiedichte und Kosten von Lebensmitteln in Deutschland
 Ernährungs Umschau international 60(3): 30-35, DOI 10.4455/eu.2013.008
- 8) The InterAct Consortium (2013):
 Consumption of sweet beverages and type 2 diabetes incidence in European Adults: Results from EPIC Interact
 Diabetologia, 2013 Jul;56(7):1520-30, DOI 0.1007/s00125-013-2899-8
[http://download.v2.springer.com/static/pdf/770/art%25A10.1007%252F500125-013-2899-
 8.pdf?token2=exp=1432295569~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F770%2Fart%2525A10.1007%25252F500125-
 013-2899-8.pdf*~hmac=7ad81a1b0f1d63ca969daf859a8acdffa0abbcod1a4b15e64fcabc3b6c402c29](http://download.v2.springer.com/static/pdf/770/art%25A10.1007%252F500125-013-2899-8.pdf?token2=exp=1432295569~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F770%2Fart%2525A10.1007%25252F500125-013-2899-8.pdf*~hmac=7ad81a1b0f1d63ca969daf859a8acdffa0abbcod1a4b15e64fcabc3b6c402c29)
- 9) Malik, V S et al. (2010):
 Sugar sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes
 Diabetes Care 33: 2477-2483
- 10) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2011):
 Ernährung und Körpergewicht: Wie wirken sich Softgetränke und andere mit Zucker gesüßte Getränke aus?
www.gesundheitsinformation.de/nl.726.de.html vom 01.02.2011
- 11) Kroll, L E; Lampert, T:
 Regionale Unterschiede in der Gesundheit am Beispiel von Adipositas und Diabetes mellitus
 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland
 aktuell 2010«.
 Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gedaz
 010/kapitel_regionale_unterschiede.pdf;jsessionid=55657DC52D1D17720706B407A084BE3C.2_cid381?
 _blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gedaz010/kapitel_regionale_unterschiede.pdf;jsessionid=55657DC52D1D17720706B407A084BE3C.2_cid381?_blob=publicationFile)
- 12) Barmer GEK:
 Regionale Prävalenzen des Diabetes mellitus in Deutschland
[http://presse.barmer-
 gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131113-Diabetes-
 Atlas/PDF-Diabetes-Verteilung.pdf](http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131113-Diabetes-Atlas/PDF-Diabetes-Verteilung.pdf)

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



- 13) Maier, W; Scheidt-Nave, C; Holle, R.; Kroll, L E; Lampert, T; Du, Y; Heidemann, C; Mielck, A (2014):
 Area level deprivation is an independent determinant of prevalent Type 2 diabetes and obesity at the national level in Germany. Results from the national telephone health interview surveys "German Health Update" GEDA 2009 and 2010.
 PLOS ONE (2014), doi: pone.0089661, <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0089661>
- 14) Rathmann, W; Scheidt-Nave, C; Roden, M; Herder, C (2013):
 Type 2 Diabetes: Prevalence and relevance of genetic and acquired factors for its prediction
 Dt Ärzteblatt Int 110(19):331-7
- 15) Soziale Ungleichheit schadet Wirtschaft und Gesundheit
 DGE info 2015 (4): 50-53
- 16) Der Paritätische Wohlfahrtsverband (2015):
 Die zerklüftete Republik. Bericht zur regionalen Armutsentwicklung in Deutschland 2014
<http://www.der-paritaetische.de/armutsbericht/die-zerklueftete-republik/>
 s.a. Paritätischer Wohlfahrtsverband, Pressemitteilung vom 12. Mai 2015:
 Die zerklüftete Republik
www.der-paritaetische.de/nc/armutsbericht/die-zerklueftete-republik/?flename=dpw.pdf
- 17) Lampert, T; Kuntz, B; KiGGS Study Group (2015):
 Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?
 Hrsg. Robert-Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6(1)
www.rki-de./gbe-kompakt (Stand 01.03.15)
- 18) Fernandez-Alvira, J M; Börnhorst, C. et al, on behalf of the IDEFICS consortium:
 Prospective associations between socio-economic status and dietary patterns in European Children: The Identification and Prevention of Dietary and Lifestyle-induced Health Effects in Children and Infants (IDEFICS) Study.
 Br J Nutr 2015; 113(3):517-525. <http://dx.doi.org/10.1017/S0007114514003663>
 s. a. Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH, Pressemitteilung vom 27.04-15:
www.bips-institut.de/no_cache/veroeffentlichungen/presse/einzelansicht/artikel/soziooekonomischer-status-der-eltern-beeinflusst-ernaehrungsverhalten-von-kindern.html
- 19) OECD (2015), In It Together: Why less Inequality Benefits All.
 OECD Publishing, Paris.
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefits-all_9789264235120-en#page1 (Aufruf 22.05.15)
 s. a. OECD Pressemitteilung vom 21.05.15:
<http://www.oecd.org/berlin/presse/oecd-sozialbericht-einkommensungleichheit-in-deutschland-im-mittelfeld-vermoegensungleichheit-hoch.htm>
- 20) Heidemann, C; Du, Y; Schubert, I; Rathmann, W; Scheidt-Nave, C (2013):
 „Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
 Bundesgesundheitsbl 2013, 56:668-677
21. WHO Global action plan NCDs (2013-2020)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
- 22) Stellungnahme von diabetesDE, VDBD und DDH-M zum Entwurf für ein Präventionsgesetz (2014):
http://www.diabetesde.org/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Stellungnahmen_Positionspapier/2014/Stellungnahme_diabetesDE_VDBD_DDH-M_Praeventionsgesetz_19-11-14.pdf
- 23) Deutsche Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) (2014):
 Den Tsunami der chronischen Krankheiten stoppen: Vier Maßnahmen für eine wirkungsvolle und bevölkerungsweite Prävention. Strategiepapier
http://www.diabetesde.org/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Stellungnahmen_Positionspapier/2014/Strategiepapier_Deutsche_NCD_Allianz_Praevention_12-11-2014.pdf
- 24) Garlichs, D.:
 Gesundheit und soziale Ungleichheit. Wie erreicht Prävention die Richtigen?
 Deutsche Diabetes-gesellschaft, Geschäftsbericht 2014

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de



- 25) EU-Parlament: Diabetes-Resolution 2012
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+P7-RC-2012-0145+0+DOC+XML+Vo//DE>
- 26) EU-Kommission: Joint Action on Chronic Diseases (CHRODIS), workpackage 7: Diabetes
<http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/06/JA-CHRODIS-AT-A-GLANCE-LAST-VERSION.pdf>
- 27) Entschließung des Bundesrates für eine nationale Diabetesstrategie (2014)
http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0201-0300/252-14%28B%29.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Ergänzung:

Von Sozialverbänden empfohlene Maßnahmen zur Reduktion sozialer Ungleichheiten
(Der Paritätische, VdK, DGB)

- Mindestlohnpolitik
- Die Einführung des Mindestlohns von 8,50€/Stunde stellt einen wichtigen Meilenstein dar, aktuell ist er jedoch noch kein armutspolitisches Werkzeug (schützt Familien nicht vor Hartz IV, erzielt keine Rentenanwartschaften).
- Offensive Arbeitsmarktpolitik: Öffentlich geförderte Beschäftigung, flexible Instrumente der Bildung und Qualifizierung, ggfs. sozialarbeiterische Flankierung, Eindämmung prekärer Beschäftigungsverhältnisse (Leiharbeit, Missbrauch von Werkverträgen)
- Erhöhung der Regelsätze im SGBII und SGB XII von derzeit 399 auf 485€ um Armut zu verhindern und das soziokulturelle Existenzminimum in Deutschland abzudecken
- Einführung eines Mindestarbeitslosengeldes I, um zu verhindern, dass nach einer Vollerwerbstätigkeit mit geringem Verdienst eine Aufstockung nach SGBII nötig wird.
- Familienlastenausgleich: Kindergeld muss einkommens- und bedarfsorientiert sein, der Kinderlastenausgleich muss insbesondere einkommensschwachen Familien zugute kommen und sie vor dem Fall in Hartz IV schützen.
- Alterssicherung: Stabilisierung des Rentenniveaus bei 50 Prozent des durchschnittlichen Nettolohns, Reform der Altersgrundsicherung in einer Höhe, die tatsächlich vor Armut schützt, Freibeträge auf Vorsorgeleistungen und Rentenansprüche.
- Regionale Verteilung: Eine vertikale und horizontale Umverteilung von Vermögen und Einkommen sind nötig, um der wachsenden Armut öffentlicher Haushalte in betroffenen Kommunen entgegenzuwirken und neben personenbezogener Absicherung auch die soziale und kulturelle Infrastruktur vor Ort zu sichern. Der Länder-Finanzausgleich, die Verteilung der Umsatzsteuer, eine Weiterentwicklung des Solidaritätszuschlags nach Leistungsfähigkeit und Bedarfen von Bund, Ländern und insbesondere Kommunen, eine maßvolle Besteuerung von Vermögen, eine Reform der Erbschaftssteuer, eine stärkere Besteuerung von Kapitalerträgen und sehr hohen Einkommen können eine solidarische Finanzierung gewährleisten.

So erreichen Sie uns:

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe • Reinhardtstr. 31 • 10117 Berlin

Tel.: 030 201 677-0 • info@diabetesde.org • www.diabetesde.org • www.deutsche-diabetes-hilfe.de