

Bern, 7. Dezember 2015

Schlussbericht

Bundesamt für Gesundheit

Literaturanalyse „Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts“

Katja Schnyder-Walser, lic. phil. I

Dr. Regula Ruffin

Mirjam Grunder, MSc Erziehungswissenschaft

Priska Widmer, M.A.

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Literaturanalyse wurde im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG erstellt und soll eine Zusammenfassung des Erkenntnisstandes zu Ursachen und Problemfeldern der gesundheitlichen Ungleichheit und den davon betroffenen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz liefern sowie entsprechende Massnahmen aufzeigen. Dies vor dem Hintergrund, dass auch in der Schweiz bestimmte Bevölkerungsgruppen schlechtere Chancen auf Gesundheit haben, was auch Mehrkosten für die Gesellschaft nach sich zieht. Die Literaturrecherche erfolgte für den Zeitraum zwischen 2012 und 2015. Die Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse zweier Grundlagenpapiere, die vor ein paar Jahren im Auftrag des BAG erstellt worden waren: neben dem zentralen Einfluss der sozialen Lage (z.B. Bildung, Beruf, Einkommen) erhöhen auch Determinanten wie die Arbeits- und Wohnbedingungen, persönliche Ressourcen, das Gesundheitsverhalten, das Gesundheitssystem und sogenannte horizontale Faktoren (z.B. Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit oder eine Behinderung) die Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsgruppen in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit. Die Betroffenheit zeigt sich bspw. durch eine erhöhte Morbidität und Mortalität oder einen schlechteren selbstberichteten Gesundheitszustand. Für die Schweiz ist, wie auch für andere Länder, festzuhalten, dass es an Daten fehlt, um die Krankheitslast der betroffenen Gruppen sowie die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der gesundheitlichen Ungleichheit zu beziffern. Die vorgeschlagenen Massnahmen basieren auf den Ergebnissen der Literaturanalyse und sind nach Kompetenzbereich der politischen Ebenen gegliedert. Dabei wird die Tatsache berücksichtigt, dass der Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit vom BAG idealerweise auch im Sinne einer umfassenden Gesundheitspolitik („Health in all policies“) sektorübergreifend betrachtet bzw. angestossen wird.

Abstract (Französisch)

L'objectif de la présente analyse de la littérature, réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP, est de dresser un état des lieux des connaissances actuelles sur les causes et les problèmes en matière d'inégalités de santé, ainsi que sur les groupes de population concernés en Suisse, et de dégager des mesures possibles. Il est en effet établi qu'en Suisse aussi, certains groupes de population ont moins de chances d'être en bonne santé, ce qui entraîne aussi des surcoûts pour la société. L'étude de la littérature a été conduite pour la période allant de 2012 à 2015. Les résultats confirment les informations fournies par deux documents de base établis il y a quelques années sur mandat de l'OFSP: si la situation sociale (p. ex. formation, profession, revenu) joue un rôle central, d'autres déterminants tels que les conditions de travail et de logement, les ressources personnelles, le comportement en matière de santé, le système de santé et ce que l'on appelle les facteurs horizontaux (p. ex. le sexe, l'appartenance à une minorité sexuelle ou un handicap), accroissent la vulnérabilité de certains groupes de population en matière d'inégalité de santé. Cette vulnérabilité se traduit par exemple par une morbidité et une mortalité accrues ou par un ressenti moins positif de son propre état de santé. Toutefois, pour la Suisse comme pour d'autres pays, les données manquent pour chiffrer la charge de morbidité des groupes concernés ainsi que les conséquences économiques des inégalités de santé. Les mesures proposées reposent sur les résultats de l'analyse de littérature et sont articulées selon le domaine de compétence des niveaux politiques. Ce faisant, il est tenu compte du fait qu'idéalement l'OFSP considère, respectivement aborde, la lutte contre l'inégalité de santé au sens d'une politique de la santé globale (« Health in all policies »).

Executive Summary (Deutsch)

Ausgangslage

Die Chancen auf Gesundheit sind in der Schweiz wie auch in anderen Ländern nicht gleichmässig auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen verteilt. So haben beispielsweise Personen mit tiefem sozioökonomischem Status eine deutlich geringere Lebenserwartung und sind häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen als die übrige Bevölkerung. Um diesen sozialen Gradienten in der Gesundheit erklären zu können, muss das Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren – sogenannter Gesundheitsdeterminanten – berücksichtigt werden. Dazu gehören neben individuellen Faktoren wie das Alter, das Geschlecht oder das Gesundheitsverhalten auch die Arbeitsbedingungen, die Wohnsituation oder der Zugang zum benötigten Gesundheitsangebot.

Da die gesundheitliche Ungleichheit auch zu Mehrkosten in der Gesellschaft führt – beispielsweise durch frühzeitig verlorene Lebensjahre, vermeidbare Arbeitsausfälle oder zusätzliche Kosten zu Lasten der Sozialversicherungen – ist deren Abbau ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel der nationalen Strategie „Gesundheit 2020“. Um diesem Ziel näherzukommen, hat das BAG neben verschiedenen weiteren Massnahmen die vorliegende Literaturanalyse in Auftrag gegeben. Sie fasst den Erkenntnisstand zu Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit in der Schweiz zusammen und zeigt darauf basierend mögliche Massnahmen und Projekte auf, welche das BAG zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ergreifen könnte.

Vorgehen

Den Ausgangspunkt der Literaturanalyse bildet eine systematische Literaturrecherche. Diese erfolgte in deutsch-, französisch- und englischsprachigen medizinischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken. Zur Identifizierung möglicher Massnahmen wurden zudem Webseiten (z.B. von Kantonen, Gemeinden und Nonprofit-Organisationen) einbezogen, welche massnahmen- und umsetzungsorientiert sind und somit einen hohen Praxisbezug aufweisen. Zum Thema der gesundheitlichen Ungleichheit wurden bereits verschiedenen Grundlagendokumente erarbeitet, darunter das Monitoring-Konzept von Stamm et al. (2013) und das systematische Review zu den Determinanten der Gesundheit und ihrer Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Richter et al. (2011). Um eine thematische Kontinuität zu diesen Arbeiten herzustellen, wurden zum einen die von Richter et al. (2011) verwendeten Schlagworte in die Suchstrategie übernommen. Zum anderen diente das Modell zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Ungleichheit von Stamm et al. (2013) auch als Grundlage für die Strukturierung der vorliegenden Arbeit. Um die Ergebnisse der Literaturanalyse zu valorisieren sowie für das BAG möglicherweise relevante Massnahmen zu diskutieren und zu priorisieren, fand am 2. November 2015 ein Workshop mit einer Begleitgruppe aus Vertreter/innen von verschiedenen Einheiten des BAG statt.

Ergebnisse

Bei den gesichteten Studien handelt es sich mehrheitlich um quantitative Arbeiten, wovon sich der Grossteil mit dem direkten Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status (meist operationalisiert durch Bildung, Einkommen und berufliche Stellung) und der gesundheitlichen Ungleichheit befasst. Daneben fanden sich auch Untersuchungen, welche den Fokus auf die sozial bedingten Unterschiede in Bezug auf weitere Gesundheitsdeterminanten legen. Dazu gehören die Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen, die sozialen Ressourcen, das Gesundheitssystem, das gesundheitsrelevante Verhalten oder sogenannte horizontale Faktoren der sozialen Lage wie Behinderung, die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit oder eine Lebenslage, welche gewisse in Bezug auf die Gesundheitschancen ungünstige Merkmale vereint.

Für die Einordnung der Ergebnisse ist die folgende Feststellung relevant: Die Beantwortung der der Literaturanalyse zugrunde liegenden Fragestellungen und die daraus abgeleiteten Massnahmen stützen sich dabei auf Studien, welche im Zeitraum zwischen 2012 und 2015 erschienen sind und den im Rahmen der Literaturrecherche vordefinierten Einschlusskriterien entsprechen. Es ist daher unvermeidlich, dass die vorliegenden Ergebnisse einen begrenzten Ausschnitt des umfassenden Gebiets der gesundheitlichen Ungleichheit beleuchten. Nachfolgend sind die Antworten auf die Fragestellungen zusammengefasst.

1) *Betroffene Bevölkerungsgruppen*

In der Schweiz weisen folgende Bevölkerungsgruppen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen zu sein:

- Personen mit tiefem (eigenem oder elterlichem) Bildungsniveau,
- Personen, welche in finanzieller Unsicherheit leben,
- Personen mit schwacher Integration im Arbeitsmarkt,
- Personen mit niedrigem Berufsstatus,
- Personen in Führungspositionen,
- Personen, welche in sozialer Isolation leben,
- Personen mit schwacher Sozialkompetenz,
- Ältere Menschen,
- Personen mit Behinderung,
- Personen mit akuten oder chronischen Krankheiten, physischen oder psychischen Beeinträchtigungen,
- Personen, welche unter einer Suchtproblematik leiden,
- Personen, die im Konflikt mit dem Gesetz stehen,
- Randständige, die jede staatliche Hilfe ablehnen,
- sogenannte Messies,
- sexuelle Minderheiten.

Treten einige dieser Merkmale bei einer Person in Kombination auf, führt dies zu einer besonders ausgeprägten Vulnerabilität.

2) *Krankheitslast*

Die Krankheitslast der genannten Personengruppen und die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der gesundheitlichen Ungleichheit kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beziffert werden, da die für solche Berechnungen notwendige Datenlage nicht zur Verfügung steht.

3) *Datenlage*

Die Mehrheit der gesichteten Studien befasst sich mit der Verteilung gesundheitlicher Risiken in Abhängigkeit der Faktoren (eigene oder elterliche) Bildung, Einkommen und Beruf. Diese Faktoren wirken nicht direkt auf die Gesundheit ein, sondern durch die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten auf einer intermediären Ebene. Dazu gehören die Lebensbedingungen (Arbeits- und Wohnbedingungen, soziale Ressourcen), das Gesundheitsverhalten oder der Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Zahl der Untersuchungen, welche den Einfluss dieser Gesundheitsdeterminanten behandelt, ist im Vergleich zu erstgenannten gering. Die Gründe dafür werden nebst dem Fehlen entsprechender Daten in der Komplexität der intermediären Ebene und der Nachvollziehbarkeit der Analysen vermutet. Die Untersuchungen stützen sich hierbei auf die Daten der Schweizer Gesundheitsbefragung SGB, das Schweizer Haushaltspanel SHP oder die Schweizer Daten des European Social Surveys ESS. Die Studien, welche die gesundheitliche Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen untersuchen, stützen sich auf die Schweizer HBSC-Daten, die ch x-Jugendbefragung sowie das Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste. Die am häufigsten untersuchten vulnerablen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz sind die Erwachsenen sowie Kinder und Jugendliche mit tiefem sozioökonomischem Status. In den qualitativen Studien erwähnt, in den analysierten quantitativen Studien hingegen nicht untersucht, wurden die folgenden spezifischen Bevölkerungsgruppen: Personen mit schwacher Sozialkompetenz, Personen, welche unter einer Suchtproblematik leiden, Personen, die im Konflikt mit dem Gesetz stehen, Randständige, die jede staatliche Hilfe ablehnen, sowie sogenannte Messies.

Um die gesundheitlichen Ungleichheit in der Schweiz besser abbauen zu können, sollte die zukünftige Forschung bei allen verschiedenen vulnerablen Gruppen den Fokus vermehrt auf die kumulativen Effekte der unterschiedlichen Einflussfaktoren setzen.

4) *Ursachen der besonderen Vulnerabilität dieser Bevölkerungsgruppen*

Die gesichteten Studien bestätigen, dass die zentrale Ursache für die Vulnerabilität in einer tiefen sozioökonomischen Lage liegt. Personen mit niedriger Bildung, einem tiefen Einkommen und einem niedrigen beruflichen Status haben schlechtere Chancen auf eine gute Gesundheit. Bei Kin-

dern hängen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten bereits ab der Geburt von der sozialen Lage der Eltern ab. Daneben wirken sich bei Erwachsenen auch die sozial bedingten Unterschiede in Bezug auf die Arbeits- und Wohnbedingungen negativ auf die Gesundheitschancen aus. Zu nennen sind etwa harte körperliche Arbeit, psychische und physische Verausgabung ohne angemessene Entlohnung, mangelnde Erholungszeit oder prekäre Wohnverhältnisse (z.B. Schimmel, Lärm- und Abgasbelastung). Eine weitere Ursache für die Vulnerabilität sozial benachteiligter Gruppen liegt im Gesundheitsverhalten. Hier ist neben dem Ernährungs- bzw. Bewegungsverhalten und dem Rauchen insbesondere der Verzicht auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu nennen.

Daneben gibt es auch sogenannte horizontale Einflussfaktoren, wie das Geschlecht, die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit oder eine Behinderung, welche die Chancen auf gute Gesundheit unabhängig von der sozioökonomischen Position vermindern. In Bezug auf regional bedingte Unterschiede in der Gesundheitsversorgung als Ursache für ungleiche Gesundheitschancen lassen die gesichteten Studien keinen eindeutigen Schluss zu.

5) *Problemfelder*

Folgende Problemfelder stehen bei den vulnerablen Gruppen in Bezug auf die Gesundheit im Vordergrund:

- erhöhtes Mortalitätsrisiko,
- schlechterer selbstberichteter Gesundheitszustand,
- niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- erhöhte Morbidität (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, depressive Symptomatik),
- erhöhte Stressexposition,
- hohe psychische Belastung,
- Übergewicht, Adipositas,
- schlechte Zahngesundheit,
- geringeres Fitnesslevel oder ein ungünstigeres Ernährungs- und Gesundheitsverhalten, wie beispielsweise tägliches Rauchen,
- schlechterer Zugang bzw. geringere Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems,
- erhöhte Exposition von Unfall- und Krankheitsrisiken am Arbeitsplatz,
- spezifische Problemfelder von Angehörigen sexueller Minderheiten.

Bei **sozial benachteiligten Kindern** zeigen sich im Vergleich zu sozial bessergestellten Gleichaltrigen neben Übergewicht und Adipositas weitere Problemfelder, wie:

- Essstörungen,
- Karies,
- psychische Auffälligkeiten,
- Beeinträchtigungen der emotionalen, wahrnehmungsbezogenen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung,
- frühere und häufigere Suchterstkontakte,
- erhöhtes Unfallrisiko, da sozial benachteiligte Kinder häufiger in nicht kindgerechtem Wohnumfeld leben,
- häufiger Passivrauchen ausgesetzt,
- erhöhte Wahrscheinlichkeit für emotionale Probleme und Hyperaktivität (Jungen), Verhaltensprobleme und Asthma (Mädchen),
- seltenere Aktivität in Sportvereinen.

6) *Massnahmen*

In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass der Abbau bzw. die Vermeidung der gesundheitlichen Ungleichheit auf allen politischen Ebenen zu erfolgen hat und der Einbezug verschiedener Handlungsfelder (z.B. Arbeit, Wohnen, soziale Sicherheit) im Sinne einer multisektoralen Gesundheitspolitik („Health in all policies“ nach WHO bzw. „Umfassende Gesundheitspolitik“ nach BAG) zentral ist. Für die Recherche nach Massnahmen, welche sich auf die festgestellten Ursachen und Problemfelder gesundheitlicher Ungleichheit beziehen, wurde daher bewusst eine breite Perspektive eingenommen. So werden neben evaluierten und/oder als Good Practice ein-

gestuften Massnahmen und Programmen auch Empfehlungen aufgeführt, welche praktisch weniger erprobt sind, jedoch in der Literatur empfohlen oder von socialdesign aufgrund der vorliegenden Analyse und des vorhandenen Erfahrungswissens abgeleitet wurden. Im Sinne eines Fazits wird zum Schluss der Fokus auf die möglichen Massnahmen der öffentlichen Hand eingeschränkt und die vielfältigen Massnahmen entsprechend den Zuständigkeitsbereichen von Bund (BAG und umfassende Gesundheitspolitik bzw. „Health in all policies“), Kantonen und Gemeinden geordnet. Im Rahmen der Analyse wurde festgestellt, dass das BAG in diesem Querschnittsthema „gesundheitliche Chancengleichheit“ bereits diverse Projekte und Massnahmen lanciert hat oder dabei ist, solche zu entwickeln. Entsprechend wird es als prioritär erachtet, einen Überblick zu schaffen und damit eine Grundlage zu erstellen, um Synergien zu nutzen und gewisse Massnahmen aufeinander abzustimmen. Dies erachtete auch die Begleitgruppe des BAG als zentral. Weitere Massnahmen, welche im Vordergrund stehen, sollten die Datengrundlage in der Schweiz im Hinblick auf die gesundheitliche Ungleichheit verbessern (z.B. Monitoring „Verteilung von Krankheitsrisiken“ oder die Überprüfung des Instruments der Gesundheitskostenfolgeabschätzung). Für eine zielgerichtete umfassende Gesundheitspolitik ist in einem ersten Schritt zudem die Entwicklung einer entsprechenden Strategie (z.B. über ein Leitbild) erforderlich.

Executive Summary (Französisch)

Situation initiale

Les chances d'être en bonne santé, en Suisse comme dans d'autres pays, ne sont pas réparties équitablement entre les différents groupes de population. C'est ainsi que des personnes socio-économiquement défavorisées ont une espérance de vie nettement moins élevée et sont plus souvent concernées par des troubles de la santé que le reste de la population. Expliquer ces gradients sociaux dans la santé requiert de tenir compte de la combinaison de différents facteurs d'influence, les « déterminants de la santé ». Il s'agit de facteurs individuels comme l'âge, le sexe ou le comportement lié à la santé, les conditions de travail, la situation de logement ou l'accès à l'offre de soins.

L'inégalité de santé conduisant également à des surcoûts dans la société – par exemple par des années de vie perdues précocement, un absentéisme au travail évitable ou des coûts supplémentaires à la charge des assurances sociales – sa réduction est un enjeu sanitaire important de la stratégie nationale « Santé2020 ». Pour se rapprocher de ce but, l'OFSP a déjà pris diverses mesures et mandaté la présente analyse de littérature. L'objectif est de présenter un état des lieux des connaissances sur les questions d'inégalités de santé en Suisse et de dégager des mesures et des projets capables de permettre à l'OFSP de réduire l'inégalité de santé.

Méthode

Le point de départ de l'analyse de littérature est une recherche bibliographique systématique dans des banques de données sociales et médicales en langues allemande, anglaise et française. Pour identifier de possibles mesures, nous avons consulté des sites Internet (p. ex. de cantons, de communes et d'organisations à but non lucratif) qui sont axés sur les mesures et la mise en œuvre et présentent ainsi un lien étroit avec la pratique. Il existe déjà plusieurs documents de base sur le thème de l'inégalité de santé, parmi lesquels le concept de monitoring de Stamm et al. (2013) et le compte-rendu systématique sur les déterminants de la santé et leur importance pour expliquer l'inégalité de santé de Richter et al. (2011). Dans un esprit de continuité thématique avec ces travaux, nous avons d'une part, repris dans notre stratégie de recherche les mots-clés utilisés par Richter et al. (2011). D'autre part, le modèle d'explication du lien entre le statut social et l'inégalité de santé de Stamm et al. (2013) a servi de base pour structurer le présent travail. Un atelier a eu lieu le 2 novembre 2015 avec un groupe d'accompagnement constitué de représentant-e-s de différentes sections de l'OFSP pour évaluer les résultats de l'analyse de littérature et permettre à l'OFSP de discuter et de prioriser des mesures potentiellement pertinentes.

Résultats

Les études consultées sont majoritairement des travaux quantitatifs dont la grande partie traite du lien direct entre le statut socioéconomique (dépendant principalement de la formation, du revenu et de la situation professionnelle) et l'inégalité de santé. D'autres se concentrent sur les écarts sociaux liés à d'autres déterminants de la santé. Nous parlons ici des conditions de travail, de logement et d'environnement, des ressources sociales, du système de santé, du comportement en matière de santé ou de ce que l'on appelle les facteurs horizontaux de situation sociale comme le handicap, l'appartenance à une minorité sexuelle ou une situation de vie présentant plusieurs indicateurs défavorables en ce qui concerne les chances de santé.

La classification des résultats exige la précision suivante: les réponses aux questions soutenant l'analyse de la littérature et les mesures qui en ont été déduites s'appuient sur des études parues entre 2012 et 2015 et correspondant aux critères d'inclusion prédéfinis dans le cadre de la recherche de littérature. Il est donc inévitable que ces résultats ne représentent qu'une vue partielle du domaine global de l'inégalité de santé. Les réponses sont résumées ci-après.

7) *Groupes de population concernés*

En Suisse, les groupes de population suivants affichent une probabilité accrue d'être concernés par l'inégalité de santé :

- Personnes avec un faible niveau de formation (personnel ou parental),
- Personnes vivant en insécurité financière,
- Personnes avec une mauvaise intégration sur le marché de l'emploi,
- Personnes au statut professionnel peu élevé,
- Personnes avec fonction de cadre,
- Personnes vivant dans l'isolement social,
- Personnes avec une faible compétence sociale,
- Personnes âgées,
- Personnes souffrant d'un handicap,
- Personnes souffrant de maladies aiguës ou chroniques, troubles physiques ou psychiques,
- Personnes souffrant d'un problème d'addiction,
- Personnes en conflit avec la loi,
- Marginaux qui refusent toute aide de l'État,
- Personnes souffrant d'une accumulation compulsive,
- Minorités sexuelles.

Une personne qui cumule plusieurs de ces caractéristiques présente une vulnérabilité particulièrement marquée.

8) *Charge de morbidité*

La charge de morbidité des groupes de personnes cités et les répercussions économiques de l'inégalité de santé ne peuvent pas être chiffrées dans le cadre du présent travail, faute de données nécessaires à ces calculs.

9) *Données disponibles*

La majorité des études consultées se penchent sur la répartition des risques sanitaires liée aux facteurs (personnels ou parentaux) que sont la formation, le revenu et la situation professionnelle. Ces facteurs n'influencent pas la santé directement, mais indirectement sous l'effet intermédiaire de déterminants de la santé. Nous parlons ici des conditions d'existence (conditions de travail, de logement, ressources sociales), du comportement en matière de santé ou de l'accès aux soins. Les enquêtes portant sur l'influence de ces déterminants de la santé sont relativement peu nombreuses par rapport aux premières citées. Ceci peut probablement s'expliquer non seulement par le manque de données disponibles, mais aussi par la complexité du niveau intermédiaire et la traçabilité des analyses. Les enquêtes s'appuient sur les données de l'Enquête suisse sur la santé ESS, le Panel suisse des ménages PSM ou les données suisses de l'European Social Surveys ESS. Les études portant sur l'inégalité en matière de santé qui touche les enfants et les adolescents s'appuient sur les données suisses de l'étude HBSC, sur les enquêtes auprès de la jeunesse ch-x ainsi que sur le monitoring des données de poids fournies par les services de la médecine scolaire. Les groupes de population vulnérables les plus souvent étudiés en Suisse sont les adultes, ainsi que les enfants et les adolescents au faible statut socioéconomique.

D'autres groupes de population sont mentionnés dans les études qualitatives, mais n'ont fait l'objet d'aucune analyse dans les études quantitatives consultées. Il s'agit en particulier des groupes suivants: les personnes à faible compétence sociale, les personnes souffrant d'un problème d'addiction, les personnes en conflit avec la loi, les marginaux qui refusent toute aide venant de l'État, ainsi que les accumulateurs compulsifs.

Pour mieux lutter contre l'inégalité de santé en Suisse, la recherche devrait à l'avenir, pour tous les groupes vulnérables, accorder davantage d'attention aux effets cumulatifs des différents facteurs d'influence.

10) Causes de la vulnérabilité particulière de ces groupes de population

Les études consultées confirment que la principale raison de vulnérabilité est une faible situation socioéconomique. Les personnes dont le niveau de formation, le revenu et la situation professionnelle sont peu élevés ont de moins bonnes chances de jouir d'une bonne santé. Chez les enfants, santé et comportement en matière de santé dépendent, dès leur naissance, de la situation sociale des parents. Chez les adultes, les différences sociales portant sur les conditions de travail et de logement ont également une influence défavorable sur les chances de santé. Peuvent être mentionnés, le travail physique éprouvant, fatigue physique et psychique sans dédommagement approprié, manque de temps de récupération ou conditions de logement précaires (p. ex. moisissures, bruit et pollution). Le comportement en matière de santé est une autre cause de vulnérabilité des groupes socialement défavorisés. Il s'agit non seulement du comportement en matière d'alimentation, d'activité physique et de tabagisme, mais aussi du renoncement à recourir aux prestations médicales.

Il existe enfin ce qu'il est convenu d'appeler les facteurs d'influence horizontaux, comme le sexe, l'appartenance à une minorité sexuelle ou le handicap qui prêteraient les chances de bénéficier d'une bonne santé indépendamment de la situation socioéconomique. Par ailleurs, les études consultées ne permettent pas de conclure que les différences géographiques en matière d'approvisionnement en soins aient une influence sur les inégalités de santé.

11) Problèmes

Les problèmes suivants prédominent chez les groupes vulnérables en matière de santé:

- risque accru de mortalité,
- moins bonne autoévaluation de son état de santé,
- moins bonne qualité de vie liée à la santé,
- morbidité accrue (diabète, maladies cardiovasculaires, symptômes dépressifs),
- exposition accrue au stress,
- charge psychique élevée,
- surpoids, obésité,
- mauvaise santé dentaire,
- forme physique déficiente ou comportement moins favorable en matière d'alimentation et de santé, tabagisme quotidien,
- moins bon accès ou recours plus rare aux prestations du système de santé,
- plus forte exposition aux risques d'accident et de maladie au travail,
- problèmes spécifiques aux membres de minorités sexuelles.

Pour **les enfants socialement défavorisés**, une comparaison avec des pairs socialement plus favorisés fait ressortir, en plus du surpoids et de l'obésité, d'autres problèmes, tels que:

- troubles du comportement alimentaire,
- caries,
- difficultés psychologiques,
- perturbations du développement émotionnel, linguistique, cognitif et perceptif,
- premiers contacts plus précoces et plus fréquents avec des addictions,
- risque d'accident accru en raison d'un environnement de vie peu approprié aux enfants,
- exposition plus fréquente au tabagisme passif,
- probabilité accrue de problèmes émotionnels et d'hyperactivité (garçons), de problèmes de comportement et d'asthme (filles),
- participation plus rare à des associations sportives.

12) Mesures

La littérature est unanime sur le fait que la prévention ou l'éradication de l'inégalité de santé doit se faire à tous les niveaux politiques et intégrer différents champs d'action (p. ex. travail, logement, sécurité sociale) au sens d'une politique de santé multisectorielle (« Health in all policies » pour l'OMS et « Politique de santé globale » pour l'OFSP). C'est pourquoi nous avons sciemment adopté une perspective plus large dans notre recherche de mesures portant sur les causes constatées et les problèmes d'inégalité de santé. C'est ainsi que nous mentionnons non seulement les mesures et les programmes évalués et/ou considérés comme « bonne pratique », mais aussi des recommandations peut-être moins connues dans la pratique mais qui sont recommandées dans la littérature et que socialdesign a déduites sur la base de la présente analyse et de son expérience du terrain. Pour terminer, nous nous concentrons sur les mesures possibles des pouvoirs publics et les diverses mesures classées selon les domaines de compétence de la Confédération (OFSP et politique de santé globale, resp. « Health in all policies »), des cantons et des communes. Au cours de l'analyse, nous avons constaté que l'OFSP a déjà lancé divers projets et pris des mesures concernant cette thématique transversale de l'« égalité des chances en matière de santé », ou est en passe de le faire. Il est donc grand temps de donner une vue d'ensemble des initiatives existantes et, ainsi, de créer une base qui permettra d'exploiter les synergies et d'harmoniser certaines mesures. C'est également ce que le groupe d'accompagnement de l'OFSP a considéré comme essentiel. D'autres mesures, prioritaires, devraient améliorer la base de données sur l'inégalité de santé en Suisse (p. ex. le monitoring « Répartition des risques de maladie » ou la remise en question de l'instrument d'appréciation des coûts de la santé). Enfin, une politique de santé globale et ciblée ne peut pas faire l'impasse sur le développement préalable d'une stratégie pertinente (p. ex. par le biais d'une charte).

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch)	2
Abstract (Französisch)	2
Executive Summary (Deutsch)	3
Executive Summary (Französisch)	6
1 Einleitung	12
1.1 Gegenstand des Berichts und Fragestellungen	12
1.2 Aufbau des Berichts	13
2 Vorgehen	14
2.1 Ausgangslage.....	14
2.2 Literaturrecherche	15
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	15
2.2.2 Methodik.....	16
2.2.3 Suchbegriffe	17
2.3 Literaturanalyse	18
2.4 Workshop mit Begleitgruppe	18
3 Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheit	19
3.1 Beantwortung der Fragestellungen	19
3.1.1 Problemdefinition	19
3.1.2 Ursachen und Problemfelder	23
3.2 Fazit aus der Literaturanalyse zu Ursachen und Problemfeldern	29
4 Massnahmen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit	34
5 Fazit: Fokussierung auf Massnahmen der öffentlichen Hand	48
5.1 Massnahmen im Kompetenzbereich des BAG.....	49
5.2 Massnahmen im Sinne von „Health in all policies“.....	51
5.3 Massnahmen im Kompetenzbereich der Kantone	52
5.4 Massnahmen im Kompetenzbereich der Gemeinden	53
6 Literatur- und Materialienverzeichnis	54
6.1 Einbezogene Datenbanken	59
6.2 Einbezogene Zeitschriften und Reviews	59
6.3 Einbezogene Websites.....	60
7 Anhang: Forschungsstand ab 2012 zu Ursachen und Problemfeldern	61
7.1 Vertikale Faktoren der soziale Lage als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit (insbes. sozioökonomischer Status).....	61
7.2 Horizontale Faktoren der soziale Lage als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit.....	67
7.2.1 Lebenslage.....	67
7.2.2 Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit	67
7.3 Arbeitsbedingungen als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit	68
7.4 Umweltbedingungen/Wohnumgebung als Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit	68
7.5 Soziale Ressourcen als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit	69
7.6 Das Gesundheitssystem als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit	69
7.7 Das Gesundheitsverhalten als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit.....	69
7.8 Behinderung als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit.....	70
7.9 Untersuchungen, welche verschiedenen Ebenen des Modells berücksichtigen ..	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit (Stamm 2013 und Ergänzung durch socialdesign).....	15
Abbildung 2: Verwendete Suchbegriffe gemäss Richter et al. (2011)	17
Abbildung 3: Vulnerabilität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Gesundheitszustand	25
Abbildung 4: Good Practice Kriterien	35
Abbildung 5: Handlungsfelder einer multisektoralen Gesundheitspolitik (Hervorhebung durch socialdesign).....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über den Forschungsstand seit 2012.....	33
Tabelle 2: Bestehende Massnahmen und Empfehlungen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit	47
Tabelle 3: Priorisierung der Massnahmen im Kompetenzbereich des BAG.....	51
Tabelle 4: Priorisierung der Massnahmen einer umfassenden Gesundheitspolitik	52
Tabelle 5: In Recherche einbezogene Datenbanken.....	59
Tabelle 6: In Recherche einbezogene Websites	60

1 Einleitung

In der Anfang 2013 vom Bundesrat verabschiedeten nationalen Strategie „Gesundheit 2020“¹ sind verschiedene gesundheitspolitische Prioritäten und Handlungsfelder formuliert. Eines der Handlungsfelder ist die Stärkung von Chancengleichheit und Selbstverantwortung. Dies vor dem Hintergrund, dass, wie auch im internationalen Kontext feststellbar, in der Schweiz nicht alle Bevölkerungsgruppen dieselben Chancen auf Gesundheit haben. Dabei bestehen unterschiedliche individuelle und strukturelle Gesundheitsdeterminanten. Im Handlungsfeld „Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken“ sollen daher verschiedene Massnahmen eingesetzt werden, um die Gesundheitschancen der vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen zu stärken, insbesondere jene von Kindern und Jugendlichen, Personen mit tieferem Einkommen und Bildungsstand, älteren Menschen und Migrant/innen. Neben der Stärkung der Gesundheitschancen sollen Massnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit ergriffen werden.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Rahmen des Handlungsfelds „Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken“ ein Bündel an Massnahmen formuliert. Eine der Massnahmen ist das Projekt „Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten“. Innerhalb dieses Projekts wurde die vorliegende Studie erstellt. Mit dieser Studie werden die folgenden Ziele angestrebt:

- a) Bestandsaufnahme der Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten in der Schweiz, jedoch ohne Berücksichtigung des Themenfelds Migration resp. der Personengruppen „Migrant/innen“, da diese bereits innerhalb des Programms „Migration und Gesundheit“ bearbeitet werden.
- b) Klärung, welche Massnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit für das BAG in Frage kommen könnten.

1.1 Gegenstand des Berichts und Fragestellungen

Gegenstand der im 3. Quartal 2015 durchgeführten Studie ist die gesundheitliche Ungleichheit, mit Blick auf Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts. Der vorliegende Bericht basiert auf zwei zentralen Elementen:

- Literaturrecherche und -analyse zu Ursachen und Massnahmen;
- Workshop mit einer Begleitgruppe des BAG.

Die vorliegende Studie beinhaltet einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten in der Schweiz, unter Berücksichtigung des internationalen Wissenstandes. Zudem schildert sie bestehende Massnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit und zeigt mögliche weitere Massnahmen auf, welche das BAG weiter bearbeiten könnte.

Die Suche nach einer klaren Definition des Begriffs „gesundheitliche Ungleichheit“ zeigt, dass dieser den oft belegten Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Gesundheitszustand beschreibt. Entsprechend könnte stattdessen auch von sozialer Ungleichheit in Bezug auf Krankheit bzw. Lebenserwartung gesprochen werden.² Dies wurde bei der vorliegenden Studie berücksichtigt.

Die Studie hatte zum Ziel, Antworten auf die folgenden Fragestellungen geben zu können:

Problemdefinition:

- Welche Bevölkerungsgruppen sind in der Schweiz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besonders von Krankheitslast betroffen? Inwiefern handelt es sich bei dieser Krankheitslast um eine Primärindikation, inwiefern um eine Sekundärindikation?

¹ vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG (2013).

² vgl. Bodenmann/Green (2012), S. 2282; Maron et al. (2014), S. 432.

- Bei welchen dieser Gruppen ist die Krankheitslast besonders gross? Können die volkswirtschaftlichen Auswirkungen beziffert werden?
- Zu welchen Personengruppen und Themenfeldern bestehen Untersuchungsergebnisse, zu welchen sind diese im Vergleich seltener oder fehlend? (als Beurteilungsreferenz für „fehlend“ dienen die vom BAG 2011 und 2013 publizierten Studien zu gesundheitlicher Ungleichheit)³

Ursachen und Problemfelder:

- Welche Ursachen liegen der besonderen Betroffenheit/Vulnerabilität dieser Gruppen zugrunde?
- Welche spezifischen Problemfelder stehen bei diesen vulnerablen Gruppen in Bezug auf Gesundheit (sozioökonomische Lage, Wissen und Gesundheitskompetenz, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Ausgestaltung des Gesundheitssystems, vorbestehende gesundheitliche Probleme wie Behinderung, Sucht, etc.) im Vordergrund?

Massnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit:

- Welche Strategien und Massnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit werden in Forschung und Praxis (Schweiz und andere Länder) vorgeschlagen?
- Welche dieser Ansätze haben sich international und in der Schweiz als wirksam erwiesen? Welche positiven Erfahrungen wurden realisiert?
- Welche Ansätze und Massnahmen – insbesondere im Politikfeld Gesundheit – werden in der Schweiz bereits umgesetzt und welche spezifischen Problemfelder werden durch sie adressiert? Welche Akteursgruppen haben wo, wann, womit und wie lange diese Massnahmen umgesetzt? Zu welchen Ansätzen / Themenfeldern bestehen keine Umsetzungen (Lücken)?

Empfehlungen:

- Bei welchen dieser Problemfelder (Themenfelder und Personengruppen) könnten die Krankheitslast und ihre volkswirtschaftlichen Auswirkungen mit Massnahmen des BAG entscheidend gemindert werden?
- Welches sind die diesbezüglichen Massnahmen?
- Welcher (politischen, finanziellen, fachlichen, institutionellen, personellen etc.) Unterstützung bedürfte das BAG für die Umsetzung dieser Massnahmen (bspw. Kooperationen ämterübergreifend, mit Kantonen oder institutionellen Partnern) oder fixe Praxispartner (bspw. Fachverbände, Betroffenenorganisationen)
- Könnten diese Massnahmen mit anderen bereits erfolgenden Ansätzen verknüpft werden, wenn ja welche und unter welchen Bedingungen?
- Wie werden die verschiedenen potentiellen Massnahmen durch das BAG hinsichtlich ihrer Umsetzungsrealisierung eingeschätzt und wie sind diese Massnahmen entlang der Kriterien Problemdruck, Kosteneffizienz und Umsetzbarkeit priorisiert?

1.2 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht ist in zwei Teile gegliedert. Nach der Einleitung und der Beschreibung des Vorgehens beschreibt Kapitel 3 den Forschungsstand betreffend die Ursachen und Problemfelder der gesundheitlichen Ungleichheit und beantwortet die dazu formulierten Fragestellungen. In Kapitel 4 und 5 werden die bereits bestehenden Massnahmen sowie empfohlene Massnahmen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit dargestellt. Während das Kapitel 4 mögliche Massnahmen entlang der festgestellten Ursachen und Problemfelder gesundheitlicher Ungleichheit auflistet, beinhaltet das Fazit in Kapitel 5 eine Auflistung von gesundheitspolitischen Massnahmen, welche zum Kompetenzbereich des BAG oder anderer Akteuren der öffentlichen Hand gehören.

Im Anhang befinden sich die Beschreibungen der analysierten Studien.

³ Bei den genannten Studien handelt es sich um Richter et al. (2011) sowie Stamm et al. (2013).

2 Vorgehen

Die Literaturrecherche und -analyse wurde von socialdesign durchgeführt. Ein Zwischenbericht wurde im Oktober 2015 mit der Auftraggeberschaft und im November 2015 mit einer Begleitgruppe besprochen, welche aus Vertreter/innen von verschiedenen Einheiten des BAG bestand.

2.1 Ausgangslage

Da Richter et al. (2011) bereits eine Bestandsaufnahme der vor 2012 publizierten empirischen Studien zu gesundheitlicher Ungleichheit vorgenommen haben, bildete diese Studie bezüglich Vorgehen und Methode den Ausgangspunkt, um den Forschungsstand seit 2012 zu ermitteln.

Richter et al. (2011) sammelten, analysierten und bewerteten in ihrem systematischen Review empirische Studien, welche die relativen Erklärungsanteile unterschiedlicher Gruppen von Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit quantifiziert haben. Dabei zeigte sich, dass materielle und strukturelle, psychosoziale sowie verhaltensbezogene Faktoren einen Grossteil der Unterschiede in Gesundheit, Morbidität und Mortalität erklären. Dadurch, dass materielle Faktoren ihre Wirkung auch in hohem Masse über das Gesundheitsverhalten und psychosoziale Faktoren ausüben, kommt ihnen jedoch ein besonderer Stellenwert zu. Daneben verweisen die Autoren auf die medizinische Versorgung (Zugang und Qualität der medizinischen Versorgungsleistungen) sowie die Lebenslaufperspektive (kritische Lebensphasen oder Akkumulation von Risiken im Lebenslauf) als weitere Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit.

Für die Strukturierung der gesichteten Studien sowie zur Darstellung der Ergebnisse zu gesundheitlicher Ungleichheit stützt sich die vorliegende Analyse in Anlehnung an die im Auftrag des BAG kürzlich erstellte Grundlagenanalyse „Migration und Gesundheit“⁴ auf untenstehendes Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit von Stamm et al. (2013) (vgl. Abbildung 1).

Um zu verdeutlichen, dass nicht nur die soziale Lage – vermittelt über Lebensbedingungen, Lebensstil und Zugang zu Gesundheitsleistungen – zu gesundheitlicher Ungleichheit führt, sondern gemäss der Selektionshypothese⁵, auch die schlechte Gesundheit wiederum Ursache für einen tiefen sozioökonomischen Status sein kann, wurde das Modell in Abbildung 1 um einen Pfeil „Selektionsprozess“ ergänzt. In der Unterbindung dieser Selektionsprozesse bietet sich ein weiterer Ansatzpunkt für Massnahmen.

Neben dem sozioökonomischen Status als konventionelle vertikale Ungleichheitsdimension sind gemäss dem Modell in Abbildung 1 beim Thema gesundheitliche Ungleichheit auch die sogenannten horizontalen Ungleichheiten zu berücksichtigen. Dazu gehören Faktoren wie das Geschlecht, das Alter oder der Migrationshintergrund, welche sich zu individuellen und gruppenspezifischen sozialen Lagen verdichten. Horizontale Faktoren lassen sich im Gegensatz zu vertikalen Faktoren per definitionem nicht in eine Rangordnung von „grösser/kleiner“ bzw. „besser/schlechter“ bringen, sondern nach ja/nein unterscheiden. Auf Personen trifft ein horizontaler Faktor also entweder zu oder nicht (z.B. Migrationshintergrund), ein vertikaler Faktor trifft in der Regel immer zu, aber in unterschiedlichem Ausmass (z.B. Einkommen).⁶

⁴ vgl. Rüefli (2015).

⁵ vgl. z.B. Richter et al. (2011), S. 11.

⁶ vgl. Stamm et al. (2013); Stamm/Lamprecht (2009).

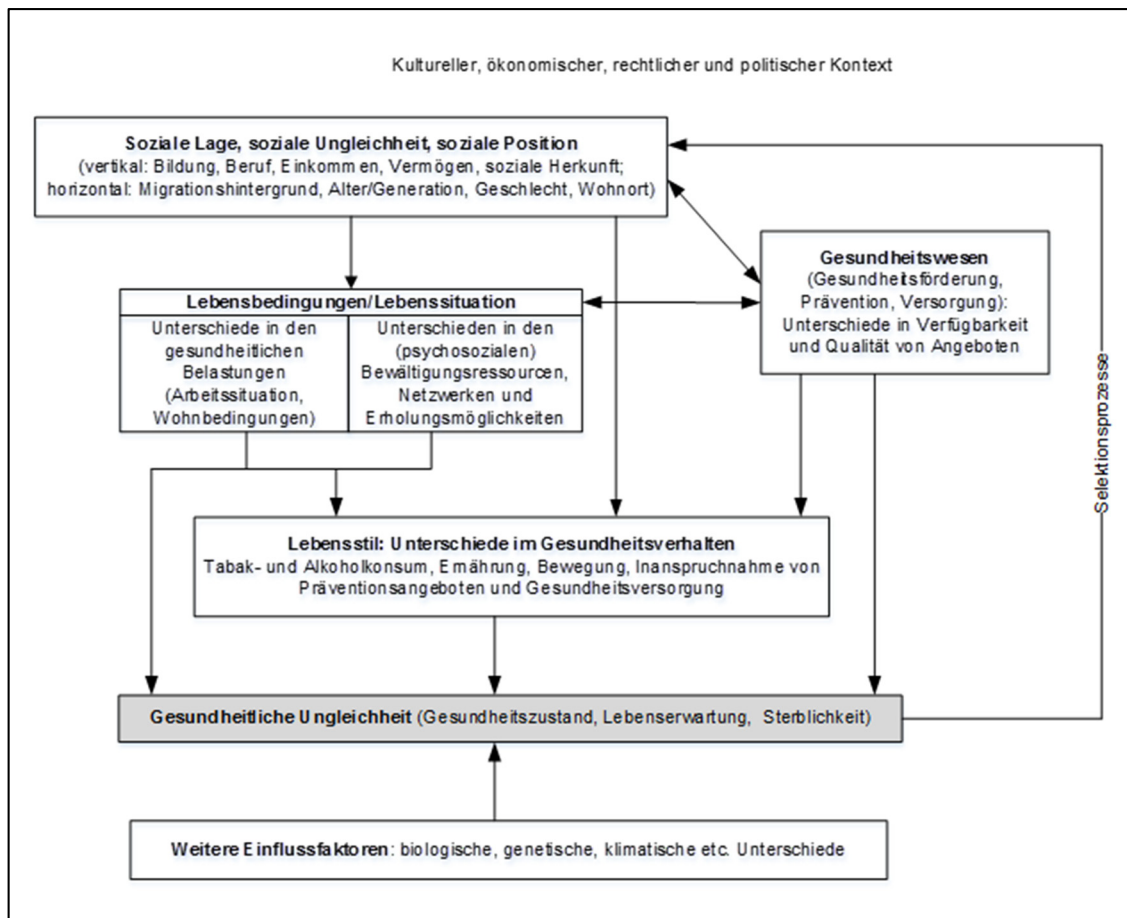


Abbildung 1: Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit (Stamm 2013 und Ergänzung durch socialdesign)

2.2 Literaturrecherche

Die Suchstrategie bei der Literaturrecherche bestand aus den folgenden Teilen:

- Suche in deutschsprachigen, französischsprachigen und englischsprachigen medizinischen sowie sozialwissenschaftlichen Datenbanken
- Suche nach ausgewählten Stichwortkombinationen

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Suche und Auswahl der Literatur waren die folgenden Kriterien leitend:

- **Publikationszeitraum: Jahre von 2012 bis 2015**
 - *Suche nach Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit in der Schweiz*: die Publikationen Richter et al. (2011) und Stamm et al. (2013) berücksichtigen bereits die vor 2012 publizierte Literatur, daher Einschränkung in der Recherche auf Studien bzw. Neuauflagen von Monografien, welche nach 2012 erschienen sind.
 - *Suche nach Ansätzen und Massnahmen*: falls unzureichende Ergebnisse, Ausweitung bis 2006; aufgrund der Praxiserfahrung von socialdesign sollten erfolgreiche Massnahmen aus früheren Jahren auch in aktuellerer Literatur noch Erwähnung finden bzw. würden die übrigen Massnahmen, welche nicht mehr erwähnt werden, wohl auch nicht zum Erkenntnisgewinn des BAG beitragen.

- **Qualitätskriterien:**
 - Quantitative Arbeiten müssen die wissenschaftlichen Qualitätskriterien Objektivität, Reliabilität, Validität erfüllen.
 - Qualitative Arbeiten müssen die sechs Gütekriterien von Mayring⁷ erfüllen:
 - Verfahrensdokumentation
 - Argumentative Interpretationsabsicherung
 - Regelgeleitetheit
 - Nähe zum Gegenstand
 - Kommunikative Validierung
 - Triangulation
 - Der Journal Impact Factor (JIF)⁸ wird hingegen nicht berücksichtigt, da dieser als Qualitätskriterium selbst in den Sozialwissenschaften umstritten ist.

- **Art der Literatur:**
 - Literaturrecherche/-analyse Kapitel „Ursachen und Problemfelder“: nur empirische Arbeiten wurden einbezogen.
 - Literaturrecherche/-analyse Kapitel „Massnahmen“: müssen sich auf die empirisch festgestellten Ursachen beziehen und sollen grossen Praxisbezug haben. Neben wissenschaftlicher Literatur wurde auch sogenannte „graue Literatur“ einbezogen, d.h. Publikationen, die oftmals nicht wissenschaftlichen Publikationskriterien genügen, jedoch hinsichtlich der praxisbezogenen Fragen zu den Massnahmen für das BAG von Relevanz sind. Unter „grauer Literatur“ werden schriftliche Dokumente verstanden, bspw. Konzepte, Studienarbeiten, Praxisberichte und Referate.

International vergleichende Studien, welche sich auf der Makroebene mit den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit befassen, indem sie verschiedene Typen von Wohlfahrtsstaaten und somit regime-spezifische Unterschiede in der Gesundheit untersuchen, wie diejenige von Rathmann (2014)⁹, wurden nicht einbezogen. Dies aufgrund der Annahme, dass diese insbesondere für die das BAG interessierende Frage nach Massnahmen weniger Ansatzpunkte bieten. Auch Untersuchungen, welche sich mit der gesundheitlichen Ungleichheit in einem sehr spezifischen, ausereuropäischen Kontext befassen, wurden weggelassen. Als Beispiel kann hier die Untersuchung von Kroll et al. (2014)¹⁰ zum Zusammenhang zwischen schneller Urbanisierung und gesundheitlicher Ungleichheit in Pune, Indien, genannt werden.

2.2.2 Methodik

Für die Literaturrecherche wurden systematisch verschiedene Kanäle genutzt:

- *Bibliotheksdatenbanken*: Decken viele publizierten Bücher und Zeitschriften ab, sowie zusätzliche Diplom- und Masterarbeiten
- *Internationale Datenbanken der Medizin und Sozialwissenschaften*: diese decken einen Grossteil der veröffentlichten Studien im Themenbereich von gesundheitlicher Ungleichheit und Massnahmen ab
- *Google scholar und google ordinary*: diese Recherche diente der Triangulation, um sicher zu gehen, dass allfällige weitere relevante Quellen mit Blick auf Literatur und Umsetzungsmassnahmen, welche nicht in obgenannten Datenbanken abgebildet sind, auch sichergestellt werden. Gerade nicht englisch-sprachige Publikationen sind nicht umfassend in den internationalen Datenbanken abgebildet.
- *Spezifische Websites*: diese fokussieren grossmehrheitlich auf die Praxis in der Schweiz und sind v.a. massnahmen- und umsetzungsorientiert von Interesse

⁷ vgl. Mayring (2002); Mayring (2010).

⁸ Der Journal Impact Factor (JIF) wird wie folgt ermittelt: Verhältnis zwischen „Zahl der Zitate im Bezugsjahr auf die Artikel der vergangenen zwei Jahre“ und „Zahl der Artikel in den vergangenen zwei Jahren“.

⁹ vgl. Rathmann (2014).

¹⁰ vgl. Kroll (2014).

2.2.3 Suchbegriffe

In diesem Kapitel werden die bei der Literaturrecherche verwendeten Suchbegriffe und Schlagwortkombinationen erläutert.

Recherche zu Ursachen und Problemfeldern

Um die Kontinuität zu den bisherigen Grundlagen-Arbeiten zum Thema sicherzustellen, wurde die Suchstrategie hinsichtlich der verwendeten Schlagworte analog von Richter et al. (2011, S. 21) gewählt. Einzig die Art der Studien wurde bei der Suche nicht eingeschränkt.

1. Block: SES: ("socioeconomic status" OR "socio economic status" OR "socioeconomic position" OR "socio economic position" OR SES OR SEP OR education* OR "social status" OR "social inequalities" OR "social inequality" OR "inequalities in health" OR "inequality in health" OR "health inequalities" OR "Health inequality" OR "health disparities" OR "health disparity" OR occupation* OR income)

AND

2. Block: (behavioral OR behavioural OR lifestyle OR "health related-behaviour" OR "health behavior")

AND

3. Block: (material OR structural OR psychosocial* OR psychologic*)

=

("socioeconomic status" OR "socio economic status" OR "socioeconomic position" OR "socio economic position" OR SES OR SEP OR education* OR "social status" OR "social inequalities" OR "social inequality" OR "inequalities in health" OR "inequality in health" OR "health inequalities" OR "Health inequality" OR "health disparities" OR "health disparity" OR occupation* OR income) AND (behavioral OR behavioural OR lifestyle OR "health related-behaviour" OR "health behavior") AND (material OR structural OR psychosocial* OR psychologic*)¹

Abbildung 2: Verwendete Suchbegriffe gemäss Richter et al. (2011)¹¹

Die Schlagwortkombinationen von Richter et al. wurden zudem nach Rücksprache mit der Auftraggeberschaft ergänzt um die folgenden Suchbegriffe:

- „Behinderung und gesundheitliche Ungleichheit“
- „Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheit“
- „Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Ungleichheit“

Recherche zu Massnahmen und Umsetzung

Die diesbezüglichen deutschen Suchbegriffe waren:

- *Konkrete Umsetzung*
 - Massnahme/n
 - Praxis
 - Projekte
 - Ansätze
 - Umsetzung
- *Problemdruck*

¹¹ vgl. Richter et al. (2011, S. 21)

- Krankheitslast
- Volkswirtschaftliche Auswirkung
- Versorgungslücke
- Fehlversorgung
- Anreize
- *Effizienz und Effektivität der Umsetzung*
 - Kosten
 - Kosteneffizienz
 - Finanzen
 - Finanzierung
- *Einschätzung der Umsetzbarkeit*
 - Umsetzbarkeit
 - Vorteile / Nachteile
 - Stärken / Schwächen
 - Schwierigkeiten / Chancen

In einem ersten Schritt wurden die auch in bisherigen Studien verwendeten Schlagwörter eingesetzt, in einem zweiten Schritt die auf die Umsetzung fokussierenden Schlagwörter. Damit erfolgte eine Verdichtung auf die umsetzungsrelevanten Publikationen, welche in der Literaturanalyse dann im Detail aufbereitet wurden (vgl. Anhang).

2.3 Literaturanalyse

Die Literaturanalyse folgte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Diese systematische Textanalysemethode versucht, der Interpretationsbedürftigkeit und Bedeutungsfülle sprachlichen Materials mit verschiedenen methodischen Techniken gerecht zu werden. Sie eignet sich zur Analyse von Textmaterial gleich welcher Herkunft. Ein zentrales Merkmal ist die Verwendung von Kategorien, die häufig aus theoretischen Modellen abgeleitet sind. D.h. Kategorien werden an das Material herangetragen, nicht unbedingt daraus heraus entwickelt, obwohl sie immer wieder daran überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden.¹²

Die acht Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring:

- 1) Festlegung des Materials
- 2) Analyse der Erhebungssituation
- 3) Formale Charakterisierung des Materials (Entstehung des Textmaterials)
- 4) Festlegen der Analyserichtung: Klärung der Fragestellungen der Analyse an die Texte, wobei die Fragestellung an die bisherige Forschung anknüpfen soll
- 5) Festlegung der Analysetechnik (zusammenfassende, explizierende oder strukturierende Inhaltsanalyse)
- 6) Analyseeinheiten festlegen (kleinster und grösster erlaubter Textbestandteil)
- 7) Durchführung der Analysen
- 8) Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung

2.4 Workshop mit Begleitgruppe

Zwecks Valorisierung der Ergebnisse der vorliegenden Literaturanalyse und Diskussion und Beurteilung der möglichen Massnahmen fand am 2. November 2015 mit einer Begleitgruppe, welche aus Vertreter/innen von verschiedenen Einheiten des BAG bestand, ein kurzer Workshop statt.

- Thomas Spang, Leiter Sektion Migration und Gesundheit, Direktion Gesundheitspolitik, Abteilung Gesundheitsstrategien
- Karin Gasser, Wiss. Mitarbeiterin, Sektion Migration und Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Direktionsbereich Gesundheitspolitik

¹² Flick (2005).

- Dijana Tavra, Wiss. Mitarbeiterin, Sektion Innovationsprojekte, Abteilung Gesundheitsstrategien, Direktionsbereich Gesundheitspolitik
- Damiano Urbinello, Wiss. Mitarbeiter, Sektion Innovationsprojekte, Abteilung Gesundheitsstrategien, Direktionsbereich Gesundheitspolitik
- Roland Charrière, Leiter Direktion Verbraucherschutz, Stellvertretender Direktor BAG
- Claude Vuffray, Leiter Sektion Datenmanagement und Statistik, Abteilung Versicherungsaufsicht, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
- Catherine Marik, Wiss. Mitarbeiterin, Sektion Grundlagen, Abteilung Nationale Präventionsprogramme, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
- Felix Gurtner, Ärztlicher Spezialist, Sektion Medizinische Leistungen, Abteilungen Leistungen, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Die Ergebnisse des Workshops flossen in den ganzen Bericht ein, insbesondere in das Kapitel 5.

3 Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheit

Das vorliegende Kapitel 3 der Literaturanalyse fokussiert auf die Hauptfragestellung, welche Studien nach obengenanntem Review von Richter et al. (2011) zu dieser Thematik entstanden sind und ob diese die von Richter et al. (2011) genannten sowie im Modell von Stamm et al. (2013) aufgeführten Ursachen bestätigen bzw. zusätzlichen Ursachen ermitteln konnten. Dabei werden die konkreten Fragestellungen der Auftraggeberschaft betreffend die Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheit und die Problemfelder beantwortet. Eine ausführlichere Beschreibung der in die Literaturanalyse einbezogenen Studien befindet sich im Anhang.

Im letzten Teil des Kapitels werden die Ergebnisse bezogen auf die Ursachen und Problemfelder gesundheitlicher Ungleichheit in einer Tabelle zusammengefasst.

3.1 Beantwortung der Fragestellungen

Nachfolgend werden gestützt auf die Literaturanalyse (vgl. Anhang) Antworten auf die vom BAG formulierten Fragestellungen skizziert. Dabei wird immer zuerst der Fokus auf die Studien aus der Schweiz gelegt, anschliessend Erkenntnisse von Studien aus anderen europäischen Ländern, insbesondere aus Deutschland und Frankreich geschildert. Die Thematik „Migrationshintergrund“ wird dabei explizit nicht berücksichtigt.

3.1.1 Problemdefinition

- 1) *Welche Bevölkerungsgruppen sind in der Schweiz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besonders von der Krankheitslast betroffen? Inwiefern handelt es sich bei dieser Krankheitslast um eine Primärindikation, inwiefern um eine Sekundärindikation?*

Die gesundheitlichen Risiken in Bezug auf die Lebenserwartung und das gesundheitliche Wohlbefinden der verschiedenen sozialen Schichten haben sich in der Schweiz in den letzten Jahren nicht angeglichen, obschon die Lebensbedingungen generell besser geworden sind, das Gesundheitswesen grundsätzlich allen offensteht und es heute deutlich weniger körperlich stark belastende Arbeitsplätze gibt. Je tiefer der sozioökonomische Status, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, an einem (psychischen oder physischen) chronischen Leiden zu erkranken. Zudem steigt mit dem sozioökonomischen Status auch die Lebenserwartung: Ein ungelerner Arbeiter stirbt im Durchschnitt vier bis fünf Jahre früher als ein Akademiker, bei den Frauen beträgt der Unterschied etwa drei Jahre.¹³

¹³ vgl. Schuwey/Knöpfel (2014), S. 124.

Aus den gesichteten Studien sowie den (explorativen) Untersuchungen von Lehmann (2012) und Sottas (2013) gehen folgende Personengruppen **in der Schweiz** als besonders vulnerabel hinsichtlich Gesundheit und Krankheit (Primärindikation) hervor:

- Personen mit tiefem (eigenem oder elterlichem) Bildungsniveau,
- Personen, welche in finanzieller Unsicherheit leben,
- Personen mit schwacher Integration im Arbeitsmarkt,
- Personen, welche in sozialer Isolation leben¹⁴,
- Personen mit niedrigem Berufsstatus,
- Personen in Führungspositionen,
- Ältere Menschen,
- Personen mit Behinderung,
- Personen mit akuten oder chronischen Krankheiten, physischen oder psychischen Beeinträchtigungen,
- Personen, welche unter einer Suchtproblematik leiden,
- Personen, die im Konflikt mit dem Gesetz stehen,
- Randständige, die jede staatliche Hilfe ablehnen,
- sogenannte Messies,
- sexuelle Minderheiten.

Einige der obengenannten Faktoren treten **oft in Kombination** auf, was zu besonderer (temporärer oder langfristiger) Vulnerabilität führt.¹⁵ Zu nennen sind beispielsweise:

- Personen mit tiefem Bildungsniveau und wenig materiellen Ressourcen,
- Ältere und sozial wenig integrierte Personen, welche unbemerkt in eine Hilfsbedürftigkeit hineinschlittern,
- Personen mit Demenz oder Altersparanoia und fehlender Krankheitseinsicht.

Personen, welche von einem der genannten Faktoren betroffen sind, sind jedoch nicht zwingend gesundheitlich benachteiligt, aber das Risiko der gesundheitlichen Benachteiligung ist bei der Kumulation dieser Merkmale erhöht.

Studien aus Deutschland nennen die gleichen Gruppen, wie die Studien zur Schweiz. Zudem belegen sie, dass Personen, welche sich selbst als sozial benachteiligt einschätzen¹⁶, ebenfalls schlechtere Chancen auf gute Gesundheit bzw. ein erhöhtes Mortalitätsrisiko haben.¹⁷

2) *Bei welchen dieser Gruppen ist die Krankheitslast besonders gross? Können die volkswirtschaftlichen Auswirkungen beziffert werden?*

Für die **Schweiz** konnten im Rahmen der vorliegenden Studie keine Daten ermittelt werden, welche die Krankheitslast der von gesundheitlicher Ungleichheit betroffenen Gruppen sowie die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Auswirkungen beziffern. Entsprechend kann die Frage, bei welchen der vulnerablen Gruppen die Krankheitslast am grössten ist, auch nicht beantwortet werden. Dies hängt vermutlich auch damit zusammen, dass die für die Berechnung notwendigen

¹⁴ Als vulnerabel in Bezug auf soziale Isolation, mangelnde Unterstützung und Einsamkeit (also Vulnerabilität hinsichtlich Gesundheit/ Krankheit als Sekundärindikation) erweisen sich nach Bachmann (2014) in der Schweiz folgende Gruppen :

- betagte Menschen, insbesondere alleinwohnende betagte Frauen
- Personen mit tiefer Schulbildung und geringen finanziellen Mitteln
- Migrantinnen und Migranten mit tiefem sozio-ökonomischem Status (Bildung, Wohlstand)
- Alleinerziehende
- Personen nach einer psychischen Erkrankung
- Junge Männer
- Alleinwohnende (insbesondere Männer ohne Lebenspartnerin).

¹⁵ vgl. Lehmann (2012), S. 52 und Haverkamp (2012).

¹⁶ vgl. Hoebel et al. (2015).

¹⁷ vgl. Scharte/Bolte (2012); Voges/Groh-Samberg (2012); Hoebel et al. (2015). Schäfer (2013) kommt zum Schluss, dass Rentner/innen mit niedrigem sozialen Status spezifisch hinsichtlich kardiovaskulärer und metabolischer Erkrankungen benachteiligt sind.

Daten nicht in geeigneter Form vorhanden sind. So fehlen beispielsweise statistische Daten zur Gruppe der sexuellen Minderheiten (Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender, abgekürzt LGTB), wobei auf die Erforschung der Krankheitslast dieser Bevölkerungsgruppe unter anderem auch bewusst verzichtet wird, um damit nicht deren Diskriminierung zu verstärken.¹⁸

Seit über zwanzig Jahren besteht jedoch in der Schweiz – ähnlich wie in der EU-Kommission, der Weltgesundheitsorganisation und anderen multilateralen Organisationen) die Bemühung, eine sogenannte **Gesundheitsfolgeabschätzung (GFA)**¹⁹ landesweit als Instrument für eine gesundheitsfördernde Politik- und Projektgestaltung zu etablieren. Diese dient dazu, die gesundheitlichen Auswirkungen von Politiken, Programmen und Projekten auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene im Vorhinein abzuschätzen und zu optimieren und stellt somit eine gesundheitsfördernde Entscheidungshilfe für alle politischen Bereiche dar. Damit eine Analyse als GFA eingestuft wird, sollten folgende Minimalanforderungen erfüllt sein:

- Die Ausgangslage bilden Politiken, Projekte, Programme oder Pläne, welche analysiert werden sollen und wo Entscheide anstehen.
- Die Verteilung der Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. auf Bevölkerungsuntergruppen wird beschrieben.
- Es wird ein Dialog zwischen den verschiedenen Stakeholdergruppen etabliert.

Die GFA soll dazu beitragen, die Abschätzung der gesundheitsbezogenen Auswirkungen von Gesetzen, Politiken, Strategien und Projekten institutionell zu etablieren und kann folgenden Mehrwert bieten:

- Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen,
- Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit,
- Stärkung der gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse,
- Optimierung des Ressourceneinsatzes,
- Förderung des transparenten und konstruktiven Dialogs mit der Bevölkerung und unter allen beteiligten Akteuren,
- Sensibilisierung der beteiligten Akteure für die Auswirkungen ihrer Handlungen und Entscheidungen auf die Volksgesundheit.

Die GFA ist auf politische Stossrichtungen, Programme und Projekte aller Art anwendbar, die einen direkten oder indirekten Bezug zur Gesundheit haben. Anwendungsgebiete mit indirektem Bezug zur Gesundheit sind insbesondere die Bereiche Raumordnung, Wohnraum, Transport und Mobilität, Tourismus und Sozialwesen. Dahinter steht auch die Überzeugung, dass es objektive und evidenzbasierte Informationen aus dem schweizerischen Kontext braucht, um ein starkes Argumentarium für Investitionen in die Gesundheitsbeurteilung entwickeln zu können. Allerdings scheint das Interesse der Kantone an den GFAs in den letzten Jahren zu stagnieren.²⁰

Ein im Zusammenhang mit den ökonomischen Folgekosten der gesundheitlichen Ungleichheit oft zitierter Bericht ist der **Marmot-Bericht (2010)**²¹ aus England, welcher die sozialen und ökonomischen Folgekosten anhand der verlorenen Lebensjahre, der verlorenen Lebensjahre in guter Gesundheit sowie der ökonomischen Kosten beziffert. Um einen Eindruck der Grössenordnung dieser Folgekosten in England zu vermitteln, sollen folgende Beispiele genannt werden: gemäss Schätzung könnten in England 2,6 Millionen Lebensjahre gewonnen werden, wenn die Mortalität aller Personen so niedrig wäre, wie sie in der oberen Bildungsgruppe bereits ist. Weiter gäbe es bedeutend weniger Kosten durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, wenn jede/r so gesund wäre, wie es die Personen im oberen 10%-Bereich der Einkommensverteilung bereits sind. Der jährliche Produktivitätsgewinn wird auf 31 bis 33 Milliarden britische Pfund, der jährliche Gewinn

¹⁸ vgl. Association PREOS (2012).

¹⁹ In der Schweiz hat sich die Verwendung des Begriffs "Gesundheitsfolgenabschätzung" (GFA) als deutsche Übersetzung des international gebräuchlichen Begriffs "Health Impact Assessment" (HIA) eingebürgert. In Deutschland wird in dem Zusammenhang von "Gesundheitsverträglichkeitsprüfung" gesprochen (vgl. Favre Kruit/Kessler (2015)).

²⁰ vgl. Favre Kruit/Kessler (2015) sowie <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/grundlagen-der-gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundheitsfolgenabschaetzung.html> (zuletzt besucht am 9.11.2015).

²¹ vgl. Marmot (2010).

an Steuern- und Sozialabgaben auf 20 bis 32 Milliarden britische Pfund geschätzt. Die durch die gesundheitliche Ungleichheit im englischen Gesundheitssystem jährlich anfallenden Mehrkosten werden auf 5 Milliarden britische Pfund geschätzt. Mackenbach et al. (2010) haben die ökonomischen Folgekosten der sozioökonomisch bedingten gesundheitlichen Ungleichheit in der EU geschätzt und kommen zum Schluss, dass 700'000 Todesfälle und 33 Millionen Krankheitsfälle durch gesundheitliche Ungleichheit bedingt sind. Diese Verluste machen 20% der gesamten Kosten der Gesundheitsversorgung sowie 15% der Gesamtkosten der Leistungen der sozialen Sicherheit aus. Der durch gesundheitliche Ungleichheit verursachte Verlust an Arbeitsproduktivität reduziert das BIP jährlich um 1.4%. Der monetäre Verlust wird insgesamt auf 980 Mrd. Euro pro Jahr oder 9.4% des BIP geschätzt.

Derartige Schätzungen, wie sie im Marmot-Bericht formuliert werden, sind nach Mielck (2012)²² bislang zu anderen Staaten kaum publiziert worden. Es können demnach für die Abschätzung der sozialen und ökonomischen Folgekosten in der Schweiz auch keine Studien von ausserhalb der Schweiz als Grundlage verwendet werden.

- 3) *Zu welchen Personengruppen und Themenfeldern bestehen Untersuchungsergebnisse, zu welchen sind diese im Vergleich seltener oder fehlend? (als Beurteilungsreferenz für „fehlend“ dienen die vom BAG 2011 und 2013 publizierten Studien zu gesundheitlicher Ungleichheit)*

Die Relevanz der von Richter et al. (2011) in seiner Metaanalyse genannten Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit wird durch den aktuellen Forschungsstand bestätigt, wobei sich der Grossteil der gesichteten Studien mit den **materiellen/strukturellen Ursachen** befasst, indem die Verteilung der gesundheitlichen Risiken in Abhängigkeit der Faktoren Bildung, Beruf und Einkommen untersucht wird.

Studien, welche sich mit den **psychosozialen Faktoren** nach Richter et al. (2011) (z.B. soziale Unterstützung, Bewältigungsressourcen, chronische Alltagsbelastungen wie Stress) befassen, sind im Vergleich dazu seltener. Untersuchungen, welche sich mit diesen sogenannten horizontalen Ungleichheitsdimensionen für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit befassen, bestätigen deren Relevanz, weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass Faktoren wie der subjektive soziale Status (SSS), das Geschlecht, der Familienstand, die regionale Zugehörigkeit, der Umfang wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie psychosoziale Belastungen im beruflichen und privaten Kontext in der zukünftigen Forschung stärker berücksichtigt werden sollten.

Die **verhaltensbezogenen Faktoren** werden in den gesichteten Studien – mit Ausnahme des Verzichts auf medizinische Leistungen – meist nicht als unabhängige, sondern als abhängige Variable einbezogen. Dies verdeutlicht deren vermittelnde Funktion zwischen sozialer Lage und Aspekten der Lebensbedingungen einerseits und der gesundheitlichen Ungleichheit andererseits, wie sie auch im Modell von Stamm et al. (2013) zum Ausdruck kommt. In dem Zusammenhang bestätigt sich, was Stamm et al. (2013) festgehalten haben, nämlich dass ein Grossteil der empirischen Analysen direkte Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und den gesundheitlichen Outcomes untersuchen, auch wenn diese Effekte primär durch die Ebenen der Lebensbedingungen, der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens vermittelt werden. Als mögliche Gründe dafür nennen die Autoren die Komplexität der intermediären Ebene, die unterschiedliche Relevanz der Zusammenhänge, je nach abhängiger Variable, die Datenlage sowie die Nachvollziehbarkeit der Analysen. Die Untersuchungen stützen sich hierbei auf die Daten der Schweizer Gesundheitsbefragung SGB, das Schweizer Haushaltspanel SHP oder die Schweizer Daten des European Social Surveys ESS.

Für die Schweiz existieren im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wenige nationalen Bevölkerungsdaten zu **Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren**, was die Möglichkeit zur Durchführung wissenschaftlicher Studien zum Effekt des sozialen Gradienten auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten einschränkt. Als bestehende Datenquellen zur **sozialen und regionalen Verteilung der Mortalität** in der Schweiz verweisen Abel et al. (2013) auf

²² vgl. Mielck (2012).

Bopp und Minder (2003), Spoerri et al. (2006) und Panczak et al. (2012). Hinsichtlich der Daten zum **Gesundheitsstatus und -verhalten** weisen die Autoren jedoch darauf hin, dass diese meist limitierte Aussagen zu Subpopulationen erlauben (z.B. Schweizer Gesundheitsbefragung SGB) und nur sehr wenige Gesundheitsindikatoren beinhalten (z.B. Schweizer Haushaltspanel SHP). In Bezug auf die **Gesundheit und das Gesundheitsverhalten junger Erwachsener** ist die Datenlage noch eingeschränkter, sodass der Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten dieser Bevölkerungsgruppe bisher kaum systematisch untersucht wurden.²³

Für die Schweiz befassen sich mehrere Studien mit der gesundheitlichen Ungleichheit bei der Gruppe der **Kinder und Jugendlichen**. Als Datengrundlage dieser Untersuchungen dienen neben den Schweizer Daten der „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie (HBSC) die „ch x-Jugendbefragung“ sowie das „Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste“.

Die **am häufigsten untersuchten vulnerablen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz** sind die Erwachsenen sowie Kinder und Jugendliche mit tiefem sozioökonomischem Status. In den qualitativen Studien erwähnt, in den analysierten quantitativen Studien hingegen nicht untersucht, wurden die folgenden spezifischen Bevölkerungsgruppen: Personen mit schwacher Sozialkompetenz, Personen, welche unter einer Suchtproblematik leiden, Personen, die im Konflikt mit dem Gesetz stehen, Randständige, die jede staatliche Hilfe ablehnen, sowie sogenannte Messies.

Um die gesundheitlichen Ungleichheit in der Schweiz besser abbauen zu können, sollte die **zukünftige Forschung** bei allen verschiedenen vulnerablen Gruppen den Fokus vermehrt auf die kumulativen Effekte der unterschiedlichen Einflussfaktoren setzen.

3.1.2 Ursachen und Problemfelder

1) *Welche Ursachen liegen der besonderen Betroffenheit/Vulnerabilität dieser Gruppen zugrunde?*

Es wird in den analysierten Studien deutlich, dass die Identifikation einer Bevölkerungsgruppe als gesundheitlich besonders vulnerabel sich nicht ausschliesslich auf die materielle Armut zurückführen lässt, sondern dass neben der ökonomischen Situation auch Faktoren wie die soziale Herkunft, familiäre Bedingungen, Bildungsferne, das Geschlecht oder die ethnische oder kulturelle Herkunft die Vulnerabilität von Personen bestimmen.²⁴

Der Grossteil der gesichteten Studien bestätigt, dass der sozioökonomische Status die Hauptursache für gesundheitliche Ungleichheit bildet. Ein **tiefer sozioökonomischer Status** verursacht die gesundheitliche Ungleichheit allerdings indirekt – vermittelt über ungünstiges Gesundheitsverhalten, psychobiologische Prozesse infolge erhöhter Stressexposition, Beeinträchtigungen der Wohnsituation oder der Zugehörigkeit der Erwerbsklasse der einfachen Arbeiter.²⁵ Im Alter scheinen sich zudem die Effekte des oftmals ungünstigen Gesundheitsverhaltens der Angehörigen niedriger sozialer Schichten zu kumulieren.²⁶ Bei Kindern sind die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ab der Geburt und während der gesamten Kindheit/Adoleszenz von der sozialen Lage der Eltern (Bildung, sozioökonomische Position, Lohnniveau) abhängig.²⁷

Eine der Ursachen für die Vulnerabilität sozial benachteiligter Gruppen liegt in den die gesundheitsbelastenden **Wohn- und Arbeitsbedingungen**. Dazu gehören prekäre (z.B. lärm- und abgasbelastete) Wohnverhältnisse ebenso wie harte körperliche Arbeit, psychische und physische Verausgabung ohne angemessene Entlohnung (sei dies in Form von Geld, Aufstiegschancen oder Arbeitsplatzsicherheit) und mangelnde Erholungszeit.²⁸ Zudem gehen verschiedene Berufs-

²³ vgl. Hofmann (2014); Abel et al. (2013).

²⁴ vgl. Lehmann (2012), S. 52; Sottas et al. (2013).

²⁵ vgl. Krause et al. (2014); Scharte/Bolte (2012).

²⁶ vgl. Schäfer (2013).

²⁷ vgl. Lehmann (2012).

²⁸ vgl. Schuwey/Knöpfel (2014).

gruppen mit unterschiedlichen Krankheits- und Unfallrisiken einher. Auch die Arbeitsbeschwerlichkeit spielt eine Rolle.²⁹ Vereinzelt gibt es Hinweise auf einen umgekehrten sozialen Gradienten in Bezug auf die psychische gesundheitliche Ungleichheit, wonach Angehörigen der oberen Dienstklassen (im Industriesektor) mit höherer Wahrscheinlichkeit von Stress und Burnout-Symptomen betroffen sind.³⁰

In Bezug auf **regionale Faktoren** als Ursache für gesundheitliche Ungleichheit sind die Resultate heterogen und schwer vergleichbar. In der Studie von Abel et al. (2013) zeigten sich gesundheitliche Unterschiede in Abhängigkeit der Sprachregion, wobei hier unklar ist, ob diese auf kulturelle Unterschiede oder solche in der Infrastruktur – insbesondere derjenigen für physische Aktivitäten – zurückzuführen sind. Demgegenüber ergaben sich keine systematischen Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen jungen Erwachsenen aus städtischem und ländlichem Gebiet.³¹ Regional bedingte Unterschiede (Sprachregion und Wohnort) in Bezug auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten waren dagegen in der Studie von Hofmann nur mässig ausgeprägt und fielen kaum statistisch signifikant aus.³²

Gemäss Aussagen der von Lehman (2012) befragten Expert/innen unterscheidet sich das **Gesundheitsangebot** in den verschiedenen Kantonen und Regionen, wobei die Qualität und -quantität zwischen den Gemeinden (Stadt-Land) des Gesundheitsangebotes variiert, was auch mit dem sozialen Gemeindeprofil verbunden ist (ökonomische Lage, Arbeitslosigkeit, Qualität der öffentlichen Dienstleistung usw.). Auch ist die Grundversorgung (Prävention, Akutspital und Versorgung von chronisch Kranken, Vorsorgeuntersuchungen, Rehabilitation) für die schwächsten Bevölkerungsgruppen mit kumulierten Risikofaktoren schwer zugänglich. Zum einen sind die Fachpersonen nicht immer genügend auf die spezifischen Probleme dieser Personen sensibilisiert, zum anderen erweist sich teilweise auch die Funktionsweise der Institutionen für diese als ungeeignet.³³

Neben den Barrieren auf der Angebotsseite werden als weitere Ursachen für die Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsgruppen der **Verzicht auf die Inanspruchnahme** der Gesundheitsversorgung sowie weitere Barrieren auf der Nachfrageseite genannt: Angst vor Kosten, fehlendes Wissen, fehlende Gesundheitskompetenz, Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten, sprachliche und kulturelle Barrieren oder fehlende Krankheitseinsicht.³⁴ 11 bis 15 Prozent der Schweizer Patienten und Patientinnen verzichten aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen.³⁵ Dabei handelt es sich v.a. um kranke, arbeitslose und isolierte Personen mit einer negativen Einschätzung ihres sozialen Status³⁶. Deren Verzicht kommt dabei häufiger vor, wenn der erstbehandelnde Arzt sich nicht für die soziale Situation der Patienten oder Patientinnen zuständig fühlt, diese überschätzt bzw. annimmt, dass die Betroffenen nicht darüber sprechen wollen.³⁷ Wie aus untenstehender Abbildung ersichtlich, führt neben der finanziellen Vulnerabilität auch eine zwischenmenschliche Vulnerabilität zum Verzicht auf medizinische Leistungen:

²⁹ vgl. Lehmann (2012), S. 58.

³⁰ vgl. Hämmig/Bauer (2013).

³¹ vgl. Abel et al. (2013).

³² vgl. Hofmann (2014).

³³ vgl. Lehmann (2012), S.51-54.

³⁴ vgl. Sottas et al. (2013), Fedewa et al. (2015).

³⁵ vgl. Schoen et al. (2010); Wolff et al. (2011); Vaucher et al. (2012).

³⁶ Der Zusammenhang von relativer Deprivation und gesundheitlicher Ungleichheit wird z.B. von Becker (2014) journalistisch aufgearbeitet.

³⁷ vgl. Bodenmann/Green (2012).

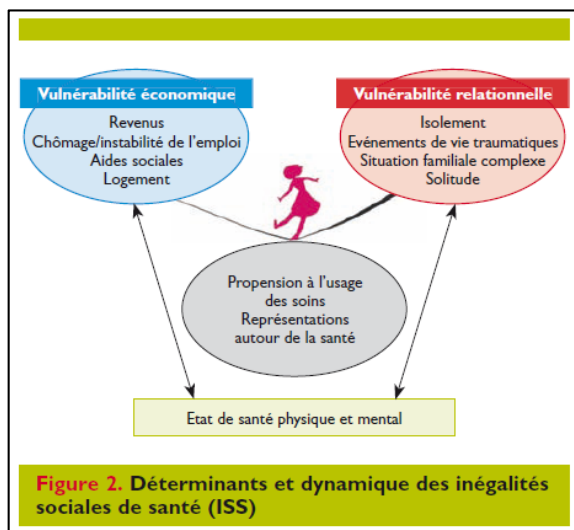


Abbildung 3: Vulnerabilität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Gesundheitszustand³⁸

Chatelard et al. (2012) kommen sogar zum Schluss, dass der **Verzicht auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als Haupteffekt** der gesundheitlichen Ungleichheit bezeichnet werden muss. Dies stimmt mit den Aussagen der von Sottas et al. (2013) befragten Experten überein, wonach in der Schweiz das Problem gesundheitlicher Ungleichheit weniger auf der Angebots- als vielmehr auf der Nachfrage- und Nutzungsseite zu verorten ist. Allerdings weisen Chatelard et al. (2012) darauf hin, dass der Verzicht auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei den vulnerablen Personen auch auf die Schwäche der medizinischen Grundversorgung (Hausarztmedizin), die vulnerablen Personen zu erreichen, zurückzuführen sei.

Der **soziale Gradient in Bezug auf die Inanspruchnahme** der Gesundheitsversorgung ist abhängig von der Art der medizinischen Behandlung. In der Schweiz – wie auch in anderen OECD-Ländern – zeigt er sich vornehmlich bei der Inanspruchnahme von Behandlungen durch Spezialist/innen, bei der zahnärztlichen Behandlung sowie bei präventiven Behandlungen wie dem Krebscreening (z.B. Brust und Hirn). Der soziale Gradient bei der gesundheitlichen Ungleichheit ist in Bezug auf die Behandlung durch Spezialisten sowie zahnärztliche Behandlungen zudem grösser, je höher der Out-of-pocket-Anteil ausfällt. Hinsichtlich der Beanspruchung in der Grundversorgung fallen die Unterschiede zwischen den Einkommensklassen schwächer aus, wobei die Wahrscheinlichkeit auf häufige Hausarztbesuche bei Personen mit tiefem Einkommen – sofern sie ärztliche Behandlung überhaupt in Anspruch nehmen – sogar grösser ist.³⁹ Aus diesen Studien und der von Chatelard et al. (2012) kann also resümierend der Schluss gezogen werden, dass die Grundversorgung nicht alle vulnerablen Bevölkerungsgruppen erreicht, sofern diese aber erreicht werden, diese dann den Hausarzt häufiger aufsuchen als Personen mit höherem sozioökonomischem Status.

Weiter werden folgende Gründe für die besondere Vulnerabilität **sexueller Minderheiten (LGBT)** aufgeführt:⁴⁰

- Stress wegen der Zugehörigkeit zu einer Minderheitsgruppe,
- Geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsinstitutionen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen mit Ärzten, medizinischem und pflegerischem Personal,
- Wenig Vertrauen in die Ärzte: bei 35% der homosexuellen Frauen weiss der Hausarzt nichts über die sexuelle Orientierung (21% der Frauenärzte), was zur Folge haben kann, dass die ergriffenen medizinischen Massnahmen unwirksam sind, da sie auf Heterosexuelle ausgerichtet sind,

³⁸ vgl. Chatelard et al. (2012).

³⁹ vgl. Devaux/de Looper (2012); Dourgnon (2013); Devaux (2014).

⁴⁰ vgl. Association PREOS (2012).

- Frauen sind in den Präventionskampagnen (HIV und Sexuell übertragbare Infektionen STI) kaum erwähnt, weshalb man denken könnte, dass Frauen, die Geschlechtsverkehr mit Frauen haben, kein Risiko haben, was aber nicht zutrifft,
- Unsichtbarkeit der Transgender: Bagatellisierung ihrer Anzahl und kein politischer Wille bzw. keine finanziellen Mittel, um ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Präventionsmassnahmen zu verbessern.
- Fehlen spezifischer epidemiologischer Daten und fehlende Untersuchungen zum Thema,
- Persistieren eines binären Klassifikationssystems (M oder F).

Die französische Studie von Bréchart und Lebas (2012) thematisiert das **Geschlecht** als Ursache für gesundheitliche Ungleichheit und zeigt auf, dass Frauen zwar länger leben als Männer, aber weniger „Lebensjahre in gutem Gesundheitszustand“ haben. Frauen haben grundsätzlich ein geringeres Risikoverhalten und gehen häufiger zum Arzt als die Männer. Darum haben sie auch eine längere Lebenserwartung. Ihr Vorsprung sinkt aber in der letzten Lebensphase. Aufgrund von beruflichen Ungleichheiten (tiefere Löhne, mehr Prekarität, unterbrochene Karriere usw.), verfügen die Frauen nach der Pensionierung über geringere finanzielle Ressourcen als die gleichaltrigen Männer. Da Frauen aber in der Regel aus zeitlichen und finanziellen Gründen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten verzichten, führt die materielle Ungleichheit im Alter auch zu einer gesundheitlichen Ungleichheit.

Stamm et al. (2013) weisen in ihrer Grundlagen-Arbeit darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der Literatur häufig anhand (bivariater) Zusammenhänge zwischen ausgewählten Merkmalen der sozialen Lage (z.B. Schulbildung, Einkommen, Geschlecht) und bestimmten Gesundheitsoutcomes thematisiert werden, während im Gegensatz dazu die intermediären Ebenen des Modells (z.B. Lebensstil, Arbeits- und Wohnbedingungen, Gesundheitsversorgung) seltener berücksichtigt werden.⁴¹ Die Ergebnisse der Literaturrecherche können dies bestätigen. Zwar finden sich für alle Erklärungsebenen Modells Untersuchungen, die grosse Mehrheit der gesichteten Studien befasst sich jedoch mit dem Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status – meist operationalisiert durch die (elterliche) Bildung – und der gesundheitlichen Ungleichheit.

2) *Welche spezifischen Problemfelder stehen bei diesen vulnerablen Gruppen in Bezug auf Gesundheit (Sozioökonomische Lage, Wissen und Gesundheitskompetenz, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Ausgestaltung des Gesundheitssystems, vor-bestehende gesundheitliche Probleme wie Behinderung, Sucht, etc.) im Vordergrund?*

In den gesichteten Studien werden folgende gesundheitsbezogenen Problemfelder der vulnerablen Gruppen (welche vielfach auch sozioökonomisch benachteiligt sind) mehrfach genannt:

Problemfelder in Bezug auf den Gesundheitszustand:

- erhöhtes Mortalitätsrisiko und tiefere Lebenserwartung,
- schlechterer selbstberichteter Gesundheitszustand,
- niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- erhöhte Morbidität (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, depressive Symptomatik),
- schlechte Zahngesundheit,
- erhöhte Stressexposition,
- hohe psychische Belastung,
- Übergewicht, Adipositas.

Problemfelder in Bezug auf das Gesundheitsverhalten:

- geringeres Fitnesslevel,
- ein ungünstigeres Ernährungs- und Gesundheitsverhalten (bspw. tägliches Rauchen).

Problemfelder in Bezug auf Verfügbarkeit und Nutzung des Gesundheitsangebots:

- Schwierigkeiten, die Angebote des Gesundheitssystems adäquat zu nutzen (Personen mit sehr tiefem Bildungsniveau),

⁴¹ vgl. Stamm et al. (2013); Stamm/Lamprecht (2009).

- Schwierigkeit, die Prävention und Gesundheitspromotion zu anzunehmen (Personen mit sehr tiefem Bildungsniveau),
- strukturelle Ungleichheiten beim Angebot und den Leistungen im Gesundheitsbereich (Bevölkerung ländlicher und benachteiligter Regionen, Bevölkerung mit bescheidenen Löhnen und Ressourcen).

Problemfelder in Bezug auf die Arbeitsbedingungen:

- sozialer und beruflicher Gradient in Bezug auf die Exposition von Unfall- und Krankheitsrisiken am Arbeitsplatz,
- vermehrte physische Beeinträchtigungen (Personen mit tieferer Bildung und niedrigerer beruflicher Stellung, Personen in sog. einfachen Diensten wie z.B. Restaurantfachleute, Reinigungskräfte),
- vermehrte psychische Gesundheitsbeeinträchtigung (Personen in nicht-manuellen Tätigkeiten mit höherem Status).

Problemfelder in Bezug auf Lohn und Einkommen:

- finanzielle Last der Krankenversicherungsprämie (ca. 1/3 der Bevölkerung bekommt finanzielle Hilfe, ca. 6-8% bekommen die volle individuelle Krankenkassenprämienverbilligung),
- Verzicht auf Inanspruchnahme (insb. Spezialisten, Zahnmedizin, Prävention) aus ökonomischen Gründen.

Spezifische Problemfelder sozial benachteiligter Kinder:

- Übergewicht und Adipositas,
- Essstörungen,
- Karies,
- psychische Auffälligkeiten,
- Beeinträchtigungen der emotionalen, wahrnehmungsbezogenen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung,
- frühere und häufigere Suchterkontakte,
- erhöhtes Unfallrisiko, da sozial benachteiligte Kinder häufiger in nicht kindgerechtem Wohnumfeld leben,
- häufiger Passivrauchen ausgesetzt,
- erhöhte Wahrscheinlichkeit für emotionale Probleme und Hyperaktivität (Jungen), Verhaltensprobleme und Asthma (Mädchen)
- seltenere Aktivität in Sportvereinen.

Spezifische Problemfelder sexueller Minderheiten (LGBT):⁴²

- Lesbische Frauen sowie FSF⁴³:
 - Mehr psychische Krankheiten, beispielsweise doppelt so viele Depressionen wie bei heterosexuelle Frauen,
 - Häufiger Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum,
 - Höhere Wahrscheinlichkeit für Übergewicht,
 - Häufigere sexuelle Gewalterfahrungen,
 - Erhöhtes sexuelles Risikoverhalten (häufigere sexuelle Kontakte zu Männern, darunter MSM und Drogenabhängige, häufige ungeschützte sexuelle Kontakte),
 - Bei Jugendlichen frühere und weniger sichere sexuelle Erfahrungen als heterosexuelle Jugendliche,
 - Weniger gynäkologische Konsultationen, was zu weniger Vorsorgeuntersuchungen und erhöhter Prävalenz von gewissen Krebsarten führt (z.B. Brustkrebs).
- Homosexuelle Männer sowie MSM⁴⁴:
 - Leiden häufiger an psychischen (Angstgefühlen, Depression, spezifische oder soziale Phobie) und physischen (Hexenschuss, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Magenbrennen) Störungen als heterosexuelle Männer,
 - Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Essstörungen und Anorexie,

⁴² vgl. Association PREOS (2012); Fish/Karban (2015).

⁴³ Abkürzung für „Frauen, die Sex mit Frauen haben“.

⁴⁴ Abkürzung für „Männer, die Sex mit Männern haben“.

- Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Alkohol- und Drogenabhängigkeit,
- Höhere Betroffenheit von HIV-Infektion und in der Folge erhöhtes Risiko für bestimmte Krebsarten.
- Bisexuelle Personen
 - Psychische Probleme (Schwierigkeit, sich zu definieren, fehlende Orientierung, fehlendes Zugehörigkeitsgefühl, Zurückweisung sowohl von hetero- als auch homosexuellen Personen),
 - Schwierigkeit, Beziehungen einzugehen aufgrund von Vorurteilen und Stigmatisierung in Bezug auf die sexuelle Orientierung,
 - Fehlender Zugang zu spezifischen Gesundheits- und Präventionsangeboten.
- Transgender Personen
 - Erhöhte Prävalenzrate von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten,
 - Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depression und Suizid,
 - Angebote des Gesundheitssystem sind unzureichend und unpassend,
 - Weigerung gewisser Krankenkassen, die Kosten für chirurgische Interventionen vor dem 25. Lebensjahr zu übernehmen,
 - Zusätzliche Vulnerabilität für Sexarbeiter/innen (Gewalt, Missbrauch),
 - Häufige Isolationshaft in Gefängnissen mit der Begründung des Schutzes vor Mitgefangenen.

Angesichts obenstehender Aufzählung muss darauf hingewiesen werden, dass die LGBT nicht als homogene Gruppe betrachtet werden dürfen und dass durch den Fokus auf Unterschiede zwischen LGBT und Heterosexuellen die Unterschiede innerhalb der Gruppe der LGBT ebenfalls nicht ausser Acht gelassen werden dürfen.⁴⁵

⁴⁵ vgl. Fish/Karban (2015).

3.2 Fazit aus der Literaturanalyse zu Ursachen und Problemfeldern

In diesem Kapitel wird gestützt auf die analysierte Literatur (vgl. Literaturverzeichnis sowie Anhang) in einer Tabelle zusammengefasst, in welchen Problemfeldern sich die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit manifestieren und welche Bevölkerungsgruppen von diesen Problemfeldern betroffen sind. Die Länderangaben in Klammern weisen darauf hin, für welches Land diese Aussage gemäss den verwendeten Daten gilt.

Ursachen	Problemfelder	Bevölkerungsgruppen
Soziale Lage, insb. sozio-ökonomischer Status (Bildung, Beruf, Einkommen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhtes Mortalitätsrisiko und tiefere Lebenserwartung (D) ▪ Schlechtere Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (CH, D) ▪ Niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität (CH, D) ▪ Häufigere Erkrankung an Diabetes (D) ▪ Erhöhtes Risiko für depressive Symptomatik (D) ▪ Erhöhtes Risiko für Übergewicht und Adipositas (CH, D) ▪ Erhöhtes Risiko für sportliche Inaktivität und tiefes Fitness-Level (CH, D) ▪ Erhöhte Stressexposition und in der Folge erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (gemessen anhand inflammatorischer Biomarker), vermittelt durch psychobiologische Prozesse (D) ▪ Weniger gesundheitsbewusstes Verhalten (Ess- und Trinkgewohnheiten, Rauchen) (CH, D) ▪ Häufigere physische und psychische Einschränkungen (D) ▪ Tiefere Kompetenz im Umgang mit gesundheitsbezogenen Angeboten (z.B. Präventions- und Rehabilitationsmassnahmen) (D) ▪ Geringe gesundheitliche Ressourcen (Unterstützung) (D) ▪ Häufigere Störungen in der Wohn- und Arbeitssituation (z.B. Schimmel, Feuchtigkeit, hohe Temperaturen, Lärm, Luftschadstoffe), was mit einem schlechteren selbstberichteten gesundheitlichen Wohlbefinden einhergeht (CH, D) ▪ Vermehrter Verzicht auf gesundheitliche Leistungen von Spezialist/innen, Zahnmedizin und Präventionsangeboten (z.B. aus Angst vor Kosten, fehlendem Wissen, fehlender Gesundheitskompetenz), was einen kausalen Effekt auf die Verschlechterung des wahrgenommenen Gesundheitszustandes hat (F, OECD) ▪ Soziale Ungleichheit in Bezug auf Palliative Care (bzw. Art und Weise des Sterbens) (D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen, welche in instabilem Wohlstand, Prekarität oder verfestigter, temporärer sowie inkonsistenter Armut leben (D) ▪ Personen mit tiefem sozioökonomischem Status (gemessen an Bildung, Beruf und Einkommen) (CH, D) ▪ Personen, welche in materieller Deprivation leben ▪ Männer, welche der einfachen Arbeiter- bzw. Facharbeiterklasse angehören (D) ▪ Personen mit niedrigem Berufsstatus (gemessen am ISEI, International Socio-Economic Index of Occupational Status, OECD) ▪ Nicht-Erwerbstätige, Arbeitslose (CH) ▪ Personen mit tiefem eigenem oder elterlichem Bildungsniveau bzw. ohne berufliche Bildung (CH, D, OECD) ▪ Ältere Personen (CH, D)

Ursachen	Problemfelder	Bevölkerungsgruppen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwächere Einschätzung der „compliance“ durch Arzt/Ärztin (F) ▪ Annahme von Arzt/Ärztin, dass diese Personen in Bezug auf Diätempfehlungen und -informationen weniger anspruchsvoll sind (F). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient/innen mit tiefem sozioökonomischem Status, besonders wenn von Diabetes und Bluthochdruck betroffen (F)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen (nicht aber psychische, psychosomatische und schmerzbezogene Erkrankungen) (D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multimorbide Patienten ab 65 Jahren mit niedrigem sozialem Status (D)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seltener Inanspruchnahme des colorectalen Screenings (CH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angehörige der untersten Einkommensklasse (CH)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitszustand wird von den Müttern schlechter eingeschätzt (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Adipositas (Jungen) (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für höheren SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)-Gesamtwert (Jungen) (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für emotionale Probleme (Jungen) (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für hyperaktives Verhalten (Jungen) (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Verhaltensprobleme (Mädchen) (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Asthma (Mädchen) (D) ▪ Seltener aktiv im Sportverein (D) ▪ Häufiger Passivrauchen ausgesetzt (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Beeinträchtigung der Wohnsituation (z.B. Lärm, Luftverschmutzung, Mangel an zugänglichen Grünflächen, Strassen mit hoher Verkehrsbelastung) (D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder alleinerziehender Frauen (Referenz: Kinder aus Paarfamilien) (D)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhtes Frühgeburtsrisiko (D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formal gering gebildete Frauen (D)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhtes Risiko für Entwicklungsverzögerungen (Jungen häufiger betroffen als Mädchen) (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Essstörungen (CH) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Karies (CH) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für frühe und häufige Suchterkontakte (CH) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten (CH) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für nicht kindgerechtes Wohnumfeld und daher erhöhtes Risiko für Verkehrsunfälle (CH) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Beeinträchtigungen der emotionalen, wahrnehmungsbezogenen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung (CH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Von Armut betroffene Kinder (CH) bzw. früh geborene Kinder mit niedrigem Sozialstatus (D)

Ursachen	Problemfelder	Bevölkerungsgruppen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychische Probleme (Angst, Depression, spezifische oder soziale Phobie) (CH⁴⁶) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für physische Probleme (Kopfschmerzen, Hexenschuss, Magenbrennen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit) ▪ Erhöhtes Suizidrisiko ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Übergewicht (bei Lesben und FSF) bzw. Anorexie und Essstörungen (bei Homosexuellen und MSM) ▪ Häufiger Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum ▪ Häufigere sexuelle Gewalterfahrungen ▪ Erhöhtes sexuelles Risikoverhalten ▪ Höhere Prävalenz von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten ▪ Weniger Inanspruchnahme gesundheitlicher (Vorsorge)Untersuchungen (z.B. für Brust- und Gebärmutterhalskrebs) ▪ Mangelhafte Passung zwischen Bedürfnissen und Gesundheitsangeboten ▪ Mangelhafte Ausbildung des Gesundheitspersonals ▪ Fehlen spezifischer epidemiologischer Daten und Untersuchungen <p>Konfrontation mit Vorurteilen und Stigmatisierung</p>	Sexuelle Minderheiten (LGBT): (CH) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesben und FSF (Frauen, die Sex mit Frauen haben) ▪ Homosexuelle und MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) ▪ Bisexuelle ▪ Transgender
Subjektiver sozialer Status	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für schlechteren Gesundheitszustand (D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen, welche sich selbst als benachteiligt wahrnehmen (D)
Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhtes Mortalitätsrisiko (D) ▪ Längere krankheitsbedingte Arbeitsausfälle (D) ▪ Schlechtere Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (CH, D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen aus industrialisierten Ländern mit sozial bedingten erhöhten gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz (D) ▪ Personen, welche der Berufsgruppe der einfachen Dienste angehören (z.B. Restaurantfachleute, Reinigungskräfte) (D)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für physische und psychische Beeinträchtigungen (Ängstlichkeit, Depressivität) sowie Beeinträchtigung der sozialen Aspekte des Lebens (D) ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit, sich psychisch belastet darzustellen (D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen, welche von Mehrfach- bzw. Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (D) ▪ Personen, welche ihren Arbeitsplatz als gefährdet wahrnehmen (D)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen (Burnout, Depression) (CH, D) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen in Führungspositionen bzw. Arbeitskräfte in nicht-manuellen Tätigkeiten mit höherem Status (CH, D)

⁴⁶ Alle in diesem Feld aufgeführten Problemfelder von LGBT sind für die Schweiz belegt.

Ursachen	Problemfelder	Bevölkerungsgruppen
Umwelt- /bzw. Wohn- bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Wahrscheinlichkeit auf schlechteren Gesundheitszustand (F) 	<ul style="list-style-type: none"> Personen, welche in einem wirtschaftlich und sozial benachteiligten Quartier oder einem Quartier mit hoher Arbeitslosigkeit wohnen (F)
	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und Adipositas (unabhängig vom sozialen Status der Eltern) (D) 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder, welche in Stadtgebieten mit hoher Verkehrsdichte wohnen (D)
Soziale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> Tiefere Lebenserwartung bzw. erhöhte Mortalitätsrate (CH) Erhöhtes Krankheitsrisiko (bes. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Infektionen) (CH) Schlechtere Genesungschancen und längere Genesungsdauer (CH) 	<ul style="list-style-type: none"> Von Einsamkeit betroffene Personen (Menschen mit psychischen Störungen, ältere Menschen (bes. Frauen)) (CH) Personen, denen es schwerfällt, Unterstützung zu erhalten (ältere Personen, jüngere Männer, Personen mit tiefer Schulbildung, Alleinlebende und -erziehende) (CH) Personen mit wenig Vertrauen in die Mitmenschen (Personen mit tiefer Schulbildung, Personen mit Migrationshintergrund aus armen Ländern) (CH)
	<ul style="list-style-type: none"> Inadäquate Aufnahmen der Bedürfnisse dieser Personengruppe (CH) Fehlendes Vertrauen, Angst vor Vorurteilen durch Ärzt/innen und anderes medizinisches Personal (CH) Wenig Berücksichtigung dieser Personen in Recherche- und Präventionsprogrammen (CH) Mangelndes Wissen der Ärzt/innen zum Umgang mit dieser Personengruppe (CH) 	<ul style="list-style-type: none"> LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) (CH)
Gesundheitssystem	<ul style="list-style-type: none"> Sprachbarrieren, die zu Fehlbehandlungen und Folgekosten führen (CH) Vorurteile oder Ablehnung durch Gesundheitsfachpersonen (CH) 	<ul style="list-style-type: none"> Personen mit Behinderung (CH)
	<ul style="list-style-type: none"> erhöhte Mortalitätsrate (div. Länder) erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schlechten selbstberichteten (oder bei Kindern von den Eltern eingeschätzten) Gesundheitszustand (div. Länder) schlechtere mentale Gesundheit (div. Länder) Sprach- und Kommunikationsstörungen (div. Länder) Erhöhte Exposition gesundheitsschädigender sozialer Bedingungen (div. Länder) Erhöhte Wahrscheinlichkeit für gesundheitsbezogenes Risikoverhalten (div. Länder) 	<ul style="list-style-type: none"> Personen mit kognitiver Beeinträchtigung (meist gemessen am IQ) (div., mehrheitlich englischsprachige Länder)
Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> Schlechtere physische und psychische Gesundheit (z.T. vermittelt durch sozioökonomische Nachteile aufgrund tieferem Bildungsniveau oder Arbeitslosigkeit) (AUS) 	<ul style="list-style-type: none"> Personen mit (mentaler, psychischer oder physischer) Behinderung (AUS)

Ursachen	Problemfelder	Bevölkerungsgruppen
	<ul style="list-style-type: none">▪ Geringer ausgeprägte informelle Netzwerke (AUS)▪ Schlechterer selbstberichteter Gesundheitszustand (AUS)	<ul style="list-style-type: none">▪ Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen (AUS)
	<ul style="list-style-type: none">▪ Geringer ausgeprägte Zugehörigkeit zu Gruppen (AUS)▪ Schlechterer selbstberichteter Gesundheitszustand (AUS)	<ul style="list-style-type: none">▪ Personen mit physischen Beeinträchtigungen (AUS)

Tabelle 1: Überblick über den Forschungsstand seit 2012

Da der Forschungsstand seit 2012 die früheren Ergebnisse zu Ursachen, Problemfeldern und vulnerablen Bevölkerungsgruppen bestätigt, wird in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt, welche neuen oder bisherigen Massnahmen (evtl. intensiviert oder neu koordiniert) sich dafür eignen würden, die gesundheitliche Ungleichheit abzubauen.

4 Massnahmen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit

Der zweite Teil der Literaturanalyse fokussiert auf die Hauptfragestellung, welche Strategien und Massnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in Forschung und Praxis vorgeschlagen werden und welche Erfahrungen (national, international) dazu bestehen. Die Grundlage bildeten dabei die auf den verschiedenen Ebenen des Modells durch die gesichteten Studien bestätigten Ursachen und Problemfelder für gesundheitliche Ungleichheit und deren Ausprägungen.

Als Quelle für die Massnahmen dienten thematische Recherchen mit Google sowie auf Websites von Kantonen, Gemeinden und Nonprofit-Organisationen⁴⁷. Die erwähnten Massnahmen sind exemplarisch zu verstehen, d.h. es kann durchaus sein, dass ähnliche Massnahmen auch in weiteren Kantonen oder Regionen bestehen.

Bei der Recherche nach Massnahmen bot die online Plattform „Gesundheitliche Chancengleichheit“⁴⁸ einen grossen Fundus an Good practice Beispielen von Projekten und Massnahmen zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit in **Deutschland**. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiiert und wird mittlerweile von über 60 Partnern getragen. Ziel des Kooperationsverbundes ist es, „Transparenz im vielschichtigen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Personengruppen zu erhöhen, die Qualität der Massnahmen zu verbessern und die Zusammenarbeit der Akteure zu stärken“⁴⁹. Der Kooperationsverbund ist in ein europäisches Konsortium eingebettet⁵⁰. Good practice wird vom Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit den folgenden Kriterien definiert:

⁴⁷ vgl. Gesundheitsförderung Schweiz <http://gesundheitsfoerderung.ch/> und <http://www.fcho.ch/> (beide zuletzt besucht am 9.11.2015).

⁴⁸ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> (zuletzt besucht am 10. 09. 2015).

⁴⁹ zit. von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

⁵⁰ vgl. <http://www.health-inequalities.eu/> (zuletzt besucht am 11. 09. 2015).

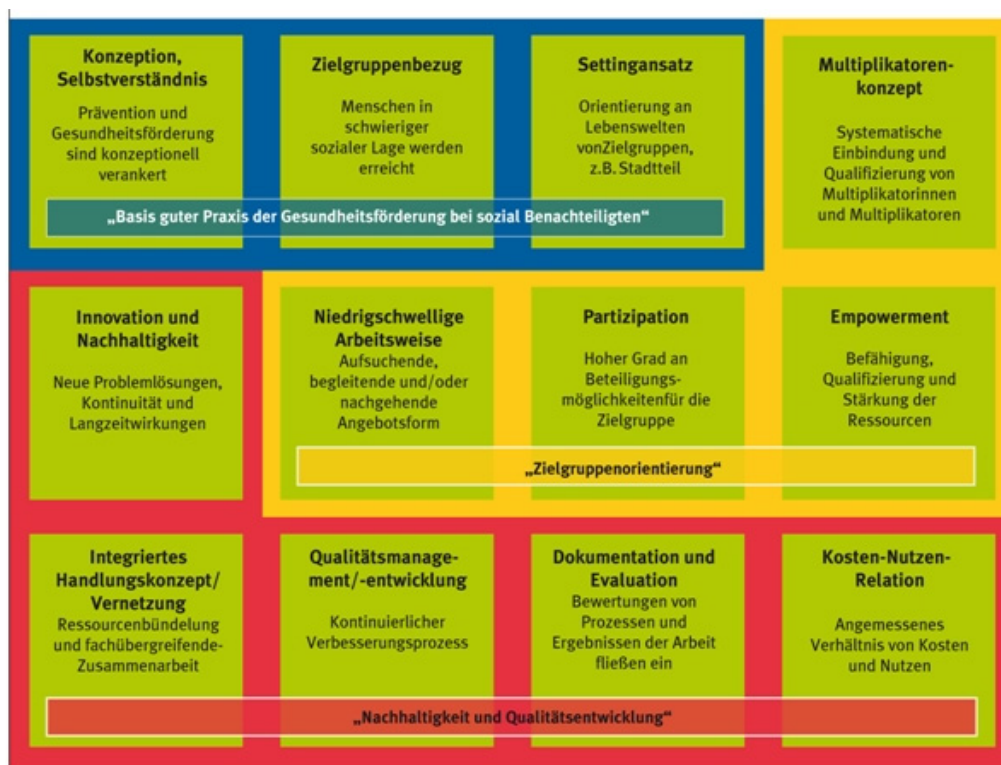


Abbildung 4: Good Practice Kriterien⁵¹

Nicht berücksichtigt wurden bei der Auswahl der Massnahmen die Publikationen zu den regionalen Projekten in den **Niederlanden**, welche seit den 1990er Jahren in Bezirken durchgeführt wurden, in denen die gesundheitliche Ungleichheit am grössten war. Im Zentrum der Massnahmen stand jeweils die Idee, dass die jeweiligen Projekte von der lokalen Bevölkerung umgesetzt oder initiiert werden.⁵² Diese Projekte wurden zwar stetig evaluiert, in den Publikationen seit 2006 sind dazu allerdings keine neueren Ergebnisse zu finden.

Die Ergebnisse der Recherche und Analyse von Massnahmen zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit in den festgestellten Ursachen und Problemfeldern sind nachfolgend in einer Tabelle dargestellt, welche gemäss dem Modell von Stamm et al. (2013) strukturiert ist. In dieser Tabelle werden für jede Ursache und die daraus resultierenden Problemfelder bestehende Massnahmen und Empfehlungen für Massnahmen aufgeführt.

Für das Verständnis der Tabelle ist wichtig zu wissen, dass hier bewusst eine breite Perspektive gewählt wurde, um die Komplexität der gesundheitlichen Ungleichheit und die entsprechend erforderliche Vielfalt bei den Massnahmen aufzuzeigen. Diese breite Perspektive wird insbesondere bei den folgenden Punkten ersichtlich:

- Qualität der erwähnten Massnahmen
 - In der Spalte „bestehende Massnahmen“ wurden nur solche erwähnt, welche entweder bereits evaluiert oder gemäss transparenter Kriterien als Good Practice eingestuft wurden.
 - In der Spalte „Empfehlungen/empfohlene Massnahmen“ wurden sowohl Empfehlungen erwähnt, welche bereits in anderen Studien entwickelt wurden, als auch solche, welche socialdesign auf Basis der Analyse und des Erfahrungswissens in der vorliegenden Studie formuliert wurden. Die Recherche ging dabei aus Zeit- und Ressourcengründen nicht

⁵¹ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

⁵² vgl. Grass/Bourdillon (2012).

der Frage nach, inwiefern diese Massnahmen konkret umgesetzt werden könnten oder ob allenfalls bereits einmal deren Umsetzung geprüft worden war.

- Flughöhe der Massnahmen
 - Während einige Massnahmen auf einer sehr konkreten Ebene ansetzen, sind andere auf einer generellen, programmatischen Flughöhe.
- Zuständigkeit für die Massnahmen
 - Öffentliche Hand: In die Tabelle wurden sowohl Massnahmen aufgenommen, welche in den Zuständigkeitsbereich des BAG fallen, als auch solche, welche in den Kompetenzbereich von anderen Bundesämtern, Kantonen oder Gemeinden fallen.
 - Private Träger: Verschiedene „Good practice“-Massnahmen sind lokal und werden von privaten Organisationen durchgeführt.

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
Soziale Lage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Armut, Prekarität, materielle Deprivation ▪ Tiefes eigenes / elterliches Bildungsniveau ▪ Einkommen, Erwerbsklasse, Berufsgruppe, Berufsstatus ▪ Mehrfach- / Langzeitarbeitslosigkeit ▪ Alter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationales Programm zur Bekämpfung von Armut (BSV). ▪ Sozialpaten im Bündnis für Augsburg*: Geschulte Patient/innen bieten Armutsbetroffenen und Menschen in sozialen Notlagen wöchentliche Sprechstunden zur Erarbeitung von Lösungen (z.B. in Bezug auf Schulden, Amtsgängen, Gesundheitsprävention).⁵³ ▪ Frühförderungsprojekt „primano“ der Stadt Bern**: Angebote: Kindertagesstätten, Spielgruppen, MuKi-Deutsch, Hausbesuchsprogramm „schritt:weise“, Quartierzentren mit Angeboten für sozio-ökonomisch benachteiligte Familien, Vernetzungsaktivitäten der primano Quartierkoordinationsstelle mit dem dazugehörigen Netzwerk aus Anbietenden und Zuweisenden im Vorschulbereich.⁵⁴ Das Pilotprojekt wurde evaluiert.⁵⁵ ▪ Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg*: Aufsuchende Beratung mit Fokus auf bedürftige Eltern von Kindern, die keine Kindertagesstätte besuchen.⁵⁶ ▪ Adebar – Beratung und Begleitung für Familien*: Niederschwellige Unterstützung für (werdende) Familien mit Kindern im Alter von bis zu zehn Jahren durch Angebote der familiären Krisenhilfe, des Familiencafés, der Hebammenhilfe und der Stadtteilentwicklung.⁵⁷ ▪ „Brookline Early Education Project“ in Boston, Massachusetts**: Es konnte gezeigt werden, dass frühe Förderung von soft skills wie Planen, Organisieren, Aufmerksamkeit etc. bei Kindern im Vorschulalter zu einem positiven Langzeiteffekt auch auf andere Lebens- und Persönlichkeitsbereiche (z.B. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multisektorische Alterspolitik, welche insbesondere die Aufrechterhaltung der Autonomie fördert, aber auch den heutigen Bedürfnissen angepasste Angebote/Aufnahmestrukturen (structures d'accueil) schafft.⁶⁸ ▪ Bekämpfung der (Langzeit-) Arbeitslosigkeit durch aktive Arbeitsmarktprogramme und Förderung der arbeitsmarktrelevanten Kompetenzen sowie Verbesserung der Lebensumstände von Arbeitslosen.⁶⁹ ▪ Fortführung einer gleichen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle, unabhängig von der sozialen Herkunft der Patient/innen.⁷⁰ ▪ Systematische Berücksichtigung des sozialen Gradienten bei Strategien des BAG, wie z.B. Palliative Care oder bei Langzeitpflege und Demenz. ▪ Einbeziehen der Kategorie „Gender“ bei der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheiten (gender-based analysis GBA).⁷¹

⁵³ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/sozialpaten-im-buendnis-fuer-augsburg/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

⁵⁴ vgl. www.primano.ch (zuletzt besucht am 17. 09. 2015).

⁵⁵ vgl. Tschumper et al. (2012).

⁵⁶ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/sozpaed-dienst-neubrandenburg/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

⁵⁷ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/adebar/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

⁶⁸ vgl. Lehmann (2012).

⁶⁹ vgl. Grass/Bourdillon (2012), S. 16.

⁷⁰ vgl. Lehmann (2012).

⁷¹ vgl. Mulé (2015).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
		<p>Stärkung der persönlichen Autonomie, adäquates Gesundheitsverhalten) führt.⁵⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erleichterter/ freier Zugang zu hochwertigen Kinderbetreuungsstätten bzw. Betreuungsgutscheine gemäss Pilotprojekt der Stadt Luzern⁵⁹ ▪ Projekt „Via“: Gesundheitsförderung im Alter.⁶⁰ ▪ Neues Altern in der Stadt – NAIS Bruchsal*: Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte sowie Bedarfsermittlung, Vernetzung und Qualitätsüberprüfung bestehender bzw. Schaffung neuer Angebote.⁶¹ ▪ Älterwerden und Gesundheit – Die Patient/innenschulung*: Förderung der Gesundheitskompetenz von sozial benachteiligten Frauen zwischen 40 und 70 Jahren sowie deren Befähigung zur besseren Orientierung im Gesundheitssystem.⁶² ▪ Frauengesundheit in Tenever*: Breitgefächerte niederschwellige Angebote für Frauen in einem sozialen Brennpunkt u.a. mit dem Ziel der Entwicklung von stützenden Netzwerken untereinander.⁶³ ▪ Arbeitshilfe 2000*: Kurzfristige, unbürokratische Vermittlung einfacher Arbeitsmöglichkeiten für gesundheitlich und/oder sozial benachteiligte Personen.⁶⁴ ▪ Mut tut gut! – Stärkung der psychischen Gesundheit für erwerbslose Frauen*: emotionale und psychische Stabilisierung von erwerbslosen Frauen durch ein 10-wöchiges psychoedukatives Trainingsprogramm zur Verbesserung der Voraussetzungen zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bzw. zur Teilnahme an Qualifizierungsmassnahmen.⁶⁵ 	

⁵⁸ vgl. Haverkamp (2012).

⁵⁹ vgl. http://www.stadt Luzern.ch/dl.php/de/51222c8e98e3d/Abschlussbericht_Pilotprojekt_Betreuungsgutscheine_Stadt_Luzern_Juni_2012.pdf (zuletzt besucht am 19.10.15)

⁶⁰ vgl. <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/projekt-via.html> (zuletzt besucht am 21. 09. 2015).

⁶¹ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/nais/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

⁶² vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/aelterwerden-und-gesundheit/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

⁶³ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/frauengesundheit-in-tenever/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

⁶⁴ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/arbeitshilfe-2000/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

⁶⁵ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mut-tut-gut/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsförderung im Kunstverein KaSo Wismar e.V.*: niederschwelliges Angebot zur kreativen Tätigkeit des Kunsthandwerks zum Anregen des Austausch und der Stärkung von Bewältigungsressourcen von Langzeitarbeitslosen.⁶⁶ ▪ Gesund jetzt – in sozialen Brennpunkten!*: Niederschwellige gesundheitliche Präventionsmodule zu den Themen Ernährung, Bewegung, Entspannung versus Gewalt, Umwelt, Impfstatus, Gesundheitsinformation sowie -erziehung vor Ort im sozialen Brennpunkt.⁶⁷ 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zugehörigkeit zu sexueller Minderheit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peer-to-Peer-Ansätze und aufsuchende Präventionsarbeit (z.B. von Mann-zu-Mann der Aidshilfe Bern).⁷² ▪ Enttabuisierung, z.B. Homepage „national lgbt cancer project“ mit Seite zu LGTB Gesundheitsrisiken⁷³ ▪ Niederschwellige, anonyme Gesundheitsangebote, wie z.B. „Checkpoint“ in Zürich.⁷⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitlicher Stand und Bedürfnisse der LGBT recherchieren und beziffern (insbesondere in Bezug auf lesbische Frauen und FSF).⁷⁵ ▪ Lesbische und bisexuelle Frauen informieren und routinemässige gynäkologische Kontrolluntersuchung fördern.⁷⁶ ▪ Die LGBT-Thematik in der Prävention einschliessen (Kampagne, Sexualerziehung usw.).⁷⁷ ▪ Transidenten Menschen den Zugang zu einer qualitativ besseren Chirurgie für die geschlechtliche Angleichung garantieren.⁷⁸ ▪ Spezielle Beratungsangebote für LGBT in den Agglomerationen schaffen.⁷⁹ ▪ Sensibilisierung für LGBT-Problematik intensivieren: LGBT-Broschüren in der Wartezimmer oder ein Feld „registrierte Partnerschaft“ im Eintrittsformular laden diese Population ihre

⁶⁶ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/kaso-wismar/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).
⁶⁷ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheits-jetzt/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).
⁷² vgl. <http://www.gassenarbeit-bern.ch/projekte.php> (zuletzt besucht am 5. 11. 2015).
⁷³ vgl. <http://lgbtcancer.org/lgbt-health-risks/> (zuletzt besucht am 16.10.2015).
⁷⁴ vgl. <http://www.zah.ch/sides/teststellen.html> (zuletzt besucht am 5. 11. 2015).
⁷⁵ vgl. Association PREOS (2012), S.17.
⁷⁶ vgl. Association PREOS (2012).
⁷⁷ vgl. Association PREOS (2012).
⁷⁸ vgl. Association PREOS (2012).
⁷⁹ vgl. Association PREOS (2012).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
			sexuelle Orientierung mit dem Arzt zur Sprache zu bringen. ⁸⁰
Subjektiver sozialer Status (SSS)	<ul style="list-style-type: none"> Selbstwahrgenommene soziale Benachteiligung 	<ul style="list-style-type: none"> Generationennetz Gelsenkirchen e. V.*: Förderung der Lebensqualität alter Menschen und Unterstützung deren Selbständigkeit und Selbstbestimmung durch Vernetzung verschiedener privater, gemeinnütziger und städtischer Einrichtungen in der Seniorenarbeit.⁸¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Berücksichtigung bei Gesundheitskampagnen
Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> Unfallrisiko am Arbeitsplatz Arbeitsplatz als gefährdet wahrgenommen Berufsspezifische körperliche / psychische Belastungen 	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot*: Senkung der gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen an Schulen.⁸² Verschiedene, branchenspezifische Unterlagen, Filme, Kampagnen zur Unfallprävention der SUVA; teils evaluiert (z.B. Kampagne Stolpern.ch).⁸³ „Flora Dora“ in der Stadt Zürich, „Grisélidis“ in Fribourg“, „Bus des femmes“: Spezifisches Projekt für Prostituierte, bei dem den Prostituierten am Abend, in der Nacht und früh am Morgen auf der Strasse entgegengegangen wird. Der Bus bietet Grundpflege und Prävention.⁸⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Untersuchung der mit dem Alter steigenden Gesundheitskluft zwischen den Berufsgruppen anstossen: Um den Zusammenhang zwischen Arbeit, Alter und Gesundheit zu verstehen, sind gezielte Längsschnittstudien notwendig.⁸⁵
Umwelt- / bzw. Wohnbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> Quartiere mit wirtschaftlichen und sozialen Problemen, hoher Arbeitslosigkeit Hohe Verkehrsdichte 	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung von Projekten der Nachbarschaftshilfe, z.B. „Quartiers solidaires“.⁸⁶ Prävention und Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene in verschiedenen Settings (Setting-Ansatz: Gesunde Städte, Regionen, Quartiere/Stadteile).⁸⁷ „Health Equity Impact Assessments (HEIA)“ zur Verringerung sozialräumlicher, gesundheitlicher Chancenungleichheit. Sie 	<ul style="list-style-type: none"> Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung fördern zur Identifizierung und Bewertung von Problemen, Bedarfen, Ressourcen, Potenzialen und vorhandenen Strukturen, Entscheidungsgrundlage, Basis für Qualitätsentwicklung und Evaluierung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung.⁹⁵

⁸⁰ vgl. Association PREO. (2012).

⁸¹ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/generationennetz-gelsenkirchen-e-v/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

⁸² vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheitsfoerdernde-schule-als-ganztagsangebot/> (zuletzt besucht am 19.10.2015)

⁸³ vgl. SUVA: <http://www.suva.ch/startseite-suva/praevention-suva/arbeit-suva.htm> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

⁸⁴ vgl. Flora Dora: <https://www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/arbeitswohndrogen/gassenpraesenz/aidspraevention/Angebot.html> (zuletzt besucht am 16. 9. 2015); Grisélidis: <http://www.griselidis.ch/fr/activites.html> (zuletzt besucht am 3. 11. 2015); Bréchat/Lebas (2012).

⁸⁵ vgl. Burr et al. (2013).

⁸⁶ vgl. <http://www.quartiers-solidaires.ch/> (zuletzt besucht am 21.09.2015).

⁸⁷ Vorgehensweise Setting-Ansatz: Einbezug und Beteiligung aller relevanten Gruppen im jeweiligen Setting-Kontext; Prozessorientierung anstatt vorgegebener Programme; Entwicklung integrierter Konzepte statt punktueller Einzelaktionen; Systeminterventionen, die teilweise individuelle Verhaltensweisen beeinflussen, aber auch die Verhältnisse innerhalb des Settings selbst (vgl. Sterdt/Walter (2012)).

⁹⁵ vgl. Böhme/Reimann (2012) und vgl. hierzu auch die „projets urbains“ von sechs Bundesstellen zur Förderung der gesellschaftlichen Integration in Wohngebieten: <http://www.are.admin.ch/themen/agglomeration/00630/02258/index.html?lang=de> (zuletzt besucht am 9.11.2015).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhte Exposition in Wohnungen und Wohnumfeld ▪ Eingeschränkter Zugang zu naturnahen Grünflächen und Freiräumen ▪ Infrastrukturelle Defizite 	<p>können einen Beitrag zur Unterstützung transparenter, beteiligungsorientierter Planungs- und Entscheidungsprozesse leisten, welche kurz- und mittelfristig die Gesundheitschancen von sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen verbessern.⁸⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programm „Soziale Stadt“⁸⁹: Städtebauliche Aufwertung und die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts in benachteiligten Stadt- und Ortsteilen. Im Vordergrund stehen städtebauliche Investitionen in das Wohnumfeld, die Infrastruktur und die Qualität des Wohnens mit dem vorrangigen Ziel, in den betreffenden Quartieren den sozialen Zusammenhalt und die Integration aller Bevölkerungsgruppen zu verbessern. ▪ „Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland“⁹⁰: Freiwilliger Zusammenschluss der beteiligten Kommunen. Es dient vor allem als Aktions- und Lerninstrument, mit dem die Arbeit vor Ort im Sinne der Gesunde Städte - Konzeption unterstützt werden soll. Das Gesunde Städte-Netzwerk spricht in fachlicher und fachpolitischer Hinsicht Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes, des Sozialamtes, des Wohnungsamtes, des Umweltamtes und der Stadtentwicklungsplanung ebenso an wie Vertreter/innen der Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen. ▪ Einfach und kostenlos zugängliche Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z.B. schulärztlicher Dienst, Diagnostik und Beratung bei Infektionskrankheiten, Impfungen).⁹¹ ▪ Schaffung von Grünflächen, Freizeit- und Sportanlagen, Kinderspielplätzen usw., insbesondere in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf, z.B. Agglomerationspark Limmattal.⁹² 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die häusliche Unfallprävention und Prävention von Freizeitunfällen weiterführen ▪ Die Verbreitung von Massnahmen zur Förderung der sozialen Vernetzung, z.B. Quartierzentren, unterstützen.⁹⁶ ▪ Die Beeinflussung der ernährungsbezogenen Umwelt (z.B. Anzahl an Fast-Food Restaurants, Nähe von Lebensmittelgeschäften, Vielfalt an gesunden Lebensmittelangeboten) in die Quartier-/Stadtentwicklung einbeziehen⁹⁷ ▪ Nationale Unterstützung der Prävention/Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene, z.B. mittels Pilotprojekten oder Austauschplattformen ▪ Health Equity Impact Assessments (HEIA) entwickeln zur Unterstützung transparenter, partizipativer Planungs- und Entscheidungsprozesse

⁸⁸ vgl. Hornberg/Pauli (2012).

⁸⁹ vgl. http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/Programm/programm_node.html (zuletzt besucht am 3. 11. 2015).

⁹⁰ vgl. <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/> (zuletzt besucht am 18. 09. 2015).

⁹¹ vgl. Sterdt/Walter (2012); Böhme/Reimann (2012).

⁹² vgl. <https://www.zh.ch/internet/de/aktuell/news/medienmitteilungen/2014/limmatuferweg.html> (zuletzt besucht am 18. 09. 2015).

⁹⁶ vgl. Bachmann (2014).

⁹⁷ vgl. Sterdt/Walter (2012).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
		<ul style="list-style-type: none"> Denk-Sport-Spiel-Parcours, Wulsdorf*: Treffpunkte für alle Generationen und Nationalitäten mit Geschicklichkeitsspielen, Brettspielen, Spiel- und Fitnessgeräten sowie Ort der Ruhe und des Austauschs.⁹³ „KOMPASS“^{***}: Niederschwelliges Angebot der städtischen Gesundheitsdienste Zürich, das Krisenintervention und Case Management für Patientinnen und Patienten in komplexen medizinischen und sozialen Situationen bietet.⁹⁴ 	
Soziale Integration / soziale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> Fehlende Unterstützungsnetzwerke Einsamkeit Fehlendes Vertrauen in Mitmenschen Randständigkeit (z.B. durch Suchterkrankungen, legale Konflikte, psychische Erkrankungen) 	<ul style="list-style-type: none"> Projekt „HotA – Hometreatment Aargau“: Aufsuchende Familienarbeit für Familien mit psychisch krankem Kind oder Elternteil. Berücksichtigung der Kinder in den Beratungs- und Therapiekonzepten für körperlich und psychisch kranke sowie suchtkranke Eltern. „CODES“: Projekt im Frauengefängnis Rennes. Ziel ist es, dass die Frauen die Gesundheit als Ressource für die spätere Integration betrachten. Man gibt ihnen Platz, um sich auszudrücken, usw.⁹⁸ Mehrgenerationenhaus München*: Vielfältige Begegnungsmöglichkeiten zur Unterstützung des Aufbaus sozialer Netze unter Bewohner/innen von Sozialwohnungen.⁹⁹ Projekt von Cité Générations: Die infirmière de santé publique* ist an den Bahnhöfen und in den Quartieren präsent, um Menschen bei Gesundheitsfragen behilflich zu sein¹⁰⁰ Idefix Rund um den Hund*: Betreuung der Hunde von Drogenabhängigen z.B. während eines Krankenhaus- oder Therapieaufenthaltes, Aufbau von tagesstrukturierenden und vorbereitenden Massnahmen zur Reintegration suchtmittelabhängiger Menschen.¹⁰¹ Angebote mit monitorisierender Wirkung wie Mittagstische und Mahlzeitendienste einrichten.¹⁰² 	<ul style="list-style-type: none"> Internet-Plattform à la „Gesundheitliche Chancengleichheit für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ausbauen, z.B. bei Gesundheitsförderung Schweiz mobile und niederschwellige Gesundheitsangebote schaffen Sensibilisierung für ganzheitliche Gesundheitsangebote (inkl. Zeit für Alltagsfragen: Finanzierung etc.) Diversity-Massnahmen unterstützen zur Prävention von Exklusion

⁹³ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/denk-sport-spiel-parcours-wulsdorf/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

⁹⁴ vgl. http://www.gn2025.ch/fileadmin/files/docs/Projekte/Kompass_Evaluation-Schlussbericht_2013_02_01.pdf (zuletzt besucht am 3. 11. 2015).

⁹⁸ vgl. Bréchat, Pierre-Henri & Lebas, Jaques (Ed.) (2012). Innover contre les inégalités de santé. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, S. 93.

⁹⁹ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mehrgenerationenhaus-muenchen/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

¹⁰⁰ vgl. <http://www.hug-ge.ch/infirmiere-sante-publique> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

¹⁰¹ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/idefix/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

¹⁰² vgl. Sottas (2013).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
Gesundheitsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ess- und Trinkgewohnheiten ▪ Rauchen ▪ Bewegung ▪ Inanspruchnahme des Gesundheitssystems 	<p>Kinder und Jugendliche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CH: Kantonale Aktionsprogramme zu Ernährung, Bewegung und Körpergefühl, ausgerichtet auf Kinder und Jugendliche gemäss dem Lebensphasenmodell. Es steht eine Liste von besonders empfehlenswerten Projekten zur Verfügung.¹⁰³ ▪ Stärkung der Elternkompetenz (u. a. Körperpflege, Bewältigung von Schrei- und Schlafproblemen, Krankheitswissen und Erste Hilfe, Entwicklungsförderung): <ul style="list-style-type: none"> - Baby-Führerschein*: Kurs zur Unterstützung sozial benachteiligter Familien in Fragen rund um Elternschaft und die Bedürfnisse von Säuglingen und Kleinkindern.¹⁰⁴ - Familien-Hebammen*: Begleitung von sozial benachteiligten Mütter und Väter sowie deren Kinder von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres durch Hausbesuche und verschiedene Kurse.¹⁰⁵ - Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte / sozial-medizinische Elternberatung*: Förderung der Stillmotivation und der Bereitschaft zum Stillen und Verlängerung der Stillzeit.¹⁰⁶ ▪ Mundhygiene und Kariesprophylaxe: Putzen ab dem 1. Zahn im 6. Lebensmonat, Gruppenprophylaxe beginnend in den Kindertagesstätten für Unterdreijährige. ▪ Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen. ▪ Weiterentwicklung der Qualität von Programmen zur Gewichtsreduktion bei Kindern. ▪ Umgang mit ADHS und entsprechendes Elterntaining. ▪ Sensibilisierung für Hinweise auf Essstörungen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Präventions- und Gesundheitsförderungs-massnahmen, die den sozialen Gesundheitsgradienten berücksichtigen und benachteiligte/vulnerable Kinder und Erwachsene ansprechen.¹¹⁰ ▪ Zugänglichkeit und Sensibilisierung für kolorektales Krebscreening für Personen der unteren Einkommensklassen gezielt fördern.¹¹¹

¹⁰³ vgl. <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/ernaehrung-und-bewegung-bei-kindern-und-jugendlichen/kantonale-aktionsprogramme/module.html> (zuletzt besucht am 15.10.15).

¹⁰⁴ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/baby-fuehrerschein-hamburg/> (zuletzt besucht am 19. 10. 15).

¹⁰⁵ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/familienhebammen-im-kinder-und-familienzentrum-kifaz-barmbek-sued/> (zuletzt besucht am 19. 10. 15); <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/familienhebammen-in-sachsen-anhalt/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

¹⁰⁶ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/stillfoerderprogramm-fuer-sozial-benachteiligte/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

¹¹⁰ vgl. Lehmann (2012), S. 115f..

¹¹¹ vgl. Fedewa et al. (2015).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
		<ul style="list-style-type: none"> „Teenager ohne pfundige Probleme“: Schulbasiertes Präventionsprogramm zur Prävention von Übergewicht bei Knaben¹⁰⁷ Projekte der Stiftung IdéeSport (z.B. MidnightSports, OpenSunday, PowerPlay, MiniMove).¹⁰⁸: Projekte wurden vielfach ausgezeichnet und sind oft in sozialen Brennpunkten tätig. Gesundheitsförderung mit benachteiligten Jugendlichen im IB Hirschfelde*: Stärkung der Gesundheitskompetenzen und Sensibilisierung der Jugendlichen für eine gesunde Lebensweise in der Bildungseinrichtung.¹⁰⁹ <p>Erwachsene:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung für Verzicht auf motorisierte Teilnahme am Strassenverkehr nach Alkoholgenuss. 	
Gesundheitssystem	<ul style="list-style-type: none"> Ungleichbehandlung durch Gesundheitsfachpersonen aufgrund sozialem Status / Migrationshintergrund / Behinderung Inadäquate Behandlung aufgrund Kommunikationsbarrieren Vorurteile, Ablehnung gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen Fehlendes Wissen zum Umgang mit spezifischen Bevölkerungsgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> Zugang zum Gesundheitssystem gewährleistet über Krankenkassen-Prämienverbilligung¹¹² „Observance thérapeutique“: Austausch zwischen den Pflegenden, die sich um eine Person kümmern, Erhebung anhand eines Fragebogens beim ersten Besuch. Die Krankenschwester sieht und bekommt andere Informationen zur Patientenumwelt als der Arzt selber. Informationen über die Lebenssituation hilft die richtige Betreuung ab Anfang zu haben.¹¹³ Spitex Lueg (alle MA können Weiterbildungen zu psych. Grundwissen machen) Dank der Existenz diverser Stiftungen unterstützt das Unispital beider Basel (UKBB) jährlich rund 1000 Familien 	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsfolgeabschätzung (GFA): weiteres Vorgehen klären, z.B. Lead und ob eine nationale Koordination sinnvoll wäre.¹²⁴ Studien zu sozialen und ökonomischen Folgekosten gesundheitlicher Ungleichheit durchführen (z.B. ähnlich wie Marmot-Bericht 2010).¹²⁵ Gesundheitspersonal schulen/sensibilisieren zu: <ul style="list-style-type: none"> sexueller Anamnese (insb. LGBT)¹²⁶ Gesundheitlicher Ungleichheit (health literacy)¹²⁷

¹⁰⁷ vgl. <http://www.dieinitiative.de/menue/nibis.phtml?menid=1589> (zuletzt besucht am 10.09.2015).

¹⁰⁸ vgl. <http://www.ideesport.ch/> (zuletzt besucht am 11.09. 2015).

¹⁰⁹ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheitsfoerderung-hirschfelde/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

¹¹² vgl. Lehmann (2012), S. 49f..

¹¹³ vgl. Bréchat/Lebas (2012), S. 128.

¹²⁴ vgl. Favre Kruit/Kessler (2015).

¹²⁵ vgl. Mielck (2012); Association PREOS (2012), S. 11.

¹²⁶ vgl. Association PREOS (2012).

¹²⁷ vgl. Bodenmann/Green (2012); Grass/Bourdillon (2012), S. 12.

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlender Bereitschaft des Managements zur Umsetzung von Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit ▪ Krankenkassenprämien ▪ Zugangshürden für vulnerabelste Bevölkerungsgruppen 	<p>mit kleinem Budget, welche von chronischen Krankheiten betroffen sind¹¹⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niedrigschwellige Anlaufstellen von HEKS, SRK, Caritas, das PMU im CHUV, Cité Générations in Onex¹¹⁵. ▪ open.med*: Kostenlose gesundheitliche Versorgung für Menschen ohne Versicherungsschutz und Zugang zu weiterführender medizinischer Behandlung, Prävention und Beratung.¹¹⁶ ▪ Fri-Santé Raum für Beratung und Behandlung**: Ziel des Vereins ist es, den Zugang zur medizinischen Versorgung und zum Gesundheitssystem für vulnerable Gruppen.¹¹⁷ ▪ PASS in Frankreich: Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) sind sozio-medizinische Strukturen, die einen Zugang für alle ermöglichen, und teilweise auch in Spitälern integriert sind.¹¹⁸ ▪ Bessere Koordination von Massnahmen im Bereich Sozialhilfe¹¹⁹ ▪ Versorgungsplanung der Kantone, so z.B. im Bereich Psychiatrie in Bern ▪ Case Management im Luzerner Kantonsspital ▪ Einsatz allgemeinverständlicher, leicht auszuwertender Fragebögen zu psychosozialen Arbeitsbelastungen oder Depressivität.¹²⁰ ▪ Questionnaire DiPCare-Q en français (Deprivation in Primary Care Questionnaire): Fragebogen, welcher materielle, soziale und gesundheitliche Prekarität erfasst.¹²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerablen Gruppen und deren Bedürfnisse¹²⁸ ▪ Ärzte und Ärztinnen darin unterstützen, psychosoziale Risikofaktoren und sozialstrukturell bedingte spezifische Belastungskonstellationen im anamnestischen Gespräch mit wenigen, zielgerichteten Fragen zu explorieren.¹²⁹ ▪ Die Gleichbehandlung der Patient/innen mit Qualitätsstandards und internen Aufsichtsgremien in Gesundheitsangeboten sicherstellen.¹³⁰ ▪ Eine Organisation, welche eine anwaltschaftliche Rolle übernimmt, um die Interessen sozial benachteiligter Menschen gegenüber den Finanzierern zu vertreten, könnte dazu beitragen, dass diese die gleiche Versorgung erhalten wie Menschen mit mehr Ressourcen. ▪ Pflegenden Angehörige sollten genügend professionelle und Entlastung erhalten, so dass ihr Engagement nicht zu einem Nachteil führt.¹³¹ ▪ Gerade bei chronisch Kranken sollte der Fokus nicht alleine auf der kranken Person liegen, sondern das Mass ihrer sozialen Ressourcen

¹¹⁴ vgl. Sottas et al. (2013), S. 22.

¹¹⁵ vgl. Sottas et al. (2013), S. 19.

¹¹⁶ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/open-med/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

¹¹⁷ vgl. <http://www.frisante.ch/de> (zuletzt besucht am 3. 11. 2015).

¹¹⁸ vgl. Bréchat/Lebas (2012).

¹¹⁹ vgl. Lehmann (2012).

¹²⁰ vgl. Rosenbach et al. (2014).

¹²¹ vgl. Bodenmann/Green (2012).

¹²⁸ vgl. Association PREOS (2012).

¹²⁹ vgl. Rosenbach et al. (2014).

¹³⁰ vgl. Lehmann (2012), S. 50.

¹³¹ vgl. Bachmann (2014).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Patienten-Arzt Beziehung und Schaffen von Vertrauen¹²²: Mit gezielte Fragen vulnerable Patienten identifizieren (sozioökonomische Position identifizieren). Wichtig ist auch die subjektive soziale Position, welche einen noch grösseren Einfluss auf die Gesundheit hat als die objektive; Empowerment der Patient/innen. Methode: motivationalen Interviews; Verständnisniveau berücksichtigen, Fragen fördern, einfache Wortschatz nutzen, Aussagen mit Schemas zeichnen, etc.; Transkulturelle Kompetenzen der Ärzte verbessern, um die Kommunikation mit Kunden aus anderen Kulturen zu fördern. ▪ Polikliniken für drogenkonsumierende Menschen in Zürich. ▪ Präventionsprogramm Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfe rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre*: Förderung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, Stärkung des Gesundheitsbewusstseins, Vernetzung und Qualifizierung der Anbieter von medizinischen und sozialen Dienstleistungen sowie Angebot von Massnahmen und Aufbau von langfristigen Strukturen im Quartier.¹²³ ▪ Projekt Salute: Freiwillige als Mentoren von Menschen mit sozialen Problemen. ▪ Verbesserte Zugänglichkeit der Versorgung mit Sprechstunden ausserhalb der normalen Öffnungszeiten und Anlaufstellen, die ohne Terminvereinbarung aufgesucht werden können; City Notfall Bern* (Öffnungszeiten, Lage, ohne Terminvereinbarung) 	<p>sollte explizit abgeklärt und mitberücksichtigt werden.¹³²</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erweitertes Verständnis der Versorgungsforschung zum Zusammenspiel von sozialen Determinanten, individuellen Dispositionen, institutionellen Rahmenbedingungen sowie Haltung und Einstellung des Fachpersonals entwickeln.¹³³ ▪ Die Ärzte sollen über ein Adressverzeichnis mit Spezialisten, aber auch Sozialarbeitenden verfügen, um die vulnerablen Gruppen richtig informieren, vernetzen und damit diesen helfen zu können.¹³⁴ ▪ Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Diensten und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (z.B. Akutsomatik und Psychiatrie).¹³⁵ ▪ Freiwillige/Professionelle als (Nach-)Begleitung von Patient/innen einsetzen, z.B. bei weiteren Abklärungen¹³⁶ ▪ Gesundheitsfachleute über berufliche Netzwerke informieren.¹³⁷ ▪ Die Weiterbehandlung von Krankheiten im Gefängnis und nach der Entlassung aus dem Gefängnis sicherstellen. Die Gefangenen sollen ihre medizinische Behandlungen im und nach

¹²² vgl. Chatelard et al. (2012).

¹²³ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/praeventionsprogramm-lenzgesund/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

¹³² vgl. Bachmann (2014).

¹³³ vgl. Sottas (2013).

¹³⁴ vgl. Grass/Bourdillon (2012), S. 12.

¹³⁵ Vgl. Sottas (2013).

¹³⁶ vgl. Bréchat/Lebas (2012), S. 382. Hintergrund : nach einen Arzttermin wissen viele Leute nicht, was tun, wohin gehen, auch weil sie nicht alles verstanden haben oder sich die Mühe nicht geben, weiter zu suchen. Die Ärzte haben keine Zeit, diese Begleitung anzubieten. Entsprechend wäre eine Begleitung sinnvoll und willkommen (Aufgaben: Informationen abgeben, Co-Management des Falls, Erklärungen). Gemäss Bréchat/Lebas soll diese Funktion als Beruf anerkannt werden.

¹³⁷ Association PREOS (2012).

Ursache	Ausprägungen	Bestehende Massnahmen (Legende: * Good practice, ** mit Evaluation)	Empfehlungen/ empfohlene Massnahmen
			dem Gefängnis weiterführen können (auch Betreuung von psychischen Krankheiten und Sucht). ¹³⁸ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interprofessionelle Synergien und die Entwicklung einer Kultur der gemeinsamen Verantwortung beim Gesundheitspersonal fördern¹³⁹
Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei allen untersuchten Aspekten der gesundheitlichen Ungleichheit tendenziell ausgeprägter (am deutlichsten bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Mit den Augen des anderen“ – Integrationsprojekt für Menschen mit psychischen Behinderungen: Unterschiedliche gesundheits- und freizeitorientierte Angebote zur Stärkung des Selbstwertgefühls und Förderung der gesellschaftlichen Integration.¹⁴⁰ ▪ Eigenwillig*: Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Sexualentwicklung und bei der Entwicklung einer verantwortungsbewussten und selbstbestimmten Haltung sowie Beratung und Weiterbildung für Akteur/innen der Behindertenhilfe zum Thema.¹⁴¹ ▪ Gesundheit und Miteinander ins Viertel! – Kultur, Beratung und Information für Frauen mit und ohne Behinderung*: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Frauen durch Öffnung der kulturellen Angebote und Möglichkeiten, Vernetzung zwischen Ämtern und Stadtteilinitiativen, Ausbau von Serviceleistungen, Stärkung der Selbsthilfe, Sensibilisierung von Ämtern, Institutionen, Vereinen etc. für Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung.¹⁴² 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsförderung bei behinderten und chronisch kranken Kindern und Erwachsenen ▪ Zielgruppe der Menschen mit Behinderung (insb. mit kognitiver) in Gesundheitsförderung/Prävention einbeziehen ▪ Öffentliche Texte/Vorgänge in leichter Sprache (behindertengerecht) beschreiben: weitere Optimierungen ermitteln ▪ Ausbau des Gesundheitsangebots für Menschen mit besonderem Bedarf inkl. Klärung der entsprechenden Finanzierung (z.B. Mehraufwand für die Betreuung von älteren Behinderte und psychisch kranken, behinderten Menschen im normalen Versorgungssystem)

Tabelle 2: Bestehende Massnahmen und Empfehlungen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit

¹³⁸ vgl. Bréchat/Lebas (2012), S.231.

¹³⁹ vgl. Bodenmann/Green (2012).

¹⁴⁰ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mit-den-augen-des-anderen/> (zuletzt besucht am 19. 10. 2015).

¹⁴¹ vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/eigenwillig/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

¹⁴² vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheits-und-miteinander-ins-viertel/> (zuletzt besucht am 19.10.2015).

Verschiedene Forscher/innen weisen darauf hin, dass gesundheitspolitische Massnahmen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit oftmals zu einseitig auf das Gesundheitsverhalten abzielen. Da dieses aber massgeblich durch die Lebensverhältnisse geprägt und somit von den vorhandenen finanziellen, sozialen und kulturellen Ressourcen abhängig ist und sich die Effekte zudem oftmals kumulieren, sollten Massnahmen zur Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit bei verschiedenen Ursachen ansetzen, auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene stattfinden und auf die unterschiedlichen kulturellen und geographischen Kontexte angepasst werden.¹⁴³

Auch in der oben abgebildeten Tabelle zeigt sich die Relevanz eines "Health in all policies"-Ansatzes gemäss der WHO¹⁴⁴, welche damit eine Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in anderen politischen Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik bezeichnet.

In Kapitel 5 werden die bestehenden Massnahmen und die Empfehlungen von Massnahmen zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit nochmals aus anderer Perspektive strukturiert. Im Fokus dieses Kapitels steht die Beantwortung der Frage, welche Massnahmen denn das BAG in seinem Kompetenzbereich ergreifen könnte.

5 Fazit: Fokussierung auf Massnahmen der öffentlichen Hand

Im vorliegenden Schlusskapitel wird in einem Fazit resümiert, welche der in Kapitel 4 erwähnten empfohlenen Massnahmen (rechte Spalte der Tabelle¹⁴⁵) in den Kompetenzbereich der öffentlichen Hand fallen und entsprechend durch das Bundesamt für Gesundheit zu prüfen und allenfalls veranlasst werden könnten. Es handelt sich dabei entweder um Massnahmen innerhalb der Gesundheitspolitik oder – wie oben festgestellt, ebenfalls relevant – um sektorübergreifende Massnahmen im Sinne einer umfassenden Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene.

Die folgende Darstellung (sog. „Kreismodell“) aus dem Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik von 2005¹⁴⁶ visualisiert unter anderem, welche Handlungsfelder zum Sektor der Gesundheitspolitik gehören (im grünen Dreieck) und welche nicht. Die grünen Pfeile illustrieren, wie die verschiedenen Sektoren aufeinander ebenfalls einwirken, z.B. über den erwähnten „Health in all policies“-Ansatz.

¹⁴³ vgl. Mielck (2012); Marmot (2012); Popovic (2012) ; World Health Organization WHO (2012).

¹⁴⁴ <http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies> (zuletzt besucht am 17. 09. 2015).

¹⁴⁵ In der Spalte „Empfehlungen/empfohlene Massnahmen“ in der Tabelle in Kapitel 4 wurden sowohl Empfehlungen erwähnt, welche bereits in anderen Studien entwickelt wurden, als auch solche, welche socialdesign auf Basis der Analyse und des Erfahrungswissens in der vorliegenden Studie formuliert wurden.

¹⁴⁶ Bundesamt für Gesundheit BAG (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Bern.

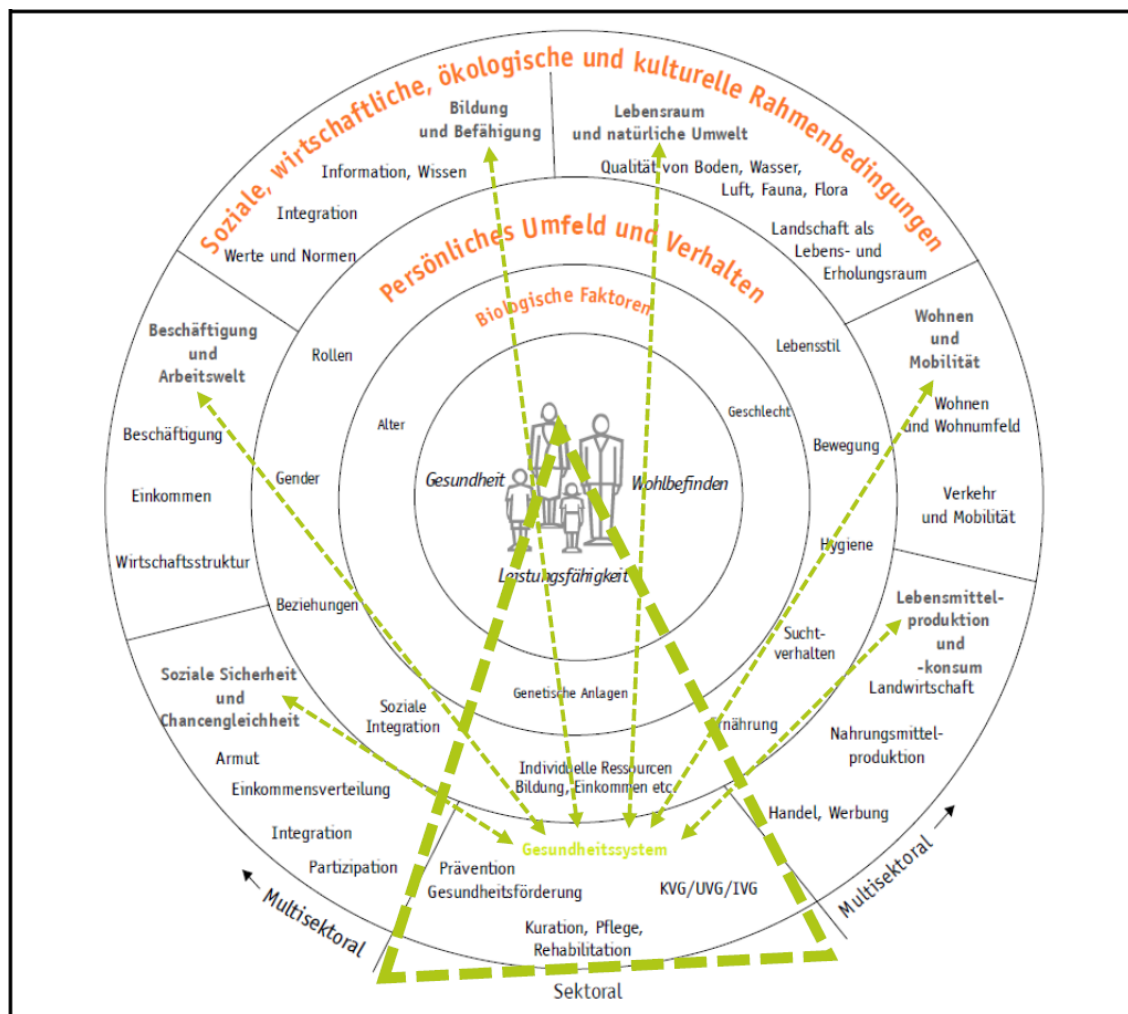


Abbildung 5: Handlungsfelder einer multisektoralen Gesundheitspolitik (Hervorhebung durch socialdesign)

Zum Schluss werden im vorliegenden Kapitel zudem Massnahmen beschrieben, welche im Gesundheitsbereich auf Kantons- oder Gemeindeebene umgesetzt werden könnten.

Alle nachfolgend erwähnten Massnahmen können mit Bezug zu den festgestellten Ursachen und Problemfeldern als Ansätze bezeichnet werden, welche die Vermeidung oder den Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz unterstützen könnten. Es ist aber wichtig, an einleitend festzuhalten, dass diese weder vertieft durch socialdesign evaluiert wurden noch speziell geprüft wurde, inwiefern z.B. andere politische Sektoren diesbezüglich bereits Massnahmen planen. Entsprechend sind die nachfolgend dargestellten Massnahmen von den jeweiligen Akteuren und Akteurinnen als Vorschläge – basierend auf der vorliegenden Literaturanalyse – zu verstehen, deren konkrete Umsetzung aber nochmals einer sorgfältigen Prüfung und ggf. einer Koordination mit weiteren Massnahmen bedarf.

5.1 Massnahmen im Kompetenzbereich des BAG

Die möglichen Massnahmen im Kompetenzbereich des BAGs wurden von der Begleitgruppe in einem kurzen Workshop gesichtet, ergänzt und gewichtet. Die Gewichtung erfolgte mit Klebepunkten und nach individuellen Kriterien. Die nachfolgende Auflistung der Massnahmen folgt dieser Priorisierung. Da pro Massnahme nur ein Klebepunkt verteilt werden durfte, beträgt die maximale Anzahl Punkte 8. Die Priorisierungskategorien waren die folgenden:

- Massnahme, die im Kompetenzbereich des BAGs liegt und prüfungswert ist

- Massnahme ist nicht prüfenswert bzw. liegt nicht im Kompetenzbereich des BAG
- Massnahme, die das BAG im Rahmen von „Health in all policies“ / multisektoraler Gesundheitspolitik prüfen sollte

Massnahme	Ursache/Problemfeld	Gewichtung zur Priorisierung		
		Ja	nein	multi-sektoral
Sensibilisierung des Gesundheitspersonals auf die Thematik „schlechter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand“	Subjektiver sozialer Status	7		
Bestandsaufnahme und Bündelung aller BAG-internen Massnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit	Auf alle Ursachen/Problemfelder bezogen	6		
Prüfen, wie / ob die Gesundheitsfolgekostenabschätzung als Instrument vorangetrieben werden soll bzw. welches die hemmenden Faktoren sind ¹⁴⁷	Auf alle Ursachen/Problemfelder bezogen	6		
Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen entwickeln, die den sozialen Gradienten berücksichtigen und entsprechend benachteiligte / vulnerable Menschen ansprechen	Gesundheitsverhalten	5		1
Leitbild „Umfassende Gesundheitspolitik“ entwickeln	Auf alle Ursachen/Problemfelder bezogen	5		
Prüfen, wie das Monitoringkonzept „Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz“ umgesetzt werden kann	Auf alle Ursachen/Problemfelder bezogen	5		
Berücksichtigung der Thematik der subjektiv wahrgenommenen sozialen Benachteiligung bei Gesundheitskampagnen	Subjektiver sozialer Status	5		
Sensibilisierung für mobile und niederschwellige Gesundheitsangebote	Soziale Integration / soziale Ressourcen	4		1
Bereitstellung konzeptioneller Grundlagen für ein künftiges Forschungsnetzwerk „Gesundheit und Chancengleichheit“ gemäss dem bereits bestehenden Faktenblatt prüfen	Auf alle Ursachen/Problemfelder bezogen	4		
Zielgruppe der Menschen mit Behinderung (insb. mit kognitiver) in Gesundheitsförderung / Prävention einbeziehen	Behinderung	4		
Gesundheitspersonal schulen / sensibilisieren zu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexueller Anamnese (insb. LGBT) ▪ Breiter Anamnese (inkl. soziale Lage) ▪ Gesundheitlicher Ungleichheit (health literacy) ▪ Vulnerablen Gruppen und deren Bedürfnisse ▪ Gleichbehandlung der PatientInnen, unabhängig des Status (evtl. Qualitätssicherung) 	Gesundheitssystem	3		2
Gesundheitskompetenz (health literacy) der vulnerablen Gruppen fördern	Gesundheitsverhalten	3		1
Zugänglichkeit und Sensibilisierung für kolorektales Krebscreening für Personen der unteren Einkommensklassen gezielt fördern	Gesundheitsverhalten	3		1
Qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen weiterhin anstreben	Soziale Lage	3	1	
Gestützt auf die Daten des Monitorings Massnahmen entwickeln und überprüfen	Auf alle Ursachen/Problemfelder bezogen	3		
Berücksichtigung des sozialen Gradienten bei sämtlichen gesundheitspolitischen Strategien,	Soziale Lage	3		

¹⁴⁷ Vgl. dazu insbesondere auch Favre Kruit/Kessler (2015).

Massnahme	Ursache/Problemfeld	Gewichtung zur Priorisierung		
		Ja	nein	multi-sektoral
wie z.B. Palliative Care, Demenz, Langzeitpflege, NCD, Mental Health				
Professionelle und finanzielle Entlastung von pflegenden Angehörigen / Freiwilligen	Gesundheitssystem	3		
Einsatz von Freiwilligen / Professionellen zur (Nach-)Begleitung von Patient/innen	Gesundheitssystem	2		
Ausbau des Gesundheitsangebots für Menschen mit besonderem Bedarf inkl. Klärung der entsprechenden Finanzierung (z.B. älter werdende Behinderte und psychisch Kranke, behinderte Menschen im normalen Versorgungssystem)	Behinderung	2		
Prüfen, ob ein Bedarf besteht, Health Equity Impact Assessments (HEIA) zu entwickeln zur Unterstützung transparenter, partizipativer Planungs- und Entscheidungsprozesse.	Wohn- und Umweltbedingungen	1	1	
LGBT-Thematik in allgemeine Gesundheitsprävention aufnehmen	Soziale Lage	1	2	1
Sensibilisierung für ganzheitliche Gesundheitsangebote (inkl. Zeit für Alltagsfragen: Finanzierung etc.)	Soziale Integration / soziale Ressourcen			
Diversity-Massnahmen unterstützen zur Prävention von Exklusion	Soziale Integration / soziale Ressourcen			

Tabelle 3: Priorisierung der Massnahmen im Kompetenzbereich des BAG

Im Rahmen der Analyse wurde festgestellt, dass das BAG in diesem Querschnittsthema „gesundheitliche Chancengleichheit“ bereits diverse Projekte und Massnahmen lanciert hat oder dabei ist, solche zu entwickeln. Entsprechend wird es als prioritär erachtet, einen Überblick zu schaffen und damit eine Grundlage zu erstellen, um Synergien zu nutzen und gewisse Massnahmen aufeinander abzustimmen. Dies erachtete auch die Begleitgruppe des BAG als zentral. Weitere Massnahmen, welche im Vordergrund stehen, sollten die Datengrundlage in der Schweiz im Hinblick auf die gesundheitliche Ungleichheit verbessern (z.B. Monitoring „Verteilung von Krankheitsrisiken“ oder die Überprüfung des Instruments der Gesundheitskostenfolgeabschätzung). Für eine zielgerichtete umfassende Gesundheitspolitik ist in einem ersten Schritt zudem die Entwicklung einer entsprechenden Strategie (z.B. über ein Leitbild) erforderlich.

5.2 Massnahmen im Sinne von „Health in all policies“

Gemäss der Anfang 2013 vom Bundesrat verabschiedeten Strategie „Gesundheit 2020“ wird der Gesundheitszustand der Menschen in der Schweiz zu 60 Prozent von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik bestimmt. Als weitere einflussreiche Bereiche werden die Bildung, die soziale Sicherheit, die Arbeitssituation oder das Einkommen, die Umwelt, der Verkehr oder die Wohnsituation genannt. Um diese Sektoren in die Strategien zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit einzubinden, sind demnach sektorübergreifende Ansätze zu stärken.¹⁴⁸ Unter „sektorübergreifenden Ansätzen“ oder „multisektoralen Ansätzen“ wird die Verbesserung von intersektoraler Zusammenarbeit oder Stärkung von bereits institutionalisierten Beziehungen zwischen Bundesämtern verstanden oder auch die Koordination von Massnahmen zwischen politischen Sektoren im Hinblick auf gemeinsame Ziele und sichtbare Ergebnisse.

¹⁴⁸ vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG (2013).

Massnahme	Ursache	Gewichtung zur Priorisierung		
		Ja	Nein	multi-sektoral
Multisektorale Alterspolitik (Erhaltung der Autonomie sowie ambulante und stationäre Strukturen)	Soziale Lage	2		7
Abbau gesellschaftlicher Diskriminierung von LGBT	Soziale Lage	2		7
Arbeitsintegrationsprogramme fördern, welche auch die psychische Stabilisierung der Teilnehmenden unterstützen	Soziale Lage	2		7
Sichtbarmachen des Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitslosigkeit bzw. prekären Arbeitsbedingungen (z.B. in Zusammenarbeit seco).	Arbeitsbedingungen	1		5
Öffentliche Texte / Vorgänge in leichter Sprache behindertengerecht (be)schreiben: weitere Optimierungen ermitteln.	Behinderung	1		4
Wissenschaftliche Untersuchung / Monitoring zu der mit dem Alter steigenden gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den Berufsgruppen (Längsschnittstudien zum Zusammenhang zwischen Arbeit, Alter und Gesundheit).	Arbeitsbedingungen		2	3
Stadtteil- oder quartierbezogene Gesundheitsberichterstattung fördern (Identifizierung und Bewertung von Problemen, Bedarf, Ressourcen, Potenzial) (analog „projets urbains“ im Integrationsbereich).	Wohn- und Umweltbedingungen	1	1	2
Einrichten von anwaltschaftlicher Stelle für sozial benachteiligte Menschen (gegenüber Versicherern)	Gesundheitssystem			2
Internet-Plattform mit good-practice-Kriterien bzw. einer Sammlung von Beispielprojekten, vergleichbar „Gesundheitliche Chancengleichheit für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (z.B. angesiedelt bei Quint-Essenz oder Gesundheitsförderung Schweiz).	Auf alle Ursachen/Problemfelder bezogen		2	2

Tabelle 4: Priorisierung der Massnahmen einer umfassenden Gesundheitspolitik

5.3 Massnahmen im Kompetenzbereich der Kantone

Um die gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz abzubauen, wären auch Massnahmen in den Kantonen zu prüfen oder weiterzuführen. Insgesamt ist es auch in den Kantonen wichtig, dass der Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten auch bereichsübergreifend angegangen wird. Gemäss der Literaturanalyse wären bspw. die folgenden Massnahmen geeignet (wobei die Nummerierung keine Priorisierung darstellt):

1. Finanzielle Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung auch für untere Einkommensklassen sicherstellen mit entsprechenden Massnahmen (z.B. Krankenkassen-Prämienverbiligung)
2. Bei der politisch-strategischen Versorgungsplanung darauf achten, dass diese regionen- und gruppenspezifisch auf die Vermeidung von gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtet ist.
3. Sich an einem interkantonalen Austausch zur Sammlung von Good-Practice-Programmen und Massnahmen beteiligen (z.B. auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz oder auf Quint-essenz.ch einen Bereich „Gesundheitliche Ungleichheit“ einrichten mit einer Sammlung der Programme und Massnahmen und geeigneter Suchfunktion).
4. Die Gleichbehandlung der Patient/innen mit Qualitätsstandards und internen Aufsichtsgremien in Gesundheitsangeboten sicherstellen.

5. Förderung des Ausbaus des Gesundheitsangebot für Menschen mit besonderem Bedarf inkl. Klärung der entsprechenden Finanzierung (z.B. älter werdende Behinderte und psychisch Kranke, behinderte Menschen im normalen Versorgungssystem)
6. Systematische Berücksichtigung des sozialen Gradienten bei Strategien im Gesundheitswesen.
7. Schaffung von mobilen und niederschweligen Gesundheitsangeboten fördern.
8. Sensibilisierung für ganzheitliche Gesundheitsangebote für vulnerable Bevölkerungsgruppen (inkl. Zeit für gewisse Alltagsfragen)
9. Diversity-Massnahmen unterstützen zur Prävention von Exklusion. Unter anderem auch spezielle Beratungsangebote für LGBT in den Agglomerationen errichten.
10. Bekämpfung der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit durch aktive Arbeitsmarktprogramme mit Fokus auf die Förderung der arbeitsmarktrelevanten Kompetenzen sowie auf die Verbesserung der Lebensumstände von Arbeitslosen.
11. Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Diensten und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (z.B. Akutsomatik und Psychiatrie) fördern.

5.4 Massnahmen im Kompetenzbereich der Gemeinden

Um die gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz abzubauen, wären auch Massnahmen in den Gemeinden zu prüfen oder weiterzuführen. Insgesamt ist es auch in den Gemeinden wichtig, dass der Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten auch bereichsübergreifend angegangen wird. Gemäss der Literaturanalyse wären bspw. die folgenden Massnahmen geeignet (wobei die Nummerierung keine Priorisierung darstellt):

1. Grundsätzlich prüfen, welche der in Kapitel 4 erwähnten „Good-Practice-Massnahmen“ in der Gemeinde einem Bedarf entsprechend und ggf. solche alleine oder in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Akteurinnen lancieren.
2. Bei lokalen Projekten das Thema gesundheitliche Chancengleichheit systematisch berücksichtigen, z.B. das Ungleichheitsdiagramm von Stamm et al. auf quint-essenz.ch¹⁴⁹
3. Stadtteil- oder quartierbezogene Gesundheitsberichterstattung durchführen (Identifizierung und Bewertung von Problemen, Bedarf, Ressourcen, Potenzial) (analog „projets urbains“ im Integrationsbereich).
4. Die Beeinflussung der ernährungsbezogenen Umwelt (z.B. Anzahl an Fast-Food Restaurants, Nähe von Lebensmittelgeschäften, Vielfalt an gesunden Lebensmittelangeboten) in die Quartier-/Stadtentwicklung einbeziehen.
5. Aufsuchende und niederschwellige/aufsuchende Beratungsangebote einrichten (Frühförderung, Grundversorgung etc.)
6. Die Verbreitung von Massnahmen zur Förderung der sozialen Vernetzung (z.B. Quartierzentren, Nachbarschaftshilfe) unterstützen.
7. Den Zugang zu qualitativ hochwertigen Kindertagesstätten für alle Kinder ermöglichen, ggf. mit dem System der Betreuungsgutscheine.
8. Vernetzung von Ärzten und Ärztinnen mit Sozialarbeitenden und weiteren Fachstellen, um die vulnerablen Gruppen richtig informieren, vernetzen und damit diesen helfen zu können (z.B. mittels Adressverzeichnis).

¹⁴⁹ vgl. <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1059> (zuletzt besucht am 4.11.15).

6 Literatur- und Materialienverzeichnis

Abel, Thomas; Hofmann, Karen; Schori, Dominik (2013). Social and regional variations in health status and health behaviours among Swiss young adults. *Swiss Medical Weekly* (2013) 143, 1-9.

Allonier, Caroline; Debrand, Thierry; Lucas-Gabrielli, Véronique; Pierre, Aurélie (2009). *Questions d'économie de la santé* (2009) 139.

Association PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé*. Lausanne: PREOS.

Bachmann, Nicole (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz. *Obsan Bulletin 1/2014*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Becker, Matthias Martin (2014). Mythos Vorbeugung. Warum Gesundheit sich nicht verordnen lässt und Ungleichheit krank macht. Wien: Promedia.

Becker, Sten; Stolberg, Carolyn (2015). Gesundheitliche Ungleichheit zum Lebensbeginn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67 (2), 321-354.

Bodenmann, Patrick; Green Alexander R. (2012). Disparités en santé: réalités locales et défis futurs. *Revue Médicale Suisse* (2012), 2282-2286.

Bodenmann, Patrick; Wolff, Hans; Bischoff, Thomas; Herzig, Lilli; Warin, Philippe; Chatelard, Sophia; Burnand, Bernard; Vaucher, Paul; Favrat, Bernard; Panese, Francesco; Jackson, Yves.; Vu, Francis; Guessous, Idris (2014). Renoncement aux soins: comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours? *Revue Médicale Suisse* (2014) 10, 2258-63.

Böhme, Christa; Reimann, Bettina (2012). Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: mehr Gesundheit im Quartier. In: Böhme, Christa; Kliemke, Christa; Reimann, Bettina; Süss, Waldemar (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*, S. 199-209. Bern: Hans Huber.

Bopp M; Minder CE (2003). Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: Results from the Swiss National Cohort. *International Journal of Epidemiology* 32 (2003) 3, 346-54.

Bréchat, Pierre-Henri; Lebas, Jaques (Hrsg.) (2012). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2015). *Faktenblatt Erarbeitung von strategischen Grundlagen für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). *Gesundheit 2020. Die gesundheitlichen Prioritäten des Bundesrates*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. September 2009. Bern: BAG.

Burr, Hermann; Kersten, Norbert; Kroll, Lars Eric; Hasselhorn, Hans Martin (2013). Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56 (2013) 3, 349-358.

Chatelard Sophia; Vaucher, Paul; Wolff, Hans; Bischoff, Thomas; Herzig, Lilli; Panese, Francesco; Vu, Francis; Burnand, Bernard; Bodenmann, Patrick (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? *Revue Médicale Suisse* (2012) 8, 1061-1066.

Devaux, Marion (2014). *Inequalities in health care services utilization in OECD countries*. Montreal: QICSS International Conference on Social Policy and Health Inequalities.

Devaux Marion, de Looper Michael (2012), Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. *OECD Health Working Papers, No. 58*. OECD Publishing.

Dourgnon Paul (2013). *Evaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé. Economies and finances*. Paris: Université Paris Dauphine.

Emerson, Eric; Hatton, Chris (2014). *Health Inequalities and People with Intellectual Disabilities*. Cambridge: University Press.

Favre Kruit, Catherine; Kessler, Claudia (2015). *Gesundheitsfolgenabschätzung. Eine Standortbestimmung auf kantonaler Ebene der Schweiz*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 33, Bern und Lausanne.

Fedewa, Stacey A.; Cullati, Stéphane; Bouchardy, Christine; Welle, Ida; Burton-Jeangros, Claudine; Manor, Orly; Courvoisier, Déphine; Guessous Idris (2015). Colorectal Cancer Screening in Switzerland: Cross-Sectional Trends (2007-2012) in Socioeconomic Disparities. *PLoS ONE* 10 (2015) 7.

Flick, Uwe (2000). Design und Prozess qualitativer Forschung. In Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, S. 252-264. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Fish, Julie; Karban, Kate (Hrsg.), *Lesbian, gay, bisexual and trans health inequalities*. Bristol: Policy Press.

Fish, Julie; Karban, Kate (2015). Introduction: social work's contribution to tackling lesbian, gay, bisexual and trans health inequalities. In: Fish, Julie; Karban, Kate (Hrsg.), *Lesbian, gay, bisexual and trans health inequalities*, S. 1-24. Bristol: Policy Press.

Grass, Etienne; Bourdillon, François (2012). *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé?* Paris: Edition de Santé & Presses de Sciences Po.

Hämmig, Oliver; Bauer, Georg F. (2013). The social gradient in work and health: A cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health* (2013) 13, 1170.

Haverkamp, Fritz (2012). Gesundheit und soziale Lebenslage: Herausforderungen für eine inklusive Gesundheitsversorgung. In: Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildgard (Hrsg.), *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung (2., überarbeitete und erweiterte Auflage)*, S. 365-382. Wiesbaden: Springer.

Hering, Thomas; Schlüter, Christin; Wahl, Goetz; Oppermann, Hanna; Nehring, Reinhard (2014). Sozialstatus, Frühgeburtlichkeit und Entwicklungsstand von Kindern in Sachsen-Anhalt. Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung? *Prävention und Gesundheitsförderung* 9 (2014) 2, 69-79.

Hoebel, Jens; Müters, Stephan; Kuntz, Benjamin; Lange, Cornelia; Lampert, Thomas (2015). Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsblatt* (2015) 58, 749-757.

Hofmann, Karen (2014). *Social inequalities in health and health behaviour. Determinants of health and health behavior in young Swiss adults*. PhD Thesis for the degree of PhD in Health Sciences (Public Health). University of Bern.

Hornberg, Claudia & Pauli, Andrea (2012). Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung für die Stadtplanung. In Böhme, Christa; Kliemke, Christa; Reimann, Bettina & Süss, Waldemar (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*, S. 129-138. Bern: Hans Huber.

Krause, Laura; Kleiber, Dieter; Lampert, Thomas (2014). Psychische Gesundheit von Übergewichtigen und adipösen Jugendlichen unter Berücksichtigung von Sozialstatus und Schulbildung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (2014) 9, 264-273.

Kroll, Mareike; Bharucha, Erach; Kraas, Frauke (2014). *Does rapid urbanization aggravate health disparities? Reflections on the epidemiological transition in Pune, India. Global Health Action* (2014) 7, 23447.

Kroll, Lars Erich; Lampert, Thomas (2014). Aktuelle Entwicklungen: Gesundheitliche Ungleichheiten und ungleiche Arbeitsbelastungen bei erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* (2014) 76, 08/09.

Kuntz, Benjamin; Lampert, Thomas (2012). Wie gesund leben Jugendliche in Deutschland? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Gesundheitswesen* (2013) 75, 67-76.

Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric; von der Lippe, Elena; Müters, Stephan; Stolzenberg, Heribert (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (2013) 56, 814-821.

Lehmann, Philippe (2012). *Stratégies et actions des cantons pour diminuer les inégalités sociales en santé*. Bern: SGGP.

Mackenbach Johan; Meerding Willem J.; Kunst, Anton (2010). Economic Implications of Health Inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health, BMJ Publishing Group* 65 (2010) 5, 412.

Marmot, Michael (2012). Foreword. In O'Campo, Patricia; Dunn, James R. (Hrsg.). *Rethinking Social Epidemiology. Towards a Science of Change*. S. V. Dordrecht: Springer.

Marmot, Michael (2010). *Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: The Marmot Review.

Maron, Julian; Hunger, Matthias; Kirchberger, Inge; Peters, Annette; Mielck, Andreas. (2014). Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Trends beim subjektiven Gesundheitszustand, beim Rauchen und bei Adipositas zwischen 1984/85 und 1999/2000 bei Erwachsenen in Augsburg. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Vol. 57 (2014) 4, 431-444.

Maron, Julian; Mielck, Andreas. (2014). Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Ergebnisse eines Literaturreviews und Empfehlungen für die weitere Forschung. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 77 (2014) 3, 137-147.

Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11., aktual., überarb. Auflage)*. Weinheim: Beltz.

Mielck, Andreas (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: Brähler, Elmar; Kiess, Johannes; Schubert, Charlotte, Kiess, Wieland (Hrsg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*, S. 129-145. Göttingen: Vandernhoeck & Ruprecht.

Mithen, Johanna, Aitken, Zoe, Ziersch, Anna; Kavanagh, Anna M. (2015). Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Social science & medicine* (2015) 126, 26-35.

Moor, Irene; Richter, Matthias (2013). Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheit im Jugendalter. Welche Rolle spielt das Gesundheitsverhalten? In Kolip, Petra; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich*, S. 209-228. Weinheim: Beltz Juventa.

Moor, Irene; Pförtner, Timo-Kolja; Lampert, Thomas; Ravens-Sieberer, Ulrike; Richter, Matthias (2012). Soziökonomische Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen in Deutschland. Eine Trendanalyse von 2002-2010. *Das Gesundheitswesen*, 74 (2012) 1; 49-55.

Mulé, Nick J. (2015). Much to be desired: LGBT health inequalities and inequities in Canada. In Fish, Julie; Karban, Kate (Hrsg.), *Lesbian, gay, bisexual and trans health inequalities* S. 27-43. Bristol: Policy Press.

Panczak R; Galobardes B; Voorpostel M; Spoerri A; Zwahlen M; Egger M et al. (2012). A Swiss neighbourhood index of socioeconomic position: Development and association with mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (2012) 12, 1129-36.

Pförtner, Timo-Kolja (2015). Materielle Deprivation und Gesundheit von Männern und Frauen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58 (2015) 1, 100-107.

Popovic, Darmin (2012). *Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Massnahmen zur Verminderung sozioökonomisch bedingter Gesundheitsunterschiede*. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der gesamten Heilkunde. Medizinische Universität Innsbruck

Rathmann, Katharina (2014). Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit. Ein internationaler Vergleich für das Jugendalter. Wiesbaden: Springer.

Ravens-Sieberer, Ulrike; Ottova, Veronika (2012). Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland: Erkenntnisse aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002-2010. *Gesundheitswesen* (2012) 74, S4-S7.

Richter, Matthias; Ackermann, Sabine; Moor, Irene (2011): *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review*. BAG.

Richter, Matthias; Rathmann, Katharina; Bohn, Verena; Lampert, Thomas (2012). Bildung und Gesundheit in Deutschland. Ein Forschungsüberblick. In: Brähler, Elmar; Kiess, Johannes; Schubert, Charlotte; Kiess, Wieland (Hrsg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*, S. 44-69. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Robert Koch-Institut; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI: Berlin.

Rosenbach, Frank; Richter, Matthias; Pförtner, Timo-Kolja (2014). Sozioökonomischer Status und inflammatorische Bio-marker für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wie wirken Bildung, Beruf und Einkommen? *Herz* 40 (2015) 3, 289-304.

Rüefli, Christian (2015). *Grundlagenanalyse zur Zukunft des Themas „Migration und Gesundheit“ beim Bund. Ergebnispräsentation*. Bern: Büro Vatter.

Scharte, Marion; Bolte, Gabriele (2012). Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastung. *Gesundheitswesen* (2012) 74, 123-131.

Schäfer, Ingmar (2013). *Soziale Ungleichheit von Multimorbidität im höheren Lebensalter*. Kumu-
lative Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaf-
ten. Universität Hamburg, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Schoen, Cathy, Osborn, Robin; Squires, David, Doty, Michelle M.; Pierson, Roz; Applebaum,
Sandra (2010). How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven
countries. *Health Affairs* (2010) 29, 2323-34.

Schuwey, Claudia; Knöpfel, Carlo (2014). *Neues Handbuch Armut in der Schweiz*. Luzern, Cari-
tas-Verlag.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus
chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2008). *Gesundheit in der Schweiz. Natio-
naler Gesundheitsbericht 2008*. Kurzzusammenfassung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesund-
heitsobservatorium.

Sottas, Beat; Brügger, Sarah; Jaquier, Adrienne (2013). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsver-
sorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen*. Bourguillon: sottas forma-
tive works.

Sperlich, Stefanie (2014). Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müt-
tern. Analyse auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. *Bundesgesundheitsblatt* (2014) 57, 1411-
1423.

Spoerri A; Zwahlen M; Egger M; Gutzwiller F; Minder C; Bopp M (2006). Educational inequalities
in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss
National Cohort. *Swiss Medical Weekly* 136 (2006) 9, 145-8.

Stamm, Hanspeter; Ceschi, Michael; Gebert, Angela; Guggenbühl, Lisa; Lamprecht Markus; Le-
dergerber, Markus; Sperisen, Nicolas; Staehelin, Katharina; Stronski Huwiler, Susanne;
Tschumper, Annemarie (2014). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der
Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2012/2013.
Gesundheitsförderung Schweiz Faktenblatt 1, Bern und Lausanne.

Stamm, Hanspeter; Fischer, Adrian; Wiegand, Doris; Lamprecht, Markus (2013). *Konzept für ein
Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz*.
Schlussbericht im Auftrag des Direktionsbereichs Gesundheitspolitik des Bundesamts für Ge-
sundheit.

Stamm, Hanspeter; Gebert, Angela; Wiegand, Doris; Lamprecht, Markus (2012). *Analyse der
Studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) unter den Aspekten von Ernährung
und Bewegung*. Sekundäranalyse im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Schlussbericht
September 2012. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

Stamm, Hanspeter; Lamprecht, Markus (2009). *Ungleichheit und Gesundheit*. Grundlagendoku-
ment zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Auftrag von Gesund-
heitsförderung Schweiz. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

Sterdt, Elena; Walter, Ulla (2012). Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförde-
rung im Kontext von Stadtplanung. In: Böhme, Christa; Kliemke, Christa; Reimann, Bettina; Süss,
Waldemar (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*, S. 27-36. Bern: Hans Huber.

Stöbel-Richter; Yve; Zenger, Markus; Glaesmer, Heide (2012). Gesundheitsfolgen von Arbeitslo-
sigkeit. In Brähler, Elmar et al. (Hrsg.), *Gesund und gebildet*. Voraussetzungen für eine moderne
Gesellschaft, S. 275-311. Göttingen: Vandernhoek & Ruprecht.

Tschumper, Annemarie; Gantenbein, Brigitta; Alsaker, Françoise D.; Baumann, Mona; Scholer, Martine; Jakob, Richard (2012). *Schlussbericht primano – Frühförderung in der Stadt Bern: Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis zum Pilotprojekt 2007-2012*. Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern.

Vaucher, Paul, Bischoff, Thomas, Diserens, Esther-Amélie; Herzig, Lilli; Meystre-Agustoni, Giovanna; Panese, Francesco; Favrat, Bernard; Sass, Catherine; Bodenmann, Patrick (2012). *Detecting and measuring deprivation in primary care. Development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: The DiPCare-Q*. *BMJ Open* 2012;2:e000692.

Voges, Wolfgang; Groh-Samberg, Olaf (2012). Arme sterben früher. Zum Zusammenhang von Einkommenslage und Lebenslage und dem Mortalitätsrisiko. In: Brähler, Elmar; Kiess, Johannes; Schubert, Charlotte; Kiess, Wieland (Hrsg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*, S. 146-167. Göttingen: Vandernhoeck & Ruprecht.

World Health Organization WHO (2012). *Adressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*. Denmark: WHO.

Wolff, Hans, Gaspoz, Jean-Michel, Guessous, Idris (2011). Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Medical Weekly* (2011) 141:w13165.

6.1 Einbezogene Datenbanken

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden die folgenden Bibliotheks- und internationalen Datenbanken konsultiert:

Datenbanken	Wissenschaftliche Literatur ¹⁵⁰	Graue Literatur
Bibliotheksdatenbanken: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nebis ▪ Rero Gesamtkatalog ▪ Swissbib Basel Bern 	x	x
Internationale & nationale Datenbanken: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pubmed ▪ PsycINFO ▪ SSOAR – Social Science Open Access Repository ▪ SAGE publications ▪ Jstor ▪ SAPHIR (swiss public health information resources) ▪ Catalogue et index des sites médicaux en langue française 	x	

Tabelle 5: In Recherche einbezogene Datenbanken

6.2 Einbezogene Zeitschriften und Reviews

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden die folgenden Zeitschriften und Reviews konsultiert:

- Swiss Medical Forum
- Swiss Medical Weekly
- Revue Médicale Suisse

- Das Gesundheitswesen
- German Medical Science

¹⁵⁰ Wissenschaftliche Literatur = Bücher und Zeitschriften nach wissenschaftlichen Qualitätskriterien.

- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz
- Herz
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie

- International Journal of Public Health
- The European Journal of Public Health
- Public Health Forum
- BMC Public Health
- Health Affairs
- Global Health Action
- PLoS ONE

6.3 Einbezogene Websites

Auf den folgenden Websites wurde recherchiert:

Spezifische Websites	Wissenschaftliche Literatur	Graue Literatur
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kantonale Gesundheitsämter ▪ Gesundheitsförderung Schweiz ▪ Plattformen wie quint-essenz, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz ▪ Websites von Fachgesellschaften (bspw. Gesellschaft für Gerontologie oder FMPP-Dachverband Ärzt/innen für Psychiatrie aller Altersgruppen, Pädiatrie, Pro Senectute) ▪ Websites von nationalen Fachorganisationen, bspw. obsan, Pro Senectute, DOJ ▪ WHO ▪ Plattform „Gesundheitliche Chancengleichheit“, Deutschland 	(x)	x

Tabelle 6: In Recherche einbezogene Websites

7 Anhang: Forschungsstand ab 2012 zu Ursachen und Problemfeldern

Nachfolgend sind die gesichteten Studien beschrieben und die jeweils untersuchten Ursachen fett hervorgehoben:

7.1 Vertikale Faktoren der soziale Lage als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit (insbes. sozioökonomischer Status)

Voges und Groh-Samberg (2012) haben für Deutschland und anhand der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) den Einfluss unterschiedlicher **Armutslagen** und weiterer sozioökonomischer Determinanten auf die Überlebenschancen untersucht. Es wird deutlich, dass das Mortalitätsrisiko von Personen, welche in instabilem Wohlstand, Prekarität, verfestigter Armut, temporärer Armut sowie inkonsistenter Armut leben, um bis zu 45% über demjenigen von Personen in stabilem Wohlstand liegt. Einen ähnlich ausgeprägten Effekt üben bei den Männern ein tiefes **Bildungsniveau** (Referenzkategorie Fachhochschule/Universität) und die Zugehörigkeit zur **Erwerbsklasse** der einfachen Arbeiter bzw. Facharbeiter (Referenzkategorie obere Dienstklasse) sowie für beide Geschlechter die **Lebensformen** „ledig“, „getrennt“, „geschieden“ oder „verwitwet“ (Referenzkategorie verheiratet bzw. mit Lebenspartner) aus.

Die Tatsache, dass Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken nach wie vor sehr ungleich verteilt sind, wird von den Ergebnissen der Studie von Lampert et al. (2013) untermauert. Basierend auf den Daten der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) wurde der Zusammenhang zwischen dem **sozioökonomischen Status** (SES, gemessen anhand des Bildungsniveaus, der beruflichen Stellung und des Netto Äquivalenzeinkommens) und 5 exemplarisch ausgewählten Gesundheitsoutcomes in der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung Deutschlands untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status im Vergleich zu denen mit mittlerem und hohem sozioökonomischem Status ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen und häufiger an Diabetes erkrankt sind. Darüber hinaus ist bei ihnen das Risiko für eine depressive Symptomatik, Adipositas und sportliche Inaktivität erhöht.

Kroll und Lampert (2014) haben den Einfluss des „International Socio-Economic Index of Occupational Status“ (ISEI) auf verschiedene Gesundheitsoutcomes unter Berücksichtigung des Geschlechts untersucht. Als Grundlage dienten die Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Es wird ersichtlich, dass Männer und Frauen mit hohem Berufsstatus hinsichtlich aller untersuchten Outcomes eine bessere gesundheitliche Lage haben als solche mit niedrigem Berufsstatus, wobei sich der Zusammenhang sowohl bei Männern als auch bei Frauen gleichermaßen stark ausgeprägt erwies.

Schäfer (2013) hat in seiner kumulativen Dissertation u.a. den Einfluss der **sozioökonomischen Position** auf die gesundheitliche Ungleichheit bei älteren Menschen untersucht. Bei älteren Menschen liegt oft Multimorbidität vor, wobei – im Gegensatz zur erwachsenen Bevölkerung vor Erreichen des Rentenalters – nur für einen geringen Teil der Krankheiten ein Zusammenhang mit der sozialen Schichtung nachweisbar ist. Neben der Frage, ob sich bei älteren Menschen Cluster von Erkrankungen identifizieren lassen, hat der Autor den Zusammenhang des sozioökonomischen Status und der nach Clustern differenzierten Multimorbiditätslast untersucht. Es wurde gezeigt, dass bei multimorbiden Patienten ab 65 Jahren aus Hausarztpraxen deutscher Grossstädte ein niedriger sozialer Status mit einer höheren Zahl an chronischen Krankheiten einhergeht, wobei der Zusammenhang vor allem mit kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen besteht, nicht aber mit psychischen, psychosomatischen und schmerzbezogenen Erkrankungen.

Abel et al. (2013) sind unter Verwendung der Daten der Eidgenössischen Jugendbefragung (ch-x) der Frage nachgegangen, inwiefern sich gesundheitliche Unterschiede bei jungen Erwachsenen durch soziale und regionale Faktoren erklären lassen. Die Ergebnisse bestätigen für beide Geschlechter den Zusammenhang zwischen **sozialem Status** und Gesundheitszustand bzw. Gesundheitsverhalten. So zeigte sich beispielsweise, dass junge Männer mit **tieferer Bildung und geringeren finanziellen Ressourcen** eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen schlechten selbstberichteten Gesundheitszustand, Übergewicht und ein tieferes Fitness-Level haben. Insgesamt kam dem Bildungsniveau der Befragten die grösste Erklärungskraft für die gesundheitlichen Unterschiede zu. Insbesondere für Unterschiede im Gesundheitsverhalten (Ess- und Trinkgewohnheiten, körperliche Aktivität) erwies sich jedoch auch das **elterliche Bildungsniveau** als starker Prädiktor. Es fanden sich auch gesundheitliche Unterschiede in Bezug auf die **Sprachregionen**, wobei hier noch unklar ist, ob diese auf kulturelle Unterschiede oder solche in der Infrastruktur zurückzuführen sind. Hinsichtlich der Unterscheidung zwischen Stadt und Land zeigten sich – mit Ausnahme des geringfügig schlechteren selbstberichteten Gesundheitszustands im urbanen Raum – keine systematischen Unterschiede im Gesundheitszustand.

Hofmann (2014) hat in ihrer kumulativen Dissertation anhand der Daten der Eidgenössischen Jugendbefragung untersucht, welchen Einfluss ökonomische, soziale, kulturelle und persönliche Ressourcen (capabilities) auf die soziale Ungleichheit in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten von jungen Schweizer/-innen zwischen 18 und 25 Jahren ausüben. Bei den Männern zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen dem **(eigenen und elterlichen) Bildungsniveau** sowie geringen **materiellen Ressourcen** und dem selbstberichteten Gesundheitszustand, Übergewicht, geringer physische Fitness und Depression. In Bezug auf das Gesundheitsverhalten zeigt sich bei jungen Männern ein Zusammenhang zwischen tiefem **(eigenem und elterlichem) Bildungsniveau bzw. geringen familiären finanziellen Ressourcen** und dem Rauchen sowie der physischen Inaktivität. Eine höhere **(eigene und elterliche) Bildung** ging bei beiden Geschlechtern mit einer höheren „health literacy“ einher. Während die sozialen Unterschiede bezüglich Gesundheit und Gesundheitsverhalten deutlich sichtbar wurden, waren regional bedingte Unterschiede (Sprachregion und Wohnort) nur mässig ausgeprägt und kaum statistisch signifikant.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Evidenz für einen sozialen Gradienten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders hoch ist, haben Rosenbach et al. (2014) die sozioökonomischen Unterschiede inflammatorischer Biomarker für diese Art von Erkrankungen untersucht. Die Ergebnisse bestätigen die hohe Evidenz für diesen Zusammenhang, wobei sich alle **Sozialstatusindikatoren (Bildung, Beruf und Einkommen)** als bedeutsam erwiesen. Neben einem **schlechteren Gesundheitsstatus** und einem **ungünstigeren Gesundheitsverhalten** in niedrigen Sozialschichten sind auch **psychobiologische Prozesse infolge erhöhter Stressexposition** für den Zusammenhang verantwortlich. So geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten Exposition gegenüber Stressoren einher, die biologische Reaktionen auslösen und zu einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen können.

Maron et al. (2014) sowie Maron und Mielck (2014) haben anhand der Daten der Augsburger MONICA/KORA-Studie die Trends im Ausmass gesundheitlicher Ungleichheit in der 25- bis 64-jährigen Augsburger Bevölkerung über einen Zeitraum von 15 Jahren untersucht. Berücksichtigt wurden Unterschiede bzgl. subjektiver Gesundheit, Rauchen und Adipositas in Abhängigkeit der **Schulbildung und des Pro-Kopf-Haushaltseinkommens**. Die Ergebnisse zeigen, dass die gesundheitliche Ungleichheit beim subjektiven Gesundheitszustand relativ konstant blieb (mit Anzeichen für eine geringe Zunahme der Ungleichheit). Beim Rauchen liegen dagegen klare Hinweise für eine Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit vor, z.B. bezogen auf die Unterschiede bei Frauen nach Schulbildung: signifikante mittlere Zunahme der relativen Ungleichheit um ca. 20 %. Bei Adipositas hat die Prävalenz in allen Statusgruppen zugenommen, das Ausmass der Ungleichheit hat sich dabei jedoch kaum verändert.

Mit den Kindern **alleinerziehender Frauen** fokussieren Scharte und Bolte (2012) eine Bevölkerungsgruppe, welche **besonders armutsgefährdet** und daher auch öfter von einem schlechteren Gesundheitszustand betroffen ist, als Kinder von Paarfamilien. Als Grundlage dienten die Daten

der ersten drei Gesundheits-Monitoring-einheiten 2004-2007 in drei Landkreisen und drei kreisfreien Städten Bayerns. Es zeigte sich, dass alleinerziehende Frauen den Gesundheitszustand ihres Kindes häufiger als mittelmässig bis sehr schlecht einschätzten, als Eltern aus Paarfamilien. Die Söhne Alleinerziehender waren häufiger adipös, wiesen einen signifikant höheren SDQ-Gesamtproblemwert auf, hatten häufiger emotionale Probleme und zeigten häufiger hyperaktives Verhalten als Jungen aus Paarfamilien. Bei den Mädchen aus Einelternfamilien fanden sich häufiger Verhaltensprobleme als bei denjenigen aus Paarfamilien. Auch lag die Asthmaprävalenz hier signifikant höher. Die Kinder Alleinerziehender waren seltener aktiv im Sportverein; die Jungen bewegten sich zudem auch in der Freizeit weniger. Schliesslich waren Kinder alleinerziehender Frauen zuhause häufiger Passivrauch ausgesetzt. Einelternfamilien gaben deutlich häufiger als Paarfamilien eine Beeinträchtigung der Wohnsituation an (Lärm, Luftverschmutzung, Mangel an zugänglichen Grünflächen, Strassen mit hoher Verkehrsbelastung) was wiederum eine Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigung dieser Kinder sein kann.

Richter et al. (2012) stellen für Deutschland konkrete Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen **Bildung** und Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten anhand wichtiger Gesundheitsindikatoren exemplarisch dar. Es wird ersichtlich, dass Personen mit höherer Bildung unabhängig von Geschlecht und Alter länger leben, seltener unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden (mit Ausnahme allergischer Erkrankungen) und sich gesundheitsbewusster verhalten als solche mit tieferem Bildungsniveau. Zudem verfügen besser Gebildete in der Regel über eine höhere Kompetenz im Umgang mit gesundheitsbezogenen Angeboten wie Präventions- und Rehabilitationsmassnahmen. Es besteht empirische Evidenz dafür, dass die Bildung ihren Einfluss indirekt – vermittelt über **verhaltensbezogene, psychosoziale und materielle Faktoren** – ausübt, wobei den materiellen Faktoren die grösste Erklärungskraft für bildungsspezifische Disparitäten in der Gesundheit zukommt.

Auch Mielck (2012) gibt einen Überblick über empirische Belege für den Zusammenhang zwischen **schulischer und beruflicher Bildung** und der gesundheitlichen Ungleichheit. Das Bild ist eindeutig: Unabhängig von der untersuchten Altersgruppe und dem Geschlecht sterben Personen mit niedrigem Bildungsniveau bzw. ohne berufliche Bildung früher, leiden häufiger unter einem schlechtem physischen und psychischen Gesundheitszustand und weisen eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Personen mit höherem Bildungsniveau. Ein mehrfach untersuchter Erklärungsansatz für diesen Zusammenhang bildet das **Gesundheitsverhalten**. So konnte gezeigt werden, dass die gesundheitlichen Belastungen durch Rauchen, Adipositas und wenig sportliche Aktivität in der unteren Bildungsgruppe besonders gross sind. Ein weiterer Erklärungsansatz fokussiert die **gesundheitlichen Ressourcen**. Auch hier zeigt sich für alle Altersgruppen und beide Geschlechter, dass insbesondere Personen aus der unteren Bildungsgruppe geringe Unterstützung erhalten. Ähnliche Zusammenhänge wie bei den Erwachsenen mit niedriger Schulbildung lassen sich bei deren Kindern beobachten. Auch bei ihnen sind Belastungen durch geringe sportliche Aktivität, Rauchen und Adipositas besonders häufig vorhanden.

Verschiedene Studien haben die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren anhand der Daten der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) untersucht. In Bezug auf das Körpergewicht finden Stamm et al. (2012) für die Schweiz, dass Kinder und Jugendliche, welche täglich ein **Frühstück** zu sich nehmen, seltener von Übergewicht betroffen sind. Derweil neigen Knaben sowie Kinder und Jugendliche mit höherem **Medienkonsum**, und/oder deren **Eltern eine tiefere Berufsbildung** aufweisen, eher zu Übergewicht. Der Gesundheitszustand der Schüler/-innen wird insbesondere durch die **körperliche Aktivität** aber auch durch die **Ernährung** beeinflusst. Moor und Richter (2013) haben sich anhand der deutschen Stichprobe der (HBSC)-Studie mit den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten im **Kindes- und Jugendalter** unter Berücksichtigung des Geschlechts befasst. Zunächst konnte für beide Geschlechter ein positiver Zusammenhang zwischen dem **Bildungsniveau** und dem Gesundheitszustand einerseits, dem Gesundheitsverhalten andererseits

festgestellt werden. Weiter zeigte sich, dass dem **Gesundheitsverhalten** eine hohe Erklärungskraft für die gesundheitlichen Ungleichheiten zukommt.¹⁵¹ So können bei den Hauptschülern 46%, bei den Hauptschülerinnen 61% der gesundheitlichen Ungleichheit auf das Gesundheitsverhalten zurückgeführt werden. Bei den Mädchen steigt die Relevanz des Gesundheitsverhaltens für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit zudem mit sinkender Schulbildung. Bildungsspezifische Ungleichheiten in der Gesundheit sind demnach bei beiden Geschlechtern zu einem hohen Anteil durch das Gesundheitsverhalten zu erklären.

Basierend auf den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) analysieren Kuntz und Lampert (2012) mithilfe eines aus 6 Einzelindikatoren gebildeten Gesundheitsverhaltensindex (additiver Healthy Lifestyle Index HLI) gesundheitsrelevante Verhaltensmuster im Jugendalter unter Berücksichtigung des sozialen Status der Herkunftsfamilie, der besuchten Schulform sowie des etwaigen Vorliegens eines Migrationshintergrundes. Sämtliche Analysen wurden zudem einer alters- und geschlechtssensiblen Betrachtung unterzogen. Es zeigt sich, dass Jugendliche mit **niedrigem sozialen Status** sowie Schüler/innen an **Hauptschulen** signifikant seltener als Gleichaltrige mit mittlerem und hohem sozialen Status und Schüler/innen anderer Schulformen den HLI-Höchstwert erlangen. Anhand derselben Daten zeigen Krause et al. (2014), dass Übergewicht und insbesondere Adipositas bei Jugendlichen mit einem höheren Risiko für psychische Auffälligkeiten einhergehen als normalgewichtige Gleichaltrige. Die deskriptiven Befunde zeigen, dass die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in allen BMI-Klassen von der niedrigen zur hohen Status- sowie Bildungsgruppe abnimmt. Die multivariaten Ergebnisse zeigen jedoch, dass der moderierende Einfluss des Sozialstatus und der Schulbildung auf den Zusammenhang zwischen Übergewicht bzw. Adipositas und psychischen Auffälligkeiten nicht immer zugunsten der hohen Status- und Bildungsgruppe aus. So übt der Sozialstatus lediglich bei den Mädchen einen moderierenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Übergewicht bzw. Adipositas und psychischen Auffälligkeiten zugunsten der hohen Statusgruppe auf.

Im „Neuen Handbuch Armut in der Schweiz“ (2014) zeigen Schuwey und Knöpfel anhand der Daten des BFS von 2013, dass das **Bildungsniveau** mit verschiedenen Aspekten der Gesundheit in Zusammenhang steht. So schätzen besser gebildete Personen im Vergleich zu solchen mit niedrigerem Bildungsniveau unabhängig vom Alter ihren eigenen Gesundheitszustand häufiger als gut oder sehr gut ein, leiden seltener unter starken Rücken- oder Kreuzschmerzen sowie unter hohen psychischen Belastungen und achten stärker auf ihre Ernährung. Die Autoren verweisen darüber hinaus auf Studien, welche die gesundheitlichen Folgen der **Armut bei Kindern** untersucht haben. Beispielsweise zeigt das Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste, dass im Schuljahr 2009/10 der Grossteil der übergewichtigen Kinder in Basel und Bern von **Eltern mit einem tiefen Bildungsniveau** (ohne oder mit Lehre im Vergleich zu mit höherer Ausbildung) stammte. Zudem ist Armut bei Kindern mit vermehrten Essstörungen, Karies, frühen und häufigeren Suchterstkontakten und psychischen Auffälligkeiten verbunden. Weiter leben arbeitsbetroffene Kinder häufig nicht in einem kindgerechten Wohnumfeld, weshalb sie im Vergleich zu anderen Kindern öfter Opfer von Verkehrsunfällen werden. Diese körperlichen und psychischen Belastungen ziehen Beeinträchtigung der emotionalen, wahrnehmungsbezogenen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung nach sich und führen somit zu gesundheitlichen Folgen, welche oft irreversibel sind und auch überwundene Armutphasen überdauern.

Basierend auf den Daten der Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) von 2012 befassen sich verschiedene Studien des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) mit Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit in einzelnen Kantonen (z.B. Zürich, Bern, Luzern, Tessin, Schwyz, Thurgau, Uri, Fribourg, Genf, Neuchâtel, Waadt, Jura)¹⁵². Dabei werden verschiedene Gesundheitsoutcomes in Abhängigkeit von Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Höhe des Bildungsabschlusses betrachtet. Es zeigt sich grossmehrheitlich, dass Personen mit höherem **Bildungsabschluss** ihre Gesundheit häufiger als (sehr) gut einschätzen, seltener von psychischer

¹⁵¹ Die Determinanten für das Gesundheitsverhalten von Schulkindern wurden u.a. im Rahmen der HBSC-Studie der WHO untersucht (z.B. Currie et al. (Hrsg.) (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

¹⁵² vgl. <http://www.obsan.admin.ch/de> (zuletzt besucht am 25. 09. 2015).

Belastung und Alltagseinschränkungen wegen gesundheitlicher Probleme berichten, weniger von Depressionssymptomen belastet sind und häufiger körperlich aktiv sind. Zudem halten sich Personen im Kanton Luzern mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe tendenziell öfter an die Ernährungsempfehlung als diejenigen ohne nachobligatorische Bildung. Dagegen nimmt das Risiko für erhöhten Alkoholkonsum mit höherem Bildungsabschluss zu. In Bezug auf das Rauchen zeigen sich im Unterschied zur Gesamtschweiz kaum Unterschiede nach dem Bildungsniveau. Auch die Sorgen um einen möglichen Verlust der Arbeitsstelle verteilen sich im Kanton über die Bildungsstufen ziemlich gleichmässig, sind jedoch bei Personen ohne nachobligatorische Bildung am stärksten ausgeprägt. Sowohl in der Gesamtschweiz, als auch in einzelnen Kantonen zeigt sich, dass die Störungen in der Wohn- und Arbeitssituation sozial ungleich verteilt sind: **Einkommenschwache und bildungsferne Gruppen** sind häufiger von Störungen im Wohn- und Arbeitsumfeld betroffen als solche mit hohem Einkommen und einer höheren Bildung. In Bezug auf die Gesundheit ist dies deshalb relevant, weil Personen, welche häufiger von **Störungen im Wohnbereich** betroffen sind, auch öfter ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden angeben. Personen mit tieferem sozialem Status sind auch im Arbeitsumfeld vermehrt von Immissionen wie hohen Temperaturen, Lärm oder Vibrationen betroffen. Eine Ausnahme stellt die psychische Belastung dar: Diese wird v.a. von **Führungskräften, hoch gebildeten und gut verdienenden** Personen genannt, während Personen in **manuellen Berufen** v.a. von körperliche Belastungen berichten. Interessanterweise sind Personen, die bei der Arbeit starken körperlichen Belastungen ausgesetzt sind häufiger übergewichtig als solche mit einem mittleren oder geringen Belastungsniveau, was insbesondere auf einen Bildungs- und Lebensstileffekt zurückzuführen sein dürfte. Auch im nationalen Gesundheitsbericht 2015¹⁵³ bestätigt sich für die Schweiz, dass je tiefer **Bildung** und **Einkommen**, umso schlechter ist der Gesundheitszustand und umso tiefer ist die Lebenserwartung. Gesundheitlich gefährdet sind speziell auch **Alleinerziehende**. In dieselbe Richtung zeigen Indikatoren zum Erwerbsstatus: **Nicht-Erwerbstätige und Arbeitslose** fühlen sich weniger gesund als Erwerbstätige, sowohl physisch als auch psychisch.

Mit gesundheitlicher Ungleichheit zum Lebensbeginn befassen sich Becker und Stolberg (2015), indem sie danach fragen, warum eine **geringe formale Bildung** mit einem höheren Frühgeburtsrisiko (weniger als 37 Schwangerschaftswochen) verknüpft ist. Multiple Regressionsanalysen auf Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP; Wellen 2003–2011) bestätigen einerseits erhöhte Frühgeburtsrisiken für die Gruppe formal gering gebildeter Frauen. Demgegenüber sind ökonomisches und soziales Kapital nur tendenziell mit zu kurzen Schwangerschaften assoziiert. Andererseits lassen sich vergleichsweise stärkere Effekte für das **Risikoverhalten während der Schwangerschaft** (Rauchen) und eine **geringe Kontrollüberzeugung** (Leben ist abhängig vom Glück) beobachten. Nach Kontrolle der zentralen Erklärungsfaktoren verliert der Zusammenhang zwischen Bildung und Frühgeburt an statistischer Bedeutsamkeit, lässt sich jedoch nicht vollständig aufklären.

In eine ähnliche Richtung zeigen die Ergebnisse von Hering et al. (2014), welche anhand der Befunde der Schuleingangsuntersuchung in Sachsen-Anhalt der Jahre 2008 bis 2012 den Einfluss von **Geburtszeitpunkt und Sozialstatus des Elternhauses** auf die Entwicklung der Kinder unter Berücksichtigung des Geschlechts untersucht haben. Die Ergebnisse zeigen ein höheres Risiko für Entwicklungsverzögerungen bei Frühgeburten im Vergleich zu zeitgerecht geborenen Kindern. Früh geborene Kinder mit niedrigem Sozialstatus haben bei allen untersuchten Entwicklungsbereichen ein höheres Risiko für Verzögerung als früh geborene Kinder mit mittlerem und hohem Status. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Auch für zeitgerecht geborene Kinder mit niedrigem Sozialstatus ist das Risiko für Entwicklungsverzögerungen, verglichen mit früh geborenen Kindern mit mittlerem und hohem Sozialstatus, deutlich höher.

Auch die neusten Auswertungen des Monitorings der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich von Stamm et al. (2014) bestätigen den Zusammenhang zwischen dem elterlichen Bildungsniveau und dem Übergewicht der Kinder: Kinder von **Eltern, die keine weitergehende Ausbildung abgeschlossen haben**, sind bis zu viermal häufiger von

¹⁵³ vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015).

Übergewicht und Adipositas betreffen als Kinder von Eltern, welche eine höhere Schule abgeschlossen haben. Überdies sind Kinder aus den **privilegierten Quartieren** der drei Städte seltener übergewichtig als Kinder aus weniger privilegierten Quartieren. Dieser Befund ist nicht überraschend, weil ein Zusammenhang zwischen Wohnort (Quartier), sozialer Herkunft bzw. sozialer Schicht und Staatsangehörigkeit besteht. Des Weiteren sind **ausländische Kinder und Jugendliche** ebenfalls deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen (24,2 %) als schweizerische (16,7 %). In Bezug auf das Geschlecht fällt auf, dass der Anteil übergewichtiger Mädchen (14,9 %) im Kindergarten etwas höher liegt als bei den Knaben (11,7 %), während auf der Oberstufe genau das Umgekehrte gilt (Mädchen: 22,1 %; Knaben 29,2 %) und sich auf der Unter-/Mittelstufe keine signifikanten Unterschiede zeigen.

Hornberg und Pauli (2012) geben einen Überblick über den Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen der **sozialen Lage** und umweltbezogener gesundheitlicher Ungleichheit. Anhand Folgeanalysen von Primär- und Sekundärdaten konnte bspw. gezeigt werden, dass ein niedriger Sozialstatus oftmals mit erhöhten Expositionen in Wohnungen (z.B. Schimmel und Feuchtigkeit, unzureichende Heizsysteme, Schadstoffe in Einrichtungsgegenständen) und Wohnumfeld (z.B. verkehrsbedingte oder industrielle Luftschadstoffe, erhöhter Lärmpegel) einhergeht. Dazu kommen die eingeschränkte Verfügbarkeit von naturnahen Grün- und Freiräumen sowie infrastrukturelle Defizite in der Wohnumfeldqualität. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass die Datenlage zum Einfluss sozialer Faktoren auf umweltbezogene Expositionen und Gesundheitsbeeinträchtigungen für Deutschland noch rudimentär ist.

In einer französischen Längsschnittstudie zeigt Dourgnon (2013) anhand der ESPS-Daten den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Position und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf, welche ihrerseits zu signifikanten Unterschieden im Gesundheitszustand führen. Die Resultate zeigen einerseits, dass der Verzicht auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sich in erster Linie mit ökonomischen Schwierigkeiten der Patient/innen und mit den Versicherungsmodalitäten (insb. Höhe des Selbstbehalts) erklären lässt, und andererseits, dass dieser Verzicht einen kausalen Effekt auf die Verschlechterung des wahrgenommenen Gesundheitszustandes innert vier Jahren hat.

Pförtner (2015) plädiert dafür, dass neben den oftmals verwendeten Indikatoren Einkommen, Bildung und Beruf zusätzlich die **materielle Deprivation** als Indikator für den sozioökonomischen Status verwendet werden soll. Er hat anhand der Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2011 und unter Kontrolle soziodemografischer und sozioökonomischer Indikatoren den Zusammenhang zwischen materieller Deprivation und dem physischen und psychischen Befinden von Männern und Frauen in Deutschland untersucht. Deprivation war dort gegeben, wo von 11 Lebensstandardmerkmalen mindestens 3 aufgrund finanzieller Gründe fehlten. Es zeigt sich, dass die materielle Deprivation eigenständig und teilweise geschlechtsspezifisch mit unterschiedlichen Indikatoren der Gesundheit zusammenhängt und daher als ergänzender Indikator des sozioökonomischen Status zur Beschreibung und Erklärung gesundheitsbezogener Ungleichheit verwendet werden kann.

Wie obenstehende Beispiele zeigen, wird der sozioökonomische Status (SES) in der Erforschung der gesundheitlichen Ungleichheit meist mittels der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen bestimmt. Ergänzend wird seit einigen Jahren zunehmend auch der **subjektive soziale Status (SSS)** als Ursache für gesundheitsbezogener Ungleichheit berücksichtigt. In Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) gehen Hoebel et al. (2015) daher der Frage nach, ob der SSS über den objektiven SES hinaus mit der gesundheitlichen Lage zusammenhängt. Nach Kontrolle für Alter, Bildung, Beruf und Einkommen blieb ein niedrigerer SSS signifikant mit einem schlechteren Gesundheitszustand assoziiert. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Selbstwahrnehmung von sozialer Benachteiligung eine eigenständige Bedeutung für die gesundheitliche Lage zukommt.

7.2 Horizontale Faktoren der soziale Lage als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit

7.2.1 Lebenslage

Sperlich (2014) stellt fest, dass vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität der Strukturen sozialer Ungleichheit nebst den klassischen vertikalen Ungleichheitsdimensionen (Bildung, Beruf und Einkommen) vermehrt horizontale Ungleichheitsdimensionen in die Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheit einbezogen werden sollten. Dazu gehören beispielsweise der Einfluss des Geschlechts, des Familienstandes, der regionalen Zugehörigkeit, des Umfangs wahrgenommener sozialer Unterstützung oder auch psychosoziale Belastungen im beruflichen und privaten Kontext. Anhand der Daten einer deutschen bundesweiten Erhebung bei Müttern mit minderjährigen Kindern geht sie u.a. der Frage nach, welche **Lebenslagen** mit einem erhöhten und welche mit einem geringeren Gesundheitsrisiko assoziiert sind. **Die Lebenslage wird dabei neben der sozioökonomischen Lebenssituation durch die familiäre und berufliche Situation operationalisiert.** Um neben der lebenslagespezifischen Betrachtung auch eine übergeordnete sozialschichtspezifische Perspektive einnehmen zu können, wurden die mittels Clusteranalyse identifizierten zehn Lebenslagen einem hohen, mittleren und tiefen sozioökonomischen Status (SES) zugeordnet. In Übereinstimmung mit der bisherigen Forschung zeigt sich, dass Mütter mit hohem SES fast durchweg die geringsten, solche mit niedrigem SES die höchsten gesundheitlichen Risiken in Hinblick auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit, psychische Beschwerden sowie Übergewicht und Tabakkonsum aufwiesen. Daneben wurde aber beispielsweise deutlich, dass auch der Umstand des Alleinerziehens grundsätzlich mit grösseren gesundheitlichen Risiken – insbesondere in Bezug auf psychische Symptome – verknüpft ist. Die Studie verdeutlicht somit die zusätzliche Bedeutung von familiären und beruflichen Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand, wobei sich deren Gesundheitsrelevanz aus dem Zusammenwirken der einzelnen Faktoren und deren Verdichtung zu einer bestimmten Lebenssituation ergibt.

7.2.2 Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit

Die **Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit** als Ursache für gesundheitliche Ungleichheit ist bislang in der Literatur nur wenig untersucht. Ziel einer Studie der Association PREOS (2012) ist daher die Bestandsaufnahme der Gesundheitschancen dieser Bevölkerungsgruppe. Basierend auf einer Literaturanalyse sowie dem Einbezug der Überlegungen einer Arbeitsgruppe zeigt sich, dass die spezifischen Bedürfnisse der lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender Personen (LGBT) nicht adäquat aufgenommen werden, dass die LGBT Angst vor Vorurteilen durch Ärzt/innen und anderes medizinisches Personal haben, dass Ärzt/innen oftmals nicht wissen, wie mit LGBT umzugehen ist und dass LGBT in Recherche- und Präventionsprogrammen wenig berücksichtigt werden. Die gesundheitliche Ungleichheit dieser Bevölkerungsgruppe äussert sich bspw. durch erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychische und physische Probleme, häufigere Selbstmord(versuche), erhöhtes sexuelles Risikoverhalten, erhöhte Betroffenheit von sexuell übertragbaren Krankheiten oder vermehrte Konfrontation mit sexueller Gewalt, Stigmatisierung, Vorurteilen.

Im Herausgeberwerk von Fish und Karban (2015) wird das Studiengebiete der sozialen Arbeit mit demjenigen der gesundheitlichen Ungleichheit von LGBT zusammengeführt. Die verschiedenen Beiträge stützen sich auf eine Vielzahl von Studien und nennen unterschiedliche Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheit von LGBT. Dazu gehören der soziopolitische Kontext und das Fehlen von politischen Massnahmen zur Förderung von Gesundheit und sozialer Unterstützung, kulturelle und soziale Normen und Werte, welche Heterosexualität privilegieren, Diskriminierung, Mobbing in Schulen, soziale Exklusion, Arbeitsbedingungen (Sexarbeit), Stress durch die Zugehörigkeit zu einer Minderheit, fehlendes Wissen des Gesundheitspersonals.

7.3 Arbeitsbedingungen als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit

Burr et al. (2013) haben den selbstberichteten allgemeinen Gesundheitszustand in der deutschen Erwerbsbevölkerung differenziert nach **Berufsgruppe und Alter** sowie unter Kontrolle des Geschlechts untersucht. Mittels Regressionsanalysen wird gezeigt, dass es für beide Geschlechter relativ gesunde Berufsgruppen (sog. Professionen, z.B. Ärzte/-innen, Hochschullehrer/-innen) und weniger gesunde Berufsgruppen (sog. einfache Dienste, z.B. Restaurantfachleute, Reinigungskräfte) gibt. Hinweise auf eine mit höherem Alter zunehmende Gesundheitskluft zwischen den Berufsgruppen ergaben sich für beide Geschlechter.

Hämmig und Georg (2013) haben unter Verwendung der Daten einer schriftlicher Befragung der Mitarbeitenden von vier mittelgrossen bis grossen Schweizer Industrieunternehmen den Einfluss verschiedener physischer und psychosozialer **Arbeitsbedingungen** auf den selbstberichteten Gesundheitszustand untersucht. Die Resultate bestätigten einerseits, dass Personen mit tieferer Bildung und niedrigerer beruflicher Stellung im Vergleich zu solchen mit höherer beruflicher Stellung mit grösserer Wahrscheinlichkeit angeben, von schlechter physischer Gesundheit und langen krankheitsbedingten Arbeitsausfällen betroffen zu sein. Darüber hinaus wurde jedoch hinsichtlich der psychischen Gesundheit ein umgekehrter sozialer Gradient sichtbar: So sind es die Arbeitskräfte in nicht-manuellen Tätigkeiten mit höherem Status, welche mit grösserer Wahrscheinlichkeit von Stress und Burnoutsymptomen betroffen sind. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich die Arbeitsbedingungen im Industriesektor je nach Beschäftigungsstatus unterschiedlich auf die physische und psychische Gesundheit auswirken.

Gemäss der Studie von Grass/Bourdillon (2012) können in industrialisierten Ländern die sozialen Mortalitätsunterschiede zu einem Drittel mit den professionellen Risiken erklärt werden.

Nicht nur der ausgeübte Beruf, sondern auch die **Bedrohung des Arbeitsplatzes und die Arbeitslosigkeit** wurden in zahlreichen Studien als Ursache für gesundheitlicher Ungleichheit untersucht. Stöbel-Richter et al. (2012) legen den Forschungsstand dar und fassen die Ergebnisse einer für Deutschland repräsentativen Bevölkerungsbefragung und der Sächsischen Längsschnittstudie zu dieser Thematik zusammen. Aus der ersten Studie geht hervor, dass insbesondere Personen, welche mehrmals arbeitslos waren, gefährdet sind, psychische Beeinträchtigungen (Ängstlichkeit und Depressivität in klinisch relevanter Ausprägung) zu entwickeln und sich als psychisch belasteter darstellen. Darüber hinaus ist bereits die wahrgenommene Gefährdung des Arbeitsplatzes ein Risikofaktor für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit. Zu ähnlichen Resultaten kam die Längsschnittstudie: Mehrfache bzw. Langzeitarbeitslosigkeit wirkt sich auch dann noch negativ auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie die sozialen Aspekte des Lebens aus, wenn die Betroffenen wieder in einem Beschäftigungsverhältnis stehen.

7.4 Umweltbedingungen/Wohnumgebung als Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit

Die Frage nach Zusammenhängen und Wechselwirkungen zwischen der sozialen Lage und der Umweltqualität sowie den damit einhergehenden Konsequenzen für die umweltbezogene Gesundheit und die daraus folgenden Anforderungen an die Stadtplanung gewinnen seit einigen Jahren an Bedeutung.¹⁵⁴ Mehrere Studien belegen für Frankreich, dass die Sozialumgebung des Wohnorts Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. Leute, die in einem Quartier wohnen, in welchem es wirtschaftliche und soziale Probleme gibt oder die Arbeitslosenquote hoch ist, sind durchschnittlich in weniger gutem Gesundheitszustand.¹⁵⁵

Mielck (2012) verweist auf die „Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)“, welche aufzeigt, dass der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder unabhängig vom sozialen Status der Eltern

¹⁵⁴ vgl. Hornberg/Pauli (2012).

¹⁵⁵ vgl. Allonier et al. (2009).

in den Stadtgebieten mit hoher Verkehrsdichte besonders hoch ist. Somit stellt nicht nur das individuelle Gesundheitsverhalten, sondern auch die **Wohnumgebung** eine wichtige Ursache für gesundheitliche Ungleichheit dar.

7.5 Soziale Ressourcen als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit

Bachmann (2014) thematisiert anhand der Daten des Schweizerischen Haushalt-Panels (SHP), des European Social Survey (ESS) sowie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) die Wirkung von sozialen Ressourcen auf die Gesundheit, zeigt die aktuelle Situation in der Schweiz und die zeitlichen Veränderungen auf und zieht einen Vergleich mit anderen europäischen Ländern. Es ist gut bestätigt, dass soziale Ressourcen eine erhebliche Wirkung auf Mortalität resp. Lebenserwartung wie auch auf Krankheitsrisiken (insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Infektionen), Genesungschancen und Genesungsdauer haben. Es wird vermutete, dass sich die Wirkung über die Beeinflussung von Verhalten und Emotionen auf biologische Prozesse (z.B. Hormonspiegel, Immunabwehr, Entzündungsprozesse) entfaltet. In der Schweiz sind es Menschen mit psychischen Störungen und ältere Menschen (insbesondere Frauen), welche von Einsamkeit betroffen sind. In schweren Zeiten sind es ältere Personen, jüngere Männer, Personen mit tiefer Schulbildung, Alleinlebende und Alleinerziehenden, denen es schwerfällt, Unterstützung zu erhalten. Das Vertrauen in die Mitmenschen ist bei Personen mit tiefer Schulbildung und solchen mit Migrationshintergrund aus armen Ländern stark geschwächt. Im europäischen Vergleich weist die Schweiz ein hohes Ausmass an sozialen Ressourcen auf. Sowohl in Bezug auf das soziale Netz, die erlebte Einsamkeit und das soziale Kapital sind die Ressourcen in den Ländern des Nordens am stärksten ausgeprägt. Die Länder des Südens und Südostens weisen dagegen deutlich geringere soziale Ressourcen auf. Als wichtigster Erklärungsfaktor erweist sich dabei der absolute Wohlstand der Bevölkerung und nicht die relative Verteilung des Wohlstandes innerhalb des Landes.

7.6 Das Gesundheitssystem als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit

Dourgnon (2013) hat für Frankreich eine Ursache gesundheitlicher Ungleichheiten auf der in der Literatur kaum berücksichtigten Modellebene des Gesundheitssystems untersucht, indem er den Zusammenhang zwischen Unterschieden in der Art der ärztlichen Behandlung in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status der Patient/innen nachgegangen ist. Die Resultate weisen darauf hin, dass sich die Behandlungsart in Abhängigkeit mit dem sozialen Status der Patient/innen variiert. So wird beispielsweise die „compliance“ von Patient/innen mit tiefem sozioökonomischem Status als schwächer eingeschätzt, wobei der soziale Gradient bei Personen mit Diabetes und Bluthochdruck besonders steil ausfällt. Zudem wird von Ärzt/innen angenommen, dass Patient/innen mit tiefem sozioökonomischem Status in Bezug auf Diätempfehlungen und -informationen weniger anspruchsvoll sind. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise darauf, wie die Kategorisierung von Patient/innen nach sozialer Lage durch Ärzte zunächst zu sozialer Ungleichheit hinsichtlich der Behandlung und in der Folge zu gesundheitlicher Ungleichheit führen kann. In zwei weiteren Studien befasst sich der Autor mit den Auswirkungen der französischen Versicherungsreform auf die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem und zeigt auf, dass die Pflegeleistungen für arme Leute durch die Einführung eines Hausarztmodells zugänglicher geworden sind.

7.7 Das Gesundheitsverhalten als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit

Dass der sozioökonomische Status nicht lediglich zu Unterschieden im Gesundheitszustand und -verhalten führt, sondern auch mit einer unterschiedlichen **Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten** einhergeht, zeigt sich in mehreren Studien.

Fedewa et al. (2015) haben die Inanspruchnahme des kolorektalen Krebscreenings unter Berücksichtigung des Einkommens in der Schweiz untersucht. Hier zeigte sich, dass Angehörige der untersten Einkommensklasse im Vergleich zu denjenigen der obersten Einkommensklasse dieses Screening seltener durchführen lassen und sich dieser Unterschied in der Inanspruchnahme seit 2007 nicht signifikant verändert hat.

Chatelard et al. (2012) fassen weitere Studienergebnisse für die Schweiz zusammen¹⁵⁶, welche bestätigen, dass der Anteil Personen, welche aus ökonomischen Gründen den Anweisungen des Arztes nicht folgen oder trotz Bedarf auf einen Arztbesuch verzichten, in der Schweiz zwischen 10% und 15% liegt.

Devaux (2014) sowie Devaux und de Looper (2012) zeigen zudem für verschiedene OECD-Länder – darunter die Schweiz, dass sich der soziale Gradient zugunsten der ökonomisch Bessergestellten insbesondere bei der Inanspruchnahme von Behandlungen durch Spezialist/innen, der zahnärztlichen Behandlung sowie dem Krebscreening (Brust und Hirn) zeigt. Der soziale Gradient bei der gesundheitlichen Ungleichheit ist in Bezug auf die Behandlung durch Spezialisten sowie zahnärztliche Behandlungen zudem grösser, je höher der Out-of-pocket-Anteil ausfällt.

7.8 Behinderung als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit

Die Ungleichheit in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit zwischen Menschen mit und ohne Behinderung ist gut dokumentiert und lässt sich teilweise durch sozioökonomische Nachteile (z.B. tieferes Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit) erklären, von denen Personen mit Behinderung betroffen sind.

Emerson und Hatton (2014) geben einen Überblick über den Forschungsstand zu gesundheitlicher Ungleichheit von Personen mit kognitiver Beeinträchtigung (meist gemessen am IQ) mit Fokus auf englischsprachige Länder. Die Prävalenz variierte mit den Faktoren Geschlecht (höhere Prävalenz bei Jungen bzw. Männern), Alter (höhere Prävalenz bei Kindern), Ländereinkommen (höhere Prävalenz bei einkommensschwachen Ländern), Population (erhöhte Prävalenz bei ländlichen Gegenden oder städtischen Slums) sowie Sampling-Strategie, Studiendesign und Identifikationsmethode. Zudem war die Prävalenz bei bestimmten ethnischen Minderheitsgruppen sowie Haushalten mit tiefer sozioökonomischer Position erhöht. Die Autoren kommen zum Schluss, dass kognitiv beeinträchtigte Personen hinsichtlich der meisten Gesundheitsaspekte benachteiligt sind. So haben sie eine im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöhte Mortalitätsrate und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schlechten selbstberichteten (oder bei Kindern von den Eltern eingeschätzten) Gesundheitszustand. Besonders stark zeigt sich dies bei Personen mit schwerer intellektueller Beeinträchtigung hinsichtlich der Mortalität, der mentalen Gesundheit sowie Sprach- und Kommunikationsstörungen. Weniger bekannt sind die Problemfelder von Personen mit schwächer ausgeprägter kognitiver Beeinträchtigung. Diese haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schlechten Gesundheitszustand, sind eher gesundheitsschädigenden sozialen Bedingungen ausgesetzt und zeigen häufiger gesundheitsbezogenes Risikoverhalten.

In Bezug auf das Sozialkapital (informelles und formelles Netzwerk, soziale Unterstützung) als Ursache für gesundheitliche Ungleichheit fallen die Forschungsergebnisse uneinheitlich aus. Mithen et al. (2015) gehen unter Verwendung der Daten des australischen General Social Survey 2010 dem Zusammenhang zwischen Sozialkapital und selbstberichteten Gesundheitszustand von Menschen mit und ohne Behinderung nach. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit Behinderungen sowohl in Bezug auf informelle und formelle Netzwerke, soziale Unterstützung und selbstberichteten Gesundheitsstatus schlechtergestellt sind als Personen ohne Behinderung, wobei die Ungleichheit zu einem grossen Teil von der Art der Beeinträchtigung abhängt. So waren die informellen Netzwerke bei Menschen mit intellektuellen und psychologischen Beeinträchtigungen am geringsten ausgeprägt während die Zugehörigkeit zu Gruppen bei Menschen mit phy-

¹⁵⁶ vgl. Vaucher et al. (2012); Schoen et al. (2011); Wolff et al. (2010).

sischen Beeinträchtigungen am tiefsten ausfiel. Insgesamt konnten die Unterschiede im Sozialkapital jedoch nur einen geringen Anteil der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung aufklären.

7.9 Untersuchungen, welche verschiedenen Ebenen des Modells berücksichtigen

Sottas et al. (2013) zeigen im Rahmen einer explorativen Studie im Auftrag des BAG auf, wie sich die Situation der Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen in der Schweiz aus Sicht von 19 Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen der Versorgung darstellt. Als Risikofaktoren für soziale Benachteiligung und daher auch für Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten zeigen sich **Alter, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Alleinerziehende, Behinderung, finanzielle Probleme, Migrationshintergrund, Persönlichkeitsstruktur, psychische Krankheit, soziale Isolation sowie ein tiefer Bildungsstand**, wobei einige dieser Faktoren häufig in **Kombination** auftreten. Die Problemfelder, mit welchen diese Personengruppen konfrontiert sind, ergeben sich aus Sicht der Befragten vorrangig durch Zugangsbarrieren auf Seite der Nachfrage (z.B. fehlende oder ungünstige Inanspruchnahme der Angebote, finanzielle Zugangsbarrieren, fehlendes Wissen und mangelhafte Health Literacy, Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten, sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren bei Migrant/innen, fehlende Krankheitseinsicht und fehlender Kooperationswille). Als weniger gravierend werden dagegen aus Expertensicht die Zugangsbarrieren auf Seite des Angebots betrachtet. Dazu gehören etwa fehlende Angebote im Bereich des betreuten Wohnens im Alter, fehlende Strukturen für alternde Drogenabhängige, Versorgungslücken für Menschen mit besonderem Bedarf (z.B. aufgrund körperlicher oder geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung), fehlende Kompetenzen des Gesundheitspersonals im Umgang mit bestimmten Personengruppen und unzureichende Diagnoseinstrumente, psychiatrische Unterversorgung, Lücken in der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung (Sans Papiers, Touristen, „Zahlungsunwillige“, Randständige, die staatliche Hilfe ablehnen), Grenzen des KVG (z.B. Vorsorgeuntersuchungen im Schulalter, zahnärztliche Versorgung, Brille, Mehrkosten durch chronische Krankheiten).

Schliesslich soll auf die Studie von Lehmann (2012) hingewiesen werden, welcher im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit untersucht hat, wie betroffene Akteure der Gesundheitspolitik in verschiedenen Schweizer Kantonen soziale Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheit wahrnehmen und thematisieren und welche Konzepte, Strategien und Massnahmen die Kantone zur Verminderung dieser Ungleichheit anwenden. Dazu wurden aus den Kantonen Bern, St. Gallen, Freiburg, Waadt, Basel-Landschaft und Tessin je fünf bis neun Akteure aus Regierung, Verwaltung und diversen Gesundheitsinstitutionen befragt sowie die auf den Internetseiten dieser Kantone zugänglichen schriftlichen Dokumente analysiert. Auch wenn der Fokus dieser Untersuchung nicht auf der Darstellung der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit lag, kann auf solche geschlossen werden: Dazu gehören das **Gesundheitsverhalten verschiedener sozialer Gruppen, der soziale Gradient in Bezug auf die Arbeits- und Lohnbedingungen sowie das Unfallrisiko am Arbeitsplatz, ein tiefes Bildungsniveau oder grosse kulturellen Unterschiede, welche das Adaptieren und Umsetzen von Präventions- und Gesundheitsangeboten einschränkt, die inadäquate Nutzung der Angebote des Gesundheitssystems sowie die strukturelle Ungleichheit beim Angebot und bei Leistungen im Gesundheitsbereich**. Lehman verweist zudem auf den Nationalen Gesundheitsbericht 2008 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan)¹⁵⁷, in welchem ebenfalls die **Risikoexposition in Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen, unterschiedliche Wohnverhältnisse, schlechte Umweltbedingungen (Qualität von Luft und Wasser, Lärm, Verkehrsgefahren etc.), bildungsbedingte Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitskompetenz, spezifische Lebensstile (z.B. sexuelle Minderheiten, Fahrende), physische, mentale oder psychische Behinderungen sowie Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern** als Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit identifiziert werden.

¹⁵⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2008). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Kurzzusammenfassung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit

Die **Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit** als Ursache für gesundheitliche Ungleichheit ist bislang in der Literatur nur wenig untersucht. Ziel einer Studie der Association PREOS (2012) ist daher die Bestandsaufnahme der Gesundheitschancen dieser Bevölkerungsgruppe. Basierend auf einer Literaturanalyse sowie dem Einbezug der Überlegungen einer Arbeitsgruppe zeigt sich, dass die spezifischen Bedürfnisse der LGBT nicht adäquat aufgenommen werden, dass die LGBT Angst vor Vorurteilen durch Ärzt/innen und anderes medizinisches Personal haben, dass Ärzt/innen oftmals nicht wissen, wie mit LGBT umzugehen ist und dass LGBT in Recherche- und Präventionsprogrammen wenig berücksichtigt werden.