



Grundlagenpapier / Mai 2006
Chancengleichheit und Gesundheit:
State of the Art

Bülent Kaya
in Zusammenarbeit mit Denise Efionayi

Aus dem Französischen übersetzt von Hilde Benz-Werner

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit

Das vorliegende Arbeitspapier wurde im Auftrag der Sektion Chancengleichheit des Bundesamts für Gesundheit erstellt.

Vertrag Nr.

05.001603 / 2.25.01-807

© 2006 SFM

SWISS FORUM FOR MIGRATION AND POPULATION STUDIES (SFM)
AT THE UNIVERSITY OF NEUCHÂTEL
RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TEL. +41 (0)32 718 39 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
SECRETARIAT.SFM@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Résumé	7
Einleitung	9
<i>Zielsetzungen des Mandats</i>	9
<i>Arbeitsmethode und Struktur des Berichts</i>	10
1 Chancengleichheit: Engagement für gesundheitliche Gerechtigkeit	11
1.1 Begriff der gesundheitlichen Ungleichheiten	11
1.2 Warum es wichtig ist, ungerechte und vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren	12
1.3 Gesundheitliche Ungleichheiten und soziale Ungleichheiten in der Gesundheit	15
1.4 Begriff der Chancengleichheit	18
2 Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheiten: internationale und nationale Ansätze	22
2.1 Inter- und supranationale Organisationen	22
2.2 Nationale Strategien	25
2.3 Aktuelle Diskussionen und Entwicklungen	34
3 Die Lage in der Schweiz	38
4 Welche Lehren für die Schweiz?	43
4.1 Allgemeine Perspektiven	45
4.2 Handlungsmöglichkeiten des BAG	49
Literaturnachweis	53
Anhang	57

Zusammenfassung

Im Auftrag der Sektion Chancengleichheit des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien das vorliegende Grundlagenpapier zur Problematik der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich erstellt. Das Dokument erhebt keinesfalls einen Anspruch auf eine Bestandesaufnahme sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich in der Schweiz. Vielmehr geht es darum, die Bedeutung der unterschiedlichen Dimensionen von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich für das BAG aufzuzeigen. Ebenfalls werden wissenschaftliche und politische Tendenzen herausgeschält, die das BAG in seiner Arbeit künftig berücksichtigen sollte.

Zu diesem Zweck haben wir drei Vorgehensweisen gewählt: Als erstes geben wir einen Überblick über die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. Zum zweiten werden in einer vergleichenden Perspektive die diesbezüglichen Praktiken in Deutschland, Frankreich, Holland, Grossbritannien, Schweden und Neuseeland geschildert. An dritter Stelle konzentrieren wir uns auf die Situation in der Schweiz und insbesondere auf die Rolle des BAG. Das rechtfertigt eine Fokussierung auf sektorielle Interventionsfelder.

In wissenschaftlicher Hinsicht zeigen die Untersuchungen unterschiedlichster Fachrichtungen, dass Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zunehmen. Dies wird in Verbindung gebracht mit neueren sozioökonomischen Entwicklungen und Umwälzungen öffentlicher Politiken. In politischer Hinsicht evozieren die Debatten zum Gesundheitswesen in mehreren Ländern zunehmend die Frage nach sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich.

Das Konzept der Chancengleichheit zielt darauf ab, eine gewisse gesundheitliche Gleichstellung zu erwirken. Dies, indem Ungleichheiten abgebaut werden, die als zugleich *ungerecht* und *vermeidbar* erachtet werden (*health inequities*).

Daneben existiert ein Konsens, wonach die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit über die Bekämpfung sozialer Ungleichheit respektive durch Eingriffe in die sozialen Determinanten von Gesundheit erfolgen muss. Das setzt die Einrichtung von Kontrollinstrumenten voraus, die es erlauben sollten, die Entwicklung der Determinanten mit zu verfolgen. Um soziale Ungleichheiten in Verbindung mit der Gesundheit besser aufdecken zu können und dem heterogenen Charakter sozialer Gruppen gerecht zu werden, schlagen Wissenschaftler vor, vertikale Indikatoren (wie Bildungsstand, Beruf und Einkommen etc.) mit horizontalen Indikatoren (wie Gender, Geschlecht, Nationalität, Alter etc.) zu kombinieren.

In mehreren Ländern wurden daher Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten entwickelt. Die Ausgestaltung und Ziele der Strategien variieren von einem Land zum anderen, je nach Struktur und Vorgehensweise der jeweiligen Institutionen. Deren Einsatz für die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten ist sowohl motiviert durch ethische Verpflichtungen, als auch durch das wohl verstandene Interesse der betroffenen Gesellschaften. Dies gilt sowohl für das Anliegen der Risikominimierung als auch für die Kostenbegrenzung oder benachteiligende sozioökonomische Auswirkungen. Zu beobachten ist ebenfalls eine Tendenz zur breiten Etablierung von Migration und Diversität in der Gesellschaft (*migration and diversity mainstreaming*).

In der Schweiz hat die Frage nach der sozialen Ungleichheit im Gesundheitsbereich sowie nach Abbau derselben bisher nicht speziell die Aufmerksamkeit politischer Entscheidungsträger auf sich gezogen. Dies, obwohl der Nachweis von Ungleichheiten in diesem Bereich weitgehend erbracht wäre. Verschiedene lokale oder nationale Initiativen und Aktivitäten Niveau weisen allerdings darauf hin, dass sich eine gewisse Bewusstwerdung in diesem Bereich abzeichnet.

Ein langer Atem erscheint notwendig, wenn es darum gehen soll, die öffentliche Meinung sowie die Entscheidungsträger unterschiedlicher Sektoren und politischer Niveaus für die Bedeutung sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich zu sensibilisieren. Das gilt ebenso für die Notwendigkeit, ganz allgemein offener mit Diversität umzugehen (*Mainstreaming*). Es drängt sich auf, die Funktionen und Rollen der unterschiedlichen institutionellen Akteure zu klären und ein Netzwerk für die übersektorielle Zusammenarbeit aufzubauen, um eine glaubwürdige und effiziente Strategie zur Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu etablieren.

Auch müssten Massnahmen zur Bekämpfung von sozialer Ungleichheit im Gesundheitsbereich unterschiedliche Formen der Intervention umfassen. Diese reichen von der Sensibilisierung über die Forschung, Koordination, dem Anstoss innovativer Projekte etc.

Résumé

Mandaté par la Section « Egalité des chances » de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) a élaboré un document de réflexion traitant de la problématique de l'égalité des chances en matière de santé. Ne prétendant en aucun cas faire un état des lieux des inégalités sociales de santé en Suisse, il se donne pour objectif de clarifier la signification pour l'OFSP des différentes dimensions de l'égalité des chances et de mettre en évidence les tendances scientifiques et politiques à prendre en compte dans l'action de l'OFSP.

Ce faisant, nous avons eu recours à trois procédés : le premier effectue un tour d'horizon des enjeux scientifiques en rapport avec l'égalité des chances en matière de santé. Le deuxième se base sur une perspective comparative de la pratique en la matière dans des pays tels que l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Nouvelle-Zélande. Quant au dernier, il se penche sur la situation en Suisse et se concentre sur le positionnement de l'OFSP, ce qui justifie une focalisation sur les champs d'intervention privilégiant une approche sectorielle plutôt qu'une approche multisectorielle.

Sur le plan scientifique, les recherches de différentes disciplines mettent en évidence l'existence d'inégalités de santé croissantes, mises en relation avec des développements socio-économiques récents et l'évolution de politiques publiques. Sur le plan politique, les débats sur la santé publique dans plusieurs pays évoquent de plus en plus la question des inégalités sociales de santé.

Le concept de l'égalité des chances en matière de santé vise à établir une certaine équité en santé en réduisant les inégalités de santé qui sont considérées comme à la fois *injustes* et *évitables* (health inequities).

Par ailleurs, il y a un consensus que la réduction des inégalités de santé passe par la lutte contre les inégalités sociales, par des interventions sur les déterminants sociaux de la santé, ce qui implique la mise en place d'instruments de monitoring permettant d'observer leur évolution. Afin de mieux identifier les inégalités sociales liées à la santé et de tenir compte du caractère hétérogène des groupes sociaux, le milieu scientifique propose de combiner les *indicateurs verticaux* (degré d'instruction, profession et revenu, etc.) avec des *indicateurs horizontaux* tels que sexe, genre, nationalité, âge, etc.

Plusieurs pays ont développé des stratégies visant à réduire les iniquités de santé. Les objectifs varient d'un pays à l'autre et se réfèrent à des approches et des structures institutionnelles différentes. Leur engagement dans la lutte contre les iniquités de santé est motivé aussi bien par l'impératif éthique que par l'intérêt

bien compris des sociétés concernées, tant au niveau de la réduction des risques que de la limitation des coûts et des effets socio-économiques défavorables. On observe également une tendance allant vers un *migration et diversité mainstreaming*.

En Suisse, la question des inégalités sociales de santé et de la réduction de celles-ci n'a pas attiré une attention particulière des décideurs politiques, bien que l'existence de ces inégalités ait été constatée. Néanmoins, l'existence de quelques initiatives et activités, tant au niveau local que fédéral, indique la prémisse d'une prise de conscience dans ce domaine.

Il semble nécessaire d'entamer un travail de longue haleine pour sensibiliser l'opinion publique et les décideurs des différents secteurs et niveaux politiques, à l'importance des inégalités sociales de santé et à la nécessité d'une approche plus ouverte à la diversité d'une manière générale (mainstreaming). Un travail de simplification et de clarification des fonctions et des rôles des différents acteurs institutionnels, accompagné par la création d'un réseau entre les acteurs, s'impose si on envisage de développer une stratégie crédible et efficace pour l'égalité des chances en matière de santé.

De plus, les mesures à envisager pour lutter contre des inégalités sociales de santé doivent englober plusieurs types d'intervention : sensibilisation, recherche, coordination, impulsions de projets novateurs, etc.

„Quand l'inégalité est la loi commune d'une société, les plus fortes inégalités ne frappent point l'œil ; quand tout est à peu près de niveau, les moindres le blessent. C'est pour cela que le désir de l'égalité devient toujours plus insatiable à mesure que l'égalité est plus grande“ **Alexis de Tocqueville**

„Equal of opportunity means an equal chance to leave the less fortunate behind in the personal quest for influence and social position“

John Rawls

Einleitung

Seit mehr als zwei Jahrzehnten stösst die Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit auf zunehmendes Interesse. Wissenschaftliche Untersuchungen verschiedener Disziplinen haben deutlich gemacht, dass es gesundheitliche Ungleichheiten gibt,¹ und Ansätze entwickelt, die diese Ungleichheiten durch sozioökonomische Unterschiede erklären. Auf politischer Ebene wird in Diskussionen über das öffentliche Gesundheitswesen zunehmend die Frage der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit angesprochen.

Die Tatsache, dass bestimmte Länder (wie z.B. das Vereinigte Königreich, Schweden, die Niederlande) eine Politik der gesundheitlichen Chancengleichheit entwickelt haben, macht deutlich, wie wichtig dieses Thema ist. Ferner ist wissenschaftlich belegt, dass gesundheitliche Ungleichheiten ein universelles Problem darstellen (Mackenbach 2005). Angesichts dessen ist die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich ein Ziel, dessen Verwirklichung für alle Länder, einschliesslich der Länder mit der progressivsten Sozialpolitik und dem fortschrittlichsten Konzept des Wohlfahrtsstaats eine Herausforderung darstellt.

Zielsetzungen des Mandats

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Problematik der gesundheitlichen Chancengleichheit. Sie erhebt nicht den Anspruch, eine tief greifende Analyse dieser Problematik vorzunehmen, sondern versteht sich eher als Diskussionspapier. Ihr Ziel ist es, die verschiedenen Dimensionen des

¹ Die gesundheitlichen Ungleichheiten beziehen sich auf einen relativen Gesundheitszustand zwischen Reichen und Armen, Männern und Frauen, ethnischen Gruppen oder ganz einfach unter Menschen mit sehr gutem Gesundheitszustand und den anderen.

Problems anzusprechen und die wissenschaftlichen und politischen Entwicklungen aufzuzeigen, die das BAG bei seinem Vorgehen berücksichtigen sollte. Sie erhebt keinesfalls den Anspruch, eine Bestandsaufnahme der sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich in der Schweiz zu machen, obwohl diese einen der Hauptfaktoren der Problematik darstellen.

Hauptziel der vorliegenden Untersuchung ist es zu klären, welche Bedeutung diese verschiedenen Dimensionen der Chancengleichheit für das BAG haben. Dabei beziehen wir uns ganz bewusst primär auf die Interventionsbereiche, die in die Zuständigkeit des BAG fallen, d.h. die folgenden Überlegungen sind vor allem auf das Gesundheitswesen zugemünzt, obwohl der Studiengegenstand selbstverständlich auch andere Politikbereiche (multisektoraler Ansatz) betrifft.

Das vorliegende Arbeitspapier wurde im Auftrag der Sektion Chancengleichheit des Bundesamts für Gesundheit erstellt. Für diese Unterstützung bedanken wir uns. Unser besonderer Dank gilt auch den (internationalen und Schweizer) Fachleuten, die wir interviewt haben, und den DiskussionsgruppenteilnehmerInnen, die uns von ihren Erfahrungen berichtet haben.

Arbeitsmethode und Struktur des Berichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei Hauptteile. Der erste gibt einen Überblick über die wissenschaftliche Diskussion der Problematik der gesundheitlichen Chancengleichheit (Kapitel 1) und ihrer Beziehung zu Faktoren wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, usw. (unter Kapitel 1.4.1) Dabei haben wir dem Konzept der Chancengleichheit besondere Aufmerksamkeit geschenkt (unter Kapitel 1.4). Wir haben eine Diskussionsgruppe aus ForscherInnen unserer Einrichtung wie auch externen ForscherInnen gebildet, deren Aufgabe es war, die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit zu prüfen (vgl. Abbildung 5, Anhang).

Im zweiten Teil haben wir eine vergleichende Untersuchung (Kapitel 2) durchgeführt, die sich hauptsächlich auf offizielle Dokumente und sekundäre Quellen aus Industrieländern wie Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich, Schweden und Neuseeland² (unter Kapitel 2.2) stützt. Die Auswahl der drei letztgenannten Länder ist darauf zurückzuführen, dass diese bereits eine gezielte Politik der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten durchführen, während die beiden ersten aufgrund ihrer

² Aufgrund der Ähnlichkeiten zwischen dem kanadischen und dem schwedischen Modell haben wir Kanada nicht miteinbezogen. Hingegen nehmen wir manchmal Bezug auf die sehr nützlichen Informationen, die uns der kanadische Experte geliefert hat.

geographischen und kulturellen Nähe zur Schweiz ausgewählt wurden. Die so gesammelten Informationen werden durch Interviews mit Fachleuten ergänzt, die in den verschiedenen Ländern arbeiten (vgl. Abbildung 4, Anhang). Dieser zweite Teil enthält auch einen Überblick über die Diskussionen, die gegenwärtig in internationalen und europäischen Institutionen - genauer gesagt, der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Union - geführt werden (unter Kapitel 2.1).

Im dritten Teil haben wir uns mit der Lage in der Schweiz befasst (Kapitel 3). Im Vordergrund stand dabei die Frage, wie sich das BAG positionieren, welche Schwerpunkte es in seiner Politik der gesundheitlichen Chancengleichheit setzen und in welchen Interventionsbereichen es aktiv werden sollte (Kapitel 4). Bei den Untersuchungen zu diesem dritten Teil haben wir uns auf Sekundärquellen sowie Interviews mit einigen ExpertInnen gestützt, die Basisarbeit leisten (vgl. Abbildung 6, Anhang).

1 Chancengleichheit: Engagement für gesundheitliche Gerechtigkeit

1.1 Begriff der gesundheitlichen Ungleichheiten

In der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur wird unterschieden zwischen den Begriffen „health inequalities“ und „health inequities“, unter denen „gesundheitliche Ungleichheiten/Unterschiede“ (health inequalities) und „ungerechte, inakzeptable Ungleichheiten“ (health inequities) zu verstehen sind.

Der Begriff „health inequalities“ wird benutzt, um alle gesundheitlichen Unterschiede, die sozioökonomischen Merkmalen zugeordnet werden können, zu bezeichnen. Mit dem Begriff „health inequities“ werden hingegen nur diejenigen Unterschiede bezeichnet, die zugleich als ungerecht und vermeidbar angesehen werden³ (Marchand et al. 1998). Dieser Begriff geht davon aus, dass nur diese Unterschiede Massnahmen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten erfordern.

Die Faktoren, die als *ungerecht und vermeidbar* empfundene gesundheitliche Ungleichheiten erzeugen, können in vier Kategorien unterteilt werden (Whitehead 1991: 6):

³ Es ist offensichtlich, dass nicht alle gesundheitlichen Unterschiede als ungerecht angesehen werden können. So ist es z.B. logisch, dass junge Erwachsene einen besseren Gesundheitszustand haben als alte Menschen.

- gesundheitsschädliches Verhalten in Situationen, in denen der Einzelne nur eine geringe Wahlfreiheit in Bezug auf seine Lebensweise hat;
- ungesunde oder Stress hervorrufende Lebens- und Arbeitsbedingungen;
- ungenügender Zugang zur Gesundheitsversorgung und anderen grundlegenden öffentlichen Diensten;
- natürliche Selektion oder gesundheitsbedingte soziale Mobilität, die bewirken, dass kranke Menschen auf der sozialen Leiter leicht absteigen.

Allgemein bezeichnet der Begriff der gesundheitlichen Ungleichheiten diejenigen gesundheitlichen Unterschiede, die zwischen sozialen Gruppen auftreten und vermeidbar wären. Bei der Operationalisierung (beispielsweise in der empirischen Forschung) wird herkömmlicherweise auf Indikatoren wie den sozialen Status, die soziale Schicht, Bildung und Einkommen zurückgegriffen. Zusätzlich werden vermehrt auch andere Determinanten der Gesundheit wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter als Lebensphasen usw. mit berücksichtigt, die je nach Kontext entweder unabhängig von einander oder im Zusammenspiel (beispielsweise sozial benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund) ihre Wirkung auf die Gesundheit oder den Zugang zum Gesundheitssystem entfalten. Hierbei wird anerkannt, dass Gesundheit und Wohlbefinden das Produkt vielfältiger Faktoren sind und dass ein besseres Verständnis der sozialen Determinanten eine wesentliche Voraussetzung für die Förderung der öffentlichen Gesundheit darstellt.

1.2 Warum es wichtig ist, ungerechte und vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren

Es herrscht ein weit verbreiteter Konsens, dass soziale, kulturelle und wirtschaftliche Faktoren substantielle gesundheitliche Ungleichheiten hervorrufen und dass gezielt gegen solche Ungleichheiten vorgegangen werden muss. (Mackenbach 2002). Dieser Konsens beruht sowohl auf dem ethischen Imperativ als auch auf dem wohlverstandenen Interesse der betroffenen Gesellschaften, nicht nur die Risiken zu senken, sondern auch die Kosten einzudämmen. Diese Einsicht hat in mehreren Ländern dazu beigetragen, Massnahmen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten auf die politische Tagesordnung zu setzen.

1.2.1 Normative Argumente

Argument der Gerechtigkeit: gesundheitliche Ungleichheiten sind ethisch gesprochen in der Masse unerwünscht und inakzeptabel, wie sie zugleich *vermeidbar und ungerecht* sind (health inequities). Gesundheitliche Ungleichheiten sind ungerecht, wenn der schlechte Gesundheitszustand auf eine schlechte Verteilung der gesundheitsrelevanten sozialen Determinanten

zurückzuführen ist (beispielsweise fehlende Chancengleichheit beim Zugang zu Bildung oder Beschäftigung). Dieses Argument geht also vom Konzept der gesundheitlichen Gerechtigkeit aus und betrachtet die Gesundheit als Ressource, zu der alle gleichberechtigten Zugang haben müssen. Es stützt sich auf die von John Rawls entwickelte Theorie von der Verteilungsgerechtigkeit (1999). Rawls vertritt die Ansicht, dass die Verteilung von zentraler Bedeutung für die soziale Gerechtigkeit ist und dass die bestmögliche Verteilung darin besteht, dass alle Menschen die gleichen Ressourcen erhalten. Es handelt sich hierbei um ein Argument, das wichtige Anstöße für eine Politik der Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten gibt.

Argument der Menschenrechte: Die Verfassung der WHO, die 1946 angenommen wurde, betont das *Recht auf Gesundheit* mit folgenden Worten: „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“(WHO 1946).

1948 wurde mit Artikel 25, Absatz 1, der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* die völkerrechtliche Grundlage für das Recht auf Gesundheit gelegt. Seither hat das Recht auf Gesundheit Eingang in zahlreiche internationale und regionale Verträge gefunden, die die Menschenrechte rechtsverbindlich festlegen⁴.

Darüber hinaus setzte sich die internationale Konferenz über Basisgesundheitsversorgung, die 1978 in Alma Ata stattfand, zum Ziel, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zu realisieren. In der Erklärung von Alma Ata wird Gesundheit definiert als „*ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur (als) die Abwesenheit von Krankheit*“.

Das *Recht auf Gesundheit* impliziert ganz allgemein, dass jeder Mensch den Anspruch auf eine Lebensweise hat, die es ihm ermöglicht, ein gesundes Leben zu führen und Zugang zu Präventionsprogrammen und, falls erforderlich, zu angemessener medizinischer Behandlung zu haben. Somit wird das Recht des Einzelnen auf Gesundheit als untrennbar von anderen Rechten angesehen, wie

⁴ Insbesondere Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, der den Schutz des *Rechts auf Gesundheit* völkerrechtlich verankert : der Pakt enthält rechtsverbindliche Bestimmungen, die für alle Personen in den 146 Mitgliedsstaaten, die den Pakt ratifiziert haben (zu denen die Schweiz seit 1992 gehört), gilt ; das internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung ; das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau und das Übereinkommen über die Rechte des Kindes.

vor allem dem Recht auf einen angemessenen Lebens- und Bildungsstandard sowie dem Recht auf umfassende Beteiligung am gesellschaftlichen Leben.

Prinzip der Gleichheit und Gerechtigkeit als Quelle der Legitimation

In demokratischen und liberalen Gesellschaften werden „egalitäre“ Massnahmen sehr häufig durch das Prinzip der Gleichheit und Gerechtigkeit als philosophisches Konzept und gleichzeitig als Instrument des rechtsstaatlichen Prinzips legitimiert, das in den Verfassungen aller demokratischen Länder anerkannt wird⁵. Im Gesundheitsbereich bildet das Prinzip der Gleichheit die Grundlage für antidiskriminatorische Massnahmen.

1.2.2 Gesellschaftspolitische Argumente

Gesundheitliche Ungleichheiten schaden allen Mitgliedern der Gesellschaft. Insbesondere in der wissenschaftlichen Diskussion wird davon ausgegangen, dass Gesellschaften, in denen es grosse Einkommensunterschiede gibt, zugleich einen schwächeren sozialen Zusammenhalt aufweisen (Wilkinson 1996). Es wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen der guten Gesundheit des Einzelnen in einer Gesellschaft und dem sozialen Zusammenhalt, den Wilkinson als sozialen Aspekt des öffentlichen Lebens beschreibt. Es wäre daher zu erwarten, dass beispielsweise die Verringerung der Einkommensunterschiede aufgrund ihres positiven Impakts auf den sozialen Zusammenhalt auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

1.2.3 Wirtschaftspolitische Argumente

Die öffentlichen Programme und Massnahmen, die zur Verringerung der gesundheitlichen Unterschiede ergriffen bzw. durchgeführt werden, können sich im Blick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis durchaus auszahlen. Obwohl es nur wenige Programme gibt, die formell auf ihre *cost-effectiveness* hin untersucht worden wären, konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte öffentliche Massnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten „spill over-Effekte“, im Gesundheitswesen zeigen und dadurch zu einer Senkung der öffentlichen Gesundheitsausgaben führen. Ein weiterer Aspekt ist, dass gute Gesundheit auch einen Produktionsfaktor darstellt. Dies trifft insbesondere auf ArbeiterInnen aus sozial benachteiligten Schichten zu, deren körperliche Verfassung ein Werkzeug darstellt, das sowohl für ihre Arbeit als auch für das Wirtschaftswachstum unerlässlich ist, denn sie gehört zum Sozialkapital einer Gesellschaft (Sen 2000).

⁵ In der Schweiz garantiert Artikel 8 der Bundesverfassung die Gleichheit aller Menschen.

1.3 Gesundheitliche Ungleichheiten und soziale Ungleichheiten in der Gesundheit

Die gesundheitlichen Ungleichheiten („*inequalities*“ wie auch „*inequities*“) erwachsen aus der Wechselbeziehung zwischen bestimmten Faktoren, die in fünf Gruppen unterteilt werden können:

1. Allgemeine sozioökonomische und gesellschaftliche Bedingungen, die für Faktoren wie Arbeitslosenrate, Einkommensunterschiede und staatliche Sozialhilfeprogramme bestimmend sind;
2. Lebens- und Beschäftigungsbedingungen, zu denen auch die Stellung des Einzelnen in der Gesellschaft gehört – bestimmt durch berufliche Tätigkeit, Einkommen und Bildungsniveau. Auch die Qualität der Unterkunft, der Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Arbeitsbedingungen gehören in diese Kategorie ;
3. Gemeinschaft und soziales Netz, die eine wichtige Rolle bei der sozialen Ausgrenzung Einzelner spielen und in diesem Fall negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben ;
4. Individuelle Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen und aus der Entscheidung für bestimmte gesundheitsschädliche Lebensstile resultieren, wie Rauchen, mangelnde körperliche Bewegung, etc. ;
5. Nicht veränderbare persönliche Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbfaktoren.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass ein Grossteil dieser gesundheitsrelevanten Faktoren sich der direkten Kontrolle des Einzelnen entzieht. Aus diesem Grund leiden die sozial Schwächsten eher unter einer Benachteiligung durch die gesundheitlichen Ungleichheiten, da sie nur wenige Möglichkeiten haben, die materiellen und gesellschaftlichen Bedingungen, in denen sie leben, zu verbessern.

In der Wissenschaft findet das Postulat, nach dem die gesundheitlichen Ungleichheiten in grossem Masse die sozialen Ungleichheiten widerspiegeln, breite Anerkennung. Daher schliesst eine Politik zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten sowohl Massnahmen zur Bekämpfung sozialer Ungleichheiten, die an den sozialen Determinanten der Gesundheit ansetzen – Bekämpfung des Einkommensgefälles, der geschlechtsspezifischen Diskrepanz und anderer Formen der Diskriminierung –, als auch Massnahmen im Rahmen des Systems der Gesundheitsversorgung und Prävention ein.

1.3.1 Ausmass der sozialen Ungleichheiten und Bestimmung der sozial benachteiligten Gruppen

Nach bestimmten Untersuchungen (Mielck 2005) können mit Hilfe der üblichen Indikatoren (Bildung, Beruf, Einkommen) nur soziale Unterschiede identifiziert werden, die als *vertikale soziale Ungleichheiten* bezeichnet werden können, wobei es nie möglich ist, auf der Grundlage dieser Variablen homogene Bevölkerungskategorien zu erstellen. Aus diesem Grund schlägt Mielck vor (2005), diese vertikalen Indikatoren (Bildung, Beruf, Einkommen usw.) mit horizontalen Indikatoren (wie Gender, biologisches Geschlecht, Nationalität, Alter usw.) zu kombinieren, damit der heterogene Charakter der sozialen Gruppen berücksichtigt werden kann. Denn Untersuchungen haben ergeben, dass die *horizontalen sozialen Ungleichheiten* ebenfalls Auswirkungen auf die Gesundheit haben können.

Eine Person kann einerseits die Merkmale einer oder mehrerer Untergruppen besitzen; andererseits impliziert die Zugehörigkeit zu einer dieser Untergruppen nicht notwendigerweise, dass die betroffenen Personen sozial benachteiligt wären, wie z.B. im Fall einer Untergruppe, die sich durch ihre ethnische Prägung definiert.

Im Übrigen haben diese theoretischen Ausführungen bereits Eingang in die öffentliche Politik verschiedener Länder gefunden: das Vereinigte Königreich, Schweden, die Niederlande und Neuseeland z.B. analysieren systematisch die Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen. Diese Länder arbeiten durchgängig die gesundheitlichen Ungleichheiten im Blick auf sozioökonomische Gruppen, geographische Standorte, Geschlecht, ethnische Gruppen (einschliesslich MigrantInnen) und Altersgruppen heraus⁶ und benutzen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen als Grundlage für ihre politischen Programme.

Vulnerable Gruppen

Die Strategieberichte der von uns untersuchten Länder beschreiben explizit die vulnerablen Gruppen,⁷ die stärker gesundheitlichen Benachteiligungen ausgesetzt

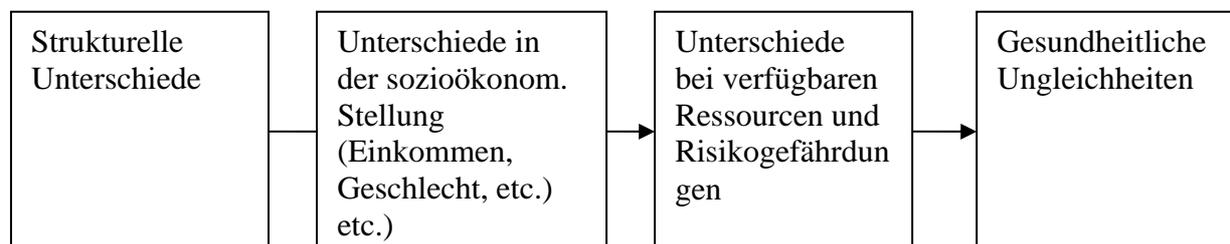
⁶ In den USA werden körperliche und geistige Behinderung sowie sexuelle Orientierung als mögliche Quellen gesundheitlicher Ungleichheiten betrachtet (US Departement of Health and Human Services 2000).

⁷ Das Konzept der gesundheitlichen Vulnerabilität wird als Gegenstück zum Konzept der *capabilities* (Verwirklichungschancen) verwendet, das Sen im Blick auf die Armut entwickelt hat. Vulnerabilität wird in diesem Zusammenhang definiert als Wahrscheinlichkeit, dass die Lage oder die Lebensbedingungen eines Menschen sich im Falle negativer Ereignisse

sind. Als vulnerable Gruppen werden in all diesen Ländern ethnische Gruppen und MigrantInnen angesehen, insbesondere MigrantInnen ohne Papiere und AsylbewerberInnen, die beim Zugang zur Gesundheitsversorgung noch mit ganz anderen Hindernissen konfrontiert sein können. Die Projekte, die in den Niederlanden im Rahmen einer nationalen Strategie durchgeführt werden, konzentrieren sich auf sechs Zielgruppen: junge Erwachsene, alte Menschen, ArbeiterInnen, MigrantInnen, Sozialschwache und Kranke.

In bestimmten Ländern werden indigene Minderheiten, wie die Maoris in Neuseeland und die Samis in Schweden, zu den vulnerablen Gruppen gezählt. Im Vereinigten Königreich und in Neuseeland stellen auch Häftlinge eine Risikogruppe dar. Gestützt auf umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen betont die schwedische Gesundheitspolitik, dass gesundheitliche Ungleichheiten sich in der grossen Mehrzahl der Fälle in der Kindheit und Adoleszenz entwickeln (Agren 2003). Sie zählt auch alte und behinderte Menschen zu den Zielgruppen. In Deutschland werden im Rahmen der Gesundheitsförderung folgende Zielgruppen genannt: alte Menschen, Menschen mit Behinderungen, Frauen, Kinder und Jugendliche, MigrantInnen und sozial benachteiligte Personen.

Abbildung 1 : Soziale Determinanten der gesundheitlichen Ungleichheiten



1.3.2 Rolle der Gesundheitsversorgung und Prävention

Aufgrund der erwiesenen Bedeutung externer Faktoren für den Gesundheitsbereich haben WissenschaftlerInnen bisweilen dazu geneigt, die direkten Auswirkungen der medizinischen Versorgung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu vernachlässigen. Heute jedoch wird der Rolle des Gesundheitswesens bei der Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten grössere Aufmerksamkeit geschenkt.

perpetuieren oder verschlechtern. Wenn eine Ex-Ante-Wirtschaftspolitik eingeleitet würde, so könnte damit verhindert werden, dass Menschen in die Armut fallen.

Gegenwärtig scheinen sich zwei Perspektiven herauszukristallisieren. Die erste befasst sich primär mit dem Beitrag, den die medizinische Versorgung zur Reduzierung der Mortalität bei Krankheiten leistet, auf die das Gesundheitswesen einen bedeutenden Einfluss hat (Nolte und Kee 2004). Die jüngsten wissenschaftlichen Untersuchungen relativieren diesen Beitrag. Mackenbach bestätigt diese Aussage und unterstreicht, dass der medizinische Fortschritt zwar die Prävention, Heilung oder Linderung der Symptome einer ganzen Reihe von Krankheiten ermöglicht hat, der Anstieg der Lebenserwartung in den Industrieländern aber nur zu einem kleinen Teil auf die medizinische Versorgung zurückgeführt werden kann (Mackenbach 2003).

Die zweite Perspektive - die uns in der vorliegenden Arbeit ganz besonders interessiert - konzentriert sich auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und geht davon aus, dass der Zugang zu funktionierenden und qualitativ guten Gesundheitseinrichtungen dazu beitragen müsste, die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten zu reduzieren oder zumindest deren weitere Verschärfung zu verhindern. In mehreren europäischen Ländern zeigen die zu diesem Thema durchgeführten Forschungsarbeiten, dass die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens trotz des allgemeinen und gleichberechtigten Zugangs zu dessen Einrichtungen sich auch heute noch je nach sozialem Status und Bildungsniveau unterscheidet (Lang et al. 1998) und dass der formell gleichberechtigte Zugang keine Garantie für eine effektive Inanspruchnahme darstellt. Es gibt zahlreiche Studien zu den unterschiedlichen Hindernissen (finanzielle oder kulturelle Barrieren, Unkenntnis des Gesundheitswesens, Einstellung zu Körper und Krankheit, usw.), die bewirken, dass die sozial am stärksten benachteiligten Gruppen sich weniger häufig oder später in medizinische Behandlung begeben (Colledge 1986 ; Razum et al. 2004 ; Richie 1981). Aus den Untersuchungen geht ebenfalls hervor, dass die Vorbehalte gegen die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung deutlich geringer werden, wenn keine finanziellen Hindernisse bestehen, dass sie aber nicht vollständig verschwinden. Es ist daher wichtig, andere nicht-finanzielle Hindernisse (z.B. kulturelle) in Betracht zu ziehen. Somit erweist sich die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung (bzw. -vorsorge) als eine der Achsen der Bekämpfung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit.

1.4 Begriff der Chancengleichheit

Genauso wichtig wie die Unterscheidung zwischen den Begriffen *health inequality* und *health inequity* ist der Begriff der Chancengleichheit. Für die effektive Herstellung gesundheitlicher Gerechtigkeit ist Chancengleichheit eine unbedingte Voraussetzung und stellt daher einen grundlegenden Bezugsrahmen

für die Erreichung dieses Ziels dar (Braveman und Gruskin 2003). Der Begriff der Chancengleichheit basiert auf dem Konzept der Menschenrechte der Nichtdiskriminierung⁸; zudem verweist er auf die Verantwortung des Staates, Massnahmen zur Beseitigung von Diskriminierungen zu ergreifen, die die Gesundheit benachteiligter Gruppen beeinträchtigen⁹. Die WHO/EURO definiert dieses Konzept folgendermassen:

„Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet absolut gesprochen, dass jede/r eine faire Chance erhalten soll, sein/ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen, d.h. dass alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potenzials beseitigt werden sollen“, (Regional Office for Europe 1986) zitiert bei Whitehead (1991: 10).

Hierbei handelt es sich um eine abstrakte und allgemeine Definition, von der ausgehend eine operationelle Definition mit Bestimmung des Ziels dieser „fairen Chance“ vorgenommen werden sollte. Das Konzept der Chancengleichheit visiert zwei unterschiedliche Arten von Zielen an: *allgemeine Ziele* und *Ziele im Bereich der Gesundheitsförderung und -versorgung (sektorale Ziele)*.

Die *allgemeinen Ziele* umfassen alle Bereiche (Bildung, soziale Sicherheit, Beruf, Wohnort, Umwelt, Transport, usw.), die direkten oder indirekten Einfluss auf die Determinanten der Gesundheit haben. In diesem Zusammenhang verfolgt die Chancengleichheit das Ziel, die in diesen Bereichen existierenden Ungleichheiten zu beseitigen. Wir haben es hier mit einer umfassenden Strategie im Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheiten zu tun, die nur im Rahmen einer intersektoralen Politik umgesetzt werden kann.

Was die *Ziele im Bereich der Gesundheitsförderung und -versorgung* anbetrifft, so kann man zunächst von einem wirtschaftlichen Ziel sprechen, bei dem es u. a. um eine gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens geht. In diesem Sinne impliziert Chancengleichheit, dass der Beitrag der einzelnen Nutzer zur Finanzierung des Gesundheitswesens von ihren finanziellen Möglichkeiten abhängt (Daniels et al. 1996).

Im Rahmen ihrer Arbeit für die WHO / EURO schlägt Whitehead (1991) eine operationelle Definition der Chancengleichheit vor, die sich auf die Gesundheitsversorgung konzentriert und drei Ziele vorgibt, die gesundheitliche

⁸ Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass der Begriff der Chancengleichheit sich zwar in weiten Teilen mit dem Grundsatz der Nichtdiskriminierung deckt, dieser aber juristisch enger ausgelegt wird, vgl. beispielsweise (Kiener und Rieder 2003).

⁹ Ganz allgemein werden in der 1983 von Mooney durchgeführten Untersuchung sieben Arten von gesundheitlicher Gleichheit beschrieben, die auch heute noch sehr häufig zitiert werden (Mielck 2000: 302): 1) Gleiche Ausgaben pro Person, 2) Gleiche Ressourcen pro Person, 3) Gleiche politische Prioritäten, 4) Gleiche Ressourcen bei gleichem Bedarf, 5) Gleicher Zugang bei gleichem Bedarf, 6) Gleiche Inanspruchnahme, 7) Gleicher Gesundheitszustand.

Gerechtigkeit für alle Bevölkerungsgruppen anstreben: *gleicher Zugang, gleiche Inanspruchnahme für gleiche Bedürfnisse und gleiche Qualität der Versorgung.*

Gleicher Zugang zur verfügbaren Versorgung für gleiche Bedürfnisse: dieses Prinzip setzt voraus, dass alle das gleiche Recht haben, die verfügbaren Dienste zu nutzen, dass diese leicht zugänglich sind und dass alle anderen Hemmnisse, die den Zugang erschweren (finanzielle, administrative, kulturelle usw.), beseitigt werden.

Gleiche Nutzbarmachung/Inanspruchnahme für gleiche Bedürfnisse: dieses Kriterium strebt die gleiche Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen für gleiche Bedürfnisse in Fällen an, in denen diese infolge ungünstiger sozialer oder wirtschaftlicher Bedingungen eingeschränkt ist.

Gleiche Qualität der Versorgung für alle: dieses Prinzip setzt wiederum voraus, dass alle nach ihren Bedürfnissen und nicht nach ihrem sozialen Status behandelt werden.

1.4.1 Besondere Dimensionen im Zusammenhang mit gesundheitlicher Gerechtigkeit

In der wissenschaftlichen Literatur werden im Allgemeinen vier soziale Determinanten identifiziert, die zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen (Mielck 2005). Daraus resultiert die Bestimmung von Zielgruppen für spezifische Politiken. Bei diesen Determinanten handelt es sich um: a) das **Geschlecht** (*Gender*) als soziales Konstrukt; b) den **sozialen Status**, der auf der Grundlage von Variablen wie Einkommen, Bildung, Bildung definiert wird; c) die **ethnische Zugehörigkeit / Migration (Migrationsstatus)**; d) das **Alter** im Sinne von Lebensabschnitten.

Geschlecht

Das Geschlecht (*Gender*) wird als soziale Determinante der Gesundheit angesehen. Neuere Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in der Gesundheit konzentrieren sich eher auf die weibliche Bevölkerung. In vielen Ländern der Welt sind die Frauen stärker vom Problem des ungleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen betroffen und haben weniger Kontrolle über die Ressourcen, die ihren Körper und ihr Leben betreffen, als Männer (Philips 2005). Des Weiteren stellen wirtschaftliche Abhängigkeit und prekäre Einkommenssituation wesentliche einschränkende Bedingungen für die Gesundheit der Frauen dar (Weiss und Gupta 1998). Nach Gupta (2000) werden geschlechtsspezifische Ungleichheiten (*gender-based inequities*) durch die ausschliessliche Konzentration auf sozioökonomische Bedingungen verdeckt.

Sozialer Status

Der Einfluss „klassischer“ sozioökonomischer Faktoren, wie Bildung, Beruf, Einkommen, usw., auf die Gesundheit des Einzelnen wird anerkannt (Hummer et

al. 1998 ; Kaplan und Lynch 1997). In einer sehr grossen Zahl von Untersuchungen wird betont, dass ein niedriger sozialer Status und der Mangel an materiellen und strukturellen Ressourcen Auswirkungen auf die Gesundheit hat (Crampton et al. 1997). Zu den besonders stark betroffenen Gruppen gehören z.B. auch Langzeitarbeitslose, arbeitslose Jugendliche, Obdachlose, Familien mit nur einem Elternteil und die „working poor“.

Ethnische Zugehörigkeit und Migrationsstatus

In einem Grossteil der Untersuchungen wird der Versuch unternommen, die Wechselbeziehung zu klären, die zwischen der Gesundheitsproblematik einerseits und dem Migrationsstatus, der ethnischen Zugehörigkeit bzw. der „Rasse“ andererseits besteht (Marks und Worboys 1997). Im Mittelpunkt dieser Untersuchungen stehen zwei Überlegungen zum Gesundheitszustand ethnischer Gruppen.

Die erste lenkt die Aufmerksamkeit auf besondere sozioökonomische Ungleichheiten, von denen bestimmte ethnische Gruppen in der Gesellschaft betroffen sind, und auf die Rolle der ethnischen Zugehörigkeit bei der Bestimmung des Gesundheitszustands (Brockerhoff und Hewett 2000).

Die zweite hat wiederum die sprachlichen und kulturellen Schwierigkeiten im Blick (Wahrnehmung von Krankheit z.B.), die den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einschränken (Colledge 1986 ; Razum et al. 2004 ; Richie 1981). Hinzu kommen administrative Hemmnisse für den Zugang zur medizinischen Versorgung, die mit dem (u. U. fehlenden) Aufenthaltsstatus in Verbindung stehen.

Alter

Die Frage der gesundheitlichen Gerechtigkeit im Zusammenhang mit dem Alter wird unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten behandelt. Der erste bezieht sich auf alte Menschen (seniors), die in Armut leben, und auf das Phänomen der Altersdiskriminierung („ageism“), also einer Form der Diskriminierung, bei der ein Mensch aufgrund seines Alters anders behandelt wird. Im Übrigen können ältere Menschen noch zusätzlich aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit rassistischer Diskriminierung ausgesetzt sein, die manchmal ganz direkt zum Ausdruck kommt, wenn diese Menschen Opfer eurozentrischer Vorurteile werden – z.B. wenn das Pflegepersonal negativ auf ihre Krankheits- und Schmerzwahrnehmung reagiert (Waqar 1995).

Der zweite Gesichtspunkt befasst sich mit dem Thema „in guter Gesundheit leben“ und geht von den verschiedenen Lebensabschnitten aus. Die Frage der Beziehung zwischen Alter und gesundheitlicher Gerechtigkeit scheint als spezifisches Problem im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten an Bedeutung zu gewinnen.

2 Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheiten: internationale und nationale Ansätze

2.1 Inter- und supranationale Organisationen

Zwei internationalen Akteuren, der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Union, kommt eine wichtige Rolle bei der Ausarbeitung von Rahmenbedingungen und Prinzipien zu, die Massnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten fördern.

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Gesundheitliche Gerechtigkeit ist das erste Ziel der WHO-Strategie für Europa. Das Dokument mit dem Titel *Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*, das 1999 veröffentlicht wurde, betont die Notwendigkeit, die zwischen den Mitgliedsländern und noch mehr unter den sozialen Gruppen jedes Landes bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten zu reduzieren. Das Dokument sieht gesundheitliche Gerechtigkeit als eines der wichtigsten Ziele an und legt Einzelziele fest, von denen einige quantifiziert werden, um mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen¹⁰.

Das Dokument konkretisiert dieses Ziel und gibt einen genauen zeitlichen Rahmen vor: bis zum Jahr 2020 sollte das gesundheitliche Gefälle in allen Mitgliedsländern um mindestens ein Viertel reduziert werden, indem der Gesundheitszustand der sozial benachteiligten Gruppen deutlich verbessert wird. Insbesondere wird gefordert:

- Das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen sollte um mindestens 25% reduziert werden.
- Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmässiger verteilen.
- Sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, vor allem Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt, sollten wesentlich verbessert werden.
- Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung sollte erheblich verringert werden.

¹⁰ <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf>, am 16. Januar 2006 besucht.

- Personen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Situation sollten vor gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt werden und ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung erhalten.

Zu den sehr wichtigen Strategien zur Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheiten zählt das Dokument *Gesundheit 21* u.a. die systematische und umfassende Unterstützung der Öffentlichkeit für fortschrittlichere sozioökonomische Politiken, welche auf eine Lösung des grundlegenden Problems der Chancenungleichheit im Zugang zu sozialen und ökonomischen Gütern abzielen (z.B. kostenloser Zugang zu Gesundheitsversorgung und Bildung) anstreben. Das Dokument schlägt ebenfalls vor, das gesamte Problem der gesundheitlichen Ungleichheiten und seine Ursachen im Detail zu untersuchen. Es verweist ferner auf die Notwendigkeit, Risikogruppen zu definieren.

Die WHO verfolgt mit ihrem Ansatz das Ziel, die Frage der gesundheitlichen Ungleichheiten auf die politische Tagesordnung ihrer europäischen Mitgliedsländer zu setzen und Interventionen in diesem Bereich völkerrechtlich abzustützen.

Europäische Union (EU)

Die EU misst der Frage der gesundheitlichen Ungleichheiten seit einigen Jahren grosse Bedeutung bei. Zum einen macht die Gesundheitsstrategie der EU deutlich, wie wichtig diese Frage ist, indem sie die Aufmerksamkeit auf die grossen Unterschiede in Mortalität und Morbidität lenkt. Ferner betont sie, dass Arme, Sozialschwache und sozial ausgegrenzte Gruppen einem hohen Gesundheits- und Mortalitätsrisiko ausgesetzt sind (European Commission 2002).

Zum anderen verweist das *Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit* auf das allgemeine Ziel, gesundheitliche Ungleichheiten durch die Entwicklung von Massnahmen und Strategien zu verringern, die Einfluss auf die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit haben (European Commission 2002).

Die gesundheitlichen Ungleichheiten nehmen auch in dem neuen Vorschlag der Europäischen Kommission für ein „Programm in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz 2007-2013“ (European Commission 2005b) einen wichtigen Platz ein, in denen betont wird, dass es unter den Mitgliedsländern ein grosses Gefälle in der Lebenserwartung gibt, dessen Ursachen ausserhalb des

Gesundheitswesens liegen. Die Kommission schlägt folgende gemeinsame Ziele vor¹¹ :

- Schutz der Bürger vor Risiken und Gefahren, auf die der Einzelne keinen Einfluss hat und die von einzelnen Mitgliedstaaten allein nicht wirksam bewältigt werden können;
- Stärkung der Entscheidungsfähigkeit der Bürger in Bezug auf ihre Gesundheit und Verbraucherinteresse;.
- Systematische Einbeziehung der gesundheits- und verbraucherpolitischen Ziele in alle Politikbereiche der Gemeinschaft.

Unter Hinweis auf das Recht auf Gesundheit als eines der Grundrechte legt die EU folgende gesundheitsbezogene Ziele fest:

- Schutz der Bürger vor Gesundheitsbedrohungen;
- Förderung von Strategien, die zu einem gesünderen Lebensstil führen;
- Mitwirken an der Senkung der Inzidenz schwerer Krankheiten in der EU;
- Aktive Beteiligung an der Entwicklung effektiverer und effizienterer Gesundheitssysteme;
- Unterstützung der oben aufgeführten Ziele durch die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und -analysen.

Darüber hinaus wird in der gemeinsamen Erklärung, die die GesundheitsministerInnen bestimmter Mitgliedsländer, wie Deutschlands, Belgiens, Spaniens, Portugals, des Vereinigten Königreichs und Schwedens, auf der Tagung vom 28.-29. August 2005 in Stockholm abgegeben haben, bekräftigt, dass dieses Thema auf die politische Agenda gesetzt werden muss: *„Inequalities in health, whether it derives from differences in education, income, living conditions or other health determinants must be addressed and the gap need to be narrowed if we are to succeed to maintain a just and prosperous society”*.

Im Übrigen stellt der Kampf gegen Armut und soziale Ausgrenzung eines der zentralen Elemente der Modernisierung des europäischen Sozialmodells dar. Insbesondere die „Lissabonner Strategie“, die im Jahr 2000 vom Europäischen Rat in Portugal angenommen wurde, erkennt an, wie wichtig es für die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Wirtschaft ist, die Armut zu senken und der sozialen Ausgrenzung ein Ende zu setzen. In einem Bericht, der in der Perspektive des Lissabonner Prozesses die von den Mitgliedsländern ergriffenen Massnahmen analysiert, werden sieben Prioritäten für politische Interventionen

¹¹ http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/pgm2007_2013_de.htm.

genannt, deren Umsetzung einen Beitrag zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten leisten würde (European Commission 2005a).

2.2 Nationale Strategien

Mehrere Industrieländer haben Politiken und Strategien zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten entwickelt, die vor allem beim Abbau der sozialen Ungleichheiten ansetzen. Im nachfolgenden Teil stellen wir die Erfahrungen einiger ausgewählter Länder vor: wir beschreiben an erster Stelle die von ihnen eingeführten Strategien, deren Konzeption und normative Grundlegung und wenden uns dann den organisatorischen Massnahmen zu, die zur Umsetzung dieser Strategien ergriffen worden sind.

2.2.1 Länderspezifische Ansätze

Deutschland : gesetzliche Massnahmen

In Deutschland steht die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten seit Anfang der 2000er Jahre auf der Tagesordnung der Regierung.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Lösungen, die Deutschland anstrebt, bei den finanziellen Problemen in der Gesundheitsversorgung ansetzen. Diese Lösungen basieren auf seinem System der gesetzlichen Krankenversicherung, das vom Solidaritätsprinzip geprägt ist und einen Ausgleich zwischen Personen mit hohem und niedrigem Einkommen, zwischen gesunden und kranken Menschen und zwischen kleinen und grossen Familien herstellt.

Allerdings garantiert dieser universelle und gleichberechtigte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle nicht, dass alle die angebotenen Leistungen auch gleichermassen in Anspruch nehmen würden. Untersuchungen zeigen, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ein deutliches Gesundheitsdefizit haben (Mielck 2000).

Seit 2000 enthält das Gesundheitsgesetz einen Artikel (Artikel 20 SGB V) zur Gesundheitsförderung und Prävention, der bestimmt, dass die Krankenkassen Leistungen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten erbringen müssen. Auf der Grundlage dieses Artikels haben bestimmte Krankenkassen neue Förder- und Präventionsprogramme ausgearbeitet, die sich speziell an sozial und wirtschaftlich benachteiligte Gruppen wenden.

Im Übrigen orientierte sich das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) bei der Festlegung der nationalen Gesundheitsziele am

Konzept der Chancengleichheit. Gegenwärtig gibt es fünf solcher nationalen Gesundheitsziele¹² :

- Diabetes mellitus Typ 2 – Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs – Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen : Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken.

Darüber hinaus setzt sich das BMGS immer stärker für die Untersuchung des Problems der gesundheitlichen Ungleichheiten ein. Zusammen mit bestimmten Krankenkassen finanziert es die Konferenz „Armut und Gesundheit“, die seit 1995 jedes Jahr stattfindet und auf der rund 1000 Teilnehmende über potenzielle Massnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten diskutieren¹³. Hinzu kommt eine Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die 2005 zur Einrichtung einer Internetplattform zum Thema der gesundheitlichen Ungleichheiten geführt hat¹⁴. Die Plattform mit dem Titel „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ verfolgt das Ziel, die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu stärken und Personen und Einrichtungen, die an diesem Thema interessiert sind, kostenlose Informationen zur Verfügung zu stellen.

Und schliesslich bezieht der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, ein vom BMGS eingerichtetes Beratungsgremium, in einem im April 2005 veröffentlichten Gutachten detailliert Stellung zur Frage der gesundheitlichen Ungleichheiten.

Frankreich : Strategie der Förderung des Zugangs zu medizinischer Behandlung und des Kampfes gegen Ausgrenzung

Obwohl Frankreich zu den europäischen Ländern gehört, in denen die gesundheitlichen Ungleichheiten unter sozioökonomischen Gruppen, gemessen an Mortalität und Morbidität, mit am stärksten sind (Leclerc A. et al. 2000), steht die Frage der sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich als solche erst seit kurzem auf der politischen Agenda. 1998 hat das Gesetz zur Bekämpfung von Ausgrenzungen (loi relative à la lutte contre les exclusions) die Frage nach dem

¹² <http://www.gesundheitsziele.de/>, besucht am 15. Januar 2006.

¹³ http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic_id=138, besucht am 15. Januar 2006.

¹⁴ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>, besucht am 15. Januar 2006.

Recht auf Gesundheit im Wesentlichen unter dem Blickwinkel des Zugangs zu medizinischer Behandlung betrachtet. 2000 hat Frankreich ein System eingeführt, das das Recht auf medizinische Grundversorgung auf alle ständig in Frankreich lebenden Personen ausdehnt. Dieses neue System stellt einen wichtigen Fortschritt auf dem Weg zu einem gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Behandlung dar.

Der Bericht über die in Übereinstimmung mit den europäischen Prinzipien festgelegten Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens, der dem Gesetz vom 9. August 2004 im Anhang beiliegt, nennt unter den Grundsätzen, an denen sich die öffentliche Gesundheitspolitik orientiert, das Prinzip der Verringerung der Ungleichheiten (Couffinhal et al 2005). Unter den 100 aufgelisteten Zielen geht es bei zweien direkt um Ungleichheit und prekäre Lebenssituationen. Eines dieser beiden Ziele strebt die Reduzierung der finanziellen Hemmnisse für den Zugang zu medizinischer Behandlung für Personen an, deren Einkommen geringfügig über dem Niveau liegt, das Anspruch auf die „Couverture Maladie Universelle“ gibt. Das zweite Ziel will eine Verringerung der Ungleichheit bei Krankheit und Tod durch eine Steigerung der Lebenserwartung von Gruppen, die in prekären Verhältnissen leben, erreichen. Gemäss dem französischen Experten visiert die Strategie die Erleichterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung an, basiert jedoch nicht auf einem umfassenden Konzept gesundheitlicher Chancengleichheit.

Niederlande : experimenteller Ansatz

In den Niederlanden ist das Problem der gesundheitlichen Ungleichheiten ins öffentliche Bewusstsein gelangt, nachdem der Black-Report 1980 im Vereinigten Königreich erschienen war, und seither gibt es, insbesondere unter den wichtigsten politischen Parteien, einen Konsens, dass diese Ungleichheiten inakzeptabel sind und den sozialen Zusammenhalt bedrohen (Stronks 2002).

Ein 1989 initiiertes Forschungsprogramm hat das Ausmass und die Determinanten der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit dokumentiert. In den Jahren 1995 bis 2001 folgte ein experimentelles Programm, das zwölf lokal begrenzte Experimente durchführte, mit dem Ziel, den Impakt verschiedener Interventionen auf die sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu untersuchen. Diese Interventionen folgten vier Strategien:

- Verbesserung der sozioökonomischen Stellung der sozial Schwächsten durch die Zahlung einer Beihilfe an in Armut lebende Eltern;
- Verringerung der Auswirkungen von Gesundheitsproblemen auf die spätere sozioökonomische Stellung durch die besondere Berücksichtigung der Situation im Kindesalter, das für die spätere Entwicklung ausschlaggebend ist;

- Reduzierung der Exposition gegenüber Risikofaktoren, die zu sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit beitragen, durch Massnahmen zur Verringerung der körperlichen Belastung am Arbeitsplatz und des beruflichen Stresses, durch gezielte Präventionskampagnen im schulischen Bereich und in benachteiligten Stadtteilen (Nikotinsucht, Zahnpflege, Ernährung usw.);
- Verbesserung der Zugänglichkeit und der Qualität der Gesundheitsversorgung, z.B. durch die Einrichtung lokaler Versorgungsnetze zur Vermeidung von Ausgrenzung, Gesundheitserziehung bei unter Diabetes leidenden MigrantInnen, Krankenpflege.

Die Auswertung dieser Experimente hat gezeigt, dass sieben der zwölf vorgesehenen Interventionsachsen ermutigende Resultate erbracht haben. Die Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen scheinen wirksam zu sein, ebenso wie die gezielten Massnahmen, die, insbesondere im Präventionsbereich, privilegiert werden sollten. Hingegen haben sich die Zahlung einer Beihilfe an sozial benachteiligte Eltern und die an die breite Masse gerichtete Präventionskampagne als wenig wirksam erwiesen. (Machenbach und Stronks 2004).

2001 hat eine Kommission, die sich aus Sachverständigen und PolitikerInnen zusammensetzt, quantifizierte Ziele und Empfehlungen formuliert. Aufbauend auf dem von der WHO festgelegten Ziel definierte sie das allgemeine Ziel, bis zum Jahr 2020 den Unterschied in der Lebenserwartung ohne Behinderung zwischen Personen mit hohem und niedrigem sozioökonomischem Status von zwölf auf neun Jahre zu reduzieren. Dies soll dank einer starken Steigerung der Lebenserwartung in Gesundheit der sozial am stärksten benachteiligten Gruppe erreicht werden.

Die niederländische Erfahrung weist einige interessante Besonderheiten auf. Eine ihrer Stärken besteht darin, dass sie unterstreicht, wie wichtig es ist, bestimmte Errungenschaften zu bewahren (z.B. die Höhe der Renten für Menschen, die aus Gesundheitsgründen oder aufgrund von Behinderung frühverrentet werden, die finanzielle Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung für Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status). Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass nicht nur die Auswirkungen der sozialen Ungleichheiten auf die Gesundheit bekämpft werden, sondern umgekehrt auch die Auswirkungen einer eingeschränkten Gesundheit auf den sozialen Status mit Hilfe gezielter Massnahmen reduziert werden (z.B. Anpassung der Arbeitsplätze an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen, um deren Beschäftigungsmöglichkeiten zu fördern, oder Unterrichtsangebote für kranke Kinder).

Vereinigtes Königreich : eine globale Strategie

Das Vereinigte Königreich ist das Land in Europa, in dem die Diskussion über die gesundheitlichen Ungleichheiten eine gewisse Tradition hat und bereits weit fortgeschritten ist. Der „Black-Bericht“, der mittlerweile eine weltweit anerkannte Referenz darstellt, wurde 1977 von der Labour-Regierung in Auftrag gegeben und von den Konservativen, die bald darauf für lange Zeit an die Macht kamen, beiseite gelegt. 1998 wurde auf der Grundlage des sog. „Acheson Report“, der eine Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheiten feststellte und Empfehlungen in Form konkreter Vorschläge für Massnahmen und Interventionen unterbreitete, eine neue Strategie ausgearbeitet (Acheson 1998). Das Hauptmerkmal dieser Strategie besteht darin, dass sie auf einer umfassenden Politik der Verringerung der Ungleichheiten aufbaut und *quantifizierte Ziele* setzt¹⁵.

Die Interventionsstrategien zur Erreichung der quantifizierten Ziele sind im 2003 veröffentlichten Programm des Gesundheitsministeriums „*Tackling Health Inequalities : A Programme for Action*“ (Departement of Health 2003) vorgestellt worden. Die Politik der Regierung zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten schlägt sich in Schwerpunktprogrammen nieder, die fünf Interventionsachsen folgen:

- *Den Kreislauf der gesundheitlichen Ungleichheiten brechen:* Armut senken, Bildungsniveau sozial benachteiligter Kinder verbessern, Gesundheitsversorgung von Kindern und psychische Betreuung von sozial benachteiligten und ethnischen Gruppen verbessern, usw.
- *Die wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren bekämpfen:* verstärkte Bekämpfung der Nikotinsucht, Verbesserung der Ernährungssituation, Ermutigung zu körperlicher Bewegung, Verringerung der Unfallzahlen, insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen, um nur einige Bereiche zu nennen.
- *Den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen verbessern:* allen den Zugang gewährleisten, kulturelle und sprachliche Barrieren berücksichtigen, usw.

¹⁵ Die Unterschiede in der Kindersterblichkeit zwischen der Klasse der ArbeiterInnen und der allgemeinen Bevölkerung bis zum Jahr 2010 um 10% senken ; bis zum selben Jahr die Lebenserwartung bei der Geburt zwischen dem Quintil der am stärksten benachteiligten Regionen und dem nationalen Durchschnitt um 10% reduzieren (geographische Ungleichheiten) ; ungewollte Schwangerschaften bei unter 18-Jährigen um 50% senken ; Tabakkonsum bei ArbeiterInnen um 26% senken, um nur einige quantifizierte Ziele zu nennen.

- *Sozial benachteiligte Gemeinschaften stärken:* Massnahmen am Arbeitsplatz und in den Unternehmen, Kriminalitätsbekämpfung, Verbesserung des Bildungsangebots und der Wohnbedingungen, usw.
- *Gezielte Interventionen zugunsten spezifischer Gruppen verstärken:* sicherstellen, dass die angebotenen Leistungen den besonderen Bedürfnissen dieser Gruppen, wie ethnischen Minderheiten, alten Menschen, Obdachlosen, Gefangenen, Asylsuchenden, usw., entsprechen.

Dieser ressortübergreifende Aktionsplan bezieht auch andere Ministerien als das Gesundheitsministerium ein. Ein Teil der vorgeschlagenen Interventionen setzt somit vor der eigentlichen Gesundheitsversorgung an. Im Übrigen werden die Ziele zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten auch durch lokale Massnahmen umgesetzt, die an das jeweils konkrete Umfeld angepasst sind.

Schweden : allgemeine, in die öffentliche Gesundheitspolitik eingebettete Strategie

Diese Strategie geht davon aus, dass die öffentliche Gesundheitspolitik im Dienst der gesundheitlichen Gerechtigkeit steht. Die schwedische „*New public health policy*“ (Agren 2003) baut auf einem einzigen, umfassenden Ziel auf: „*the creation of societal conditions which ensure good health, on equal terms, for the entire population*“¹⁶, und zwar ungeachtet des Geschlechts, der Klasse, der ethnischen Abstammung, von Behinderungen. Es handelt sich also nicht um eine Politik, die die Verringerung von Ungleichheiten an sich anstrebt, sondern vielmehr um eine öffentliche Gesundheitspolitik, die stark vom Gedanken der Gerechtigkeit geprägt ist. Sie ist das Ergebnis der durch regelmässiges wissenschaftliches Monitoring untermauerten Erkenntnis, dass die sozialen Ungleichheiten trotz einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheitsindikatoren auf aggregierter Ebene zugenommen haben.

Die „*New public health policy*“ setzt stärker auf allgemeine soziale Determinanten, die vor der eigentlichen Gesundheitsversorgung und Prävention ansetzen: sozialer Zusammenhalt, Partizipation und Selbstverwirklichung, Lebensbedingungen in der Kindheit, Vollbeschäftigung, gesundes Arbeits- und Wohnumfeld und Lebensstile werden als wichtige Faktoren genannt, die auf die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung abzielen. Bestimmte Ziele streben die Verringerung der Risikofaktoren an, die sich aus individuellen Verhaltensweisen ergeben, wie Fehlernährung, Tabak, Alkohol, Drogen, mangelnde körperliche Bewegung usw. Hinzu kommen eine Reihe anderer Ziele, die übergreifenderen Charakter haben: gezieltere Ausrichtung der öffentlichen

¹⁶ <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/newpublic0401.pdf>.

Gesundheitsdienste auf Prävention und Gesundheitsförderung, gezieltere Forschungsinvestitionen.

Die Interventionen verfolgen das Ziel, die öffentliche Gesundheit zu verbessern und die Gesundheitsunterschiede unter den verschiedenen Gruppen der Bevölkerung zu reduzieren. Sie richten sich vor allem an Risikogruppen, die in ihrer Gesundheit am stärksten benachteiligt und gefährdet sind. Es handelt sich dabei um ein Vorgehen, der bei den Gesundheitsdeterminanten ansetzt und bei dem die Rolle des Gesundheitswesens weniger deutlich hervortritt, da seine Umsetzung ein multisektorales Vorgehen (mehrere Bereiche und Sektoren) erfordert, bei dem das Gesundheitswesen nur einer der potenziellen Akteure ist (Oestlin und Diderichsen 2001).

Nach der schwedischen Sachverständigen liegt der Schwachpunkt dieser Strategie darin, dass sie keine quantifizierten Ziele festlegt und dass die wirtschaftlichen Vorteile nicht ausreichend belegt werden. Abgesehen von diesen Schwachpunkten handelt es sich jedoch um einen innovativen Ansatz, der für mehrere Länder und die WHO, insbesondere hinsichtlich des Ausarbeitungsprozesses dieser Strategie, Modellcharakter hat. Ihre Stärken liegen darin, dass sie zugleich auf eine breite politische Akzeptanz zählen kann, auf wissenschaftlichen Beweisen aufbaut und zahlreiche Gesundheitsakteure einbezieht (*top-down* und *bottom-up*-Modell), mit dem Ergebnis, dass der Aktionsradius dieser Strategie weit über das Gesundheitswesen hinausgeht.

Obwohl die schwedische Strategie den Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheiten nicht explizit in den Vordergrund stellt, ist dieser doch implizit in vielen Zielen der Strategie enthalten. Die Umsetzung der Strategie kann in den jährlichen Berichten über die öffentliche Gesundheit¹⁷ verfolgt werden, die neben den regelmässigen Berichten über die Gesundheit der SchwedInnen erscheinen.

Neuseeland : kombinierter Ansatz

Neuseeland hat sich in seiner Politik der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheiten für einen Ansatz entschieden, der die allgemeine öffentliche Gesundheitspolitik mit besonderen Gesundheitsthemen, wie Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, kombiniert (Ministry of Health 2002). Dieser Ansatz geht davon aus, dass alle gesundheitsrelevanten Sektoren einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten leisten müssen. Er legt den Schwerpunkt auf Bereiche, in denen es Ungleichheiten gibt (wie z.B. sozioökonomische Faktoren, ethnische Zugehörigkeit), und erstellt

¹⁷ Eine englische Zusammenfassung des letzten „politischen“ Berichts über das Jahr 2005 kann unter folgender Adresse heruntergeladen werden :
<http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf>

bedarfsorientierte Aktionspläne, die an die jeweilige Realität angepasst sind, um so die gesundheitlichen Ungleichheiten zu reduzieren. Der neuseeländische Experte hat uns erklärt, dass die Politik zur Bekämpfung der Nikotinsucht und die Schaffung politischer Rahmenbedingungen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten bei ethnischen Minderheiten Teil dieses kombinierten Ansatzes sind.

Eines der Ziele der neuseeländischen Gesundheitsstrategie nimmt explizit Bezug auf die Verbesserung der Gesundheit der sozioökonomisch benachteiligten Gruppen und der indigenen Minderheiten (Maori und Bevölkerung der Pazifikinseln). Der Akzent wird hier vor allem auf die Zugänglichkeit und die Qualität der Gesundheitsversorgung gelegt.

Der neuseeländische Experte äusserte sich folgendermassen zu den Stärken dieser Strategie: „It facilitates specific initiatives and activities geared to addressing inequalities in health which are both unfair and preventable. The provision of a clear policy framework for this approach is critical for action“.

2.2.2 Organisatorische Strukturen

Die institutionellen Strukturen, mit deren Hilfe die Länder ihre Politiken und Strategien zur Bekämpfung der Ungleichheiten umsetzen, unterscheiden sich von Land zu Land. Sie spiegeln einerseits die Logik des politischen Systems und die institutionelle Kultur der einzelnen Länder und andererseits den Ansatz wider, den diese zur Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheiten gewählt haben.

Schweden z.B. richtet seine verschiedenen institutionellen Strukturen an den wichtigsten Determinanten für die festgestellten Ungleichheiten aus. Ansatzpunkte sind Armut, wirtschaftliches Gefälle, Sozialstaat, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, arbeitsbedingter Stress, soziale Ausgrenzung, Bildung, Förderung von Kleinkindern und Betreuung alter Menschen. Das Nationale Institut für öffentliche Gesundheit (Swedish National Institute of Public Health¹⁸) wurde 2001 umorganisiert, um Kontrolle, Weiterführung und lokale Koordinierung eingeleiteter Massnahmen zu gewährleisten; es untersteht dem Gesundheits- und dem Sozialministerium und verfügt über eine Abteilung „Gesellschaft und Gesundheit“¹⁹. Zudem gibt es Sektionen bzw. Unterabteilungen, die speziell für bestimmte Bereiche wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, usw. zuständig sind.

Neuseeland, dessen Strategie sich an der schwedischen inspiriert, hat innerhalb des Ministeriums Sektionen eingerichtet, die sich einerseits an spezifischen

¹⁸ http://www.fhi.se/default_1417.aspx#, besucht am 15. Januar 2006.

¹⁹ http://www.fhi.se/templates/Page2cols_5559.aspx, besucht am 15. Januar 2006.

Bereichen orientieren, in denen deutliche Ungleichheiten festzustellen sind (z.B. Zugang zur Gesundheitsversorgung, Nikotinsucht) und andererseits an Gruppen, die besonders von den Ungleichheiten in diesen Bereichen betroffen sind (indigene Minderheiten z.B.). Da die Erfahrung gemacht wurde, dass vergleichbare Präventionsmassnahmen bei der Bevölkerungsmehrheit keineswegs die gleichen Auswirkungen haben wie bei der Maori-Minderheit, sind spezielle Strukturen eingerichtet worden, in denen die lokalen Maori-Behörden mitwirken.

Das Vereinigte Königreich hat eine eher zentralisierte institutionelle Struktur eingerichtet. Eine spezielle Einheit, die „Health Inequalities Unit“, die für die Bekämpfung von gesundheitlichen Ungleichheiten zuständig ist, wurde innerhalb des Gesundheitsministeriums eingerichtet; ihr kommen jedoch auch wichtige Aufgaben im sozialen Bereich zu²⁰. Die „Health Inequalities Unit“ funktioniert nach dem Prinzip des „Public Service Agreement“ (PSA). Die Zentralregierung trifft mit den kommunalen Behörden „lokale Zielabsprachen“, um die angestrebten Ergebnisse auf lokaler Ebene zu erreichen und so die gesundheitlichen Ungleichheiten zu reduzieren. Statt die politische Verantwortung für alle Fragen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten zu übernehmen, verfolgt die „Health Inequalities Unit“ das Ziel, einen Beitrag zur Erfüllung der PSA zu leisten, indem sie Verbindungen zwischen den verschiedenen Akteuren und Initiativen herstellt, um so zu gewährleisten, dass die Perspektive der gesundheitlichen Ungleichheiten in deren Arbeit berücksichtigt wird.²¹ Eine andere Einheit, die „Social Exclusion Unit“, konzentriert sich auf sozial benachteiligte und ausgegrenzte Einzelpersonen und Gruppen.

Im Gegensatz zum Vereinigten Königreich verfügen die Niederlande über keine politische Struktur, die die Aktivitäten der verschiedenen Ministerien koordinieren würde, - ein Punkt, den die ExpertInnen im Übrigen als Schwachpunkt der niederländischen Strategie ansehen. Allerdings gibt es innerhalb des Gesundheitsministeriums verschiedene Sektionen, die speziell für die wichtigsten Determinanten der Gesundheit (Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, usw.) und die am stärksten benachteiligten Gruppen zuständig sind.

²⁰ <http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HowDHWorks/fs/en>, besucht am 15. Januar 2006.

²¹ http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthInequalities/HealthInequalitiesGeneralInformation/HealthInequalitiesGeneralArticle/fs/en?CONTENT_ID=4079644&chk=8WiiZg

In Deutschland und Frankreich gibt es keine besonderen Strukturen, die speziell für die Bekämpfung der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit verantwortlich wären.

Dieser kurze Überblick über die institutionellen Strukturen führt uns zu der Feststellung, dass diejenigen Länder, die eine koordinierte Politik zur Bekämpfung der sozialen Ungleichheiten durchführen, die Notwendigkeit erkannt haben, organisatorische Strukturen zu schaffen, um die beschlossenen Strategien umzusetzen und weiterzuverfolgen und die Massnahmen mit den lokalen Akteuren zu koordinieren. Dies erklärt sich aus der Komplexität der Aufgabe und der Vielzahl der beteiligten Akteure, deren Arbeit sektorübergreifend auf mehreren Ebenen koordiniert werden muss (Forschung, Information, Aufgabenverteilung und Steuerung der Strategieumsetzung).

Das schwedische und das britische Beispiel veranschaulichen im Übrigen, wie wichtig es ist, eine breite Palette von Akteuren (unterschiedliche politische Ebenen und Richtungen, NGOs, unterschiedliche Sektoren) in die Entwicklung von innovativen Ansätzen und Strategien einzubeziehen, wenn man deren Akzeptanz und effiziente Umsetzung gewährleisten will. Unilaterale Initiativen (*top down*), die sich bestenfalls auf renommierte ExpertInnen oder internationale Empfehlungen im WHO-Jargon stützen, laufen Gefahr, in Schubladen zu verschwinden oder gut gemeinte Absichtserklärungen zu bleiben - nie „über die rhetorische Dimension hinauszugehen“, um mit den Worten des kanadischen Experten Pong zu sprechen. In Schweden hat die Forderung der lokalen Akteure nach besser gesteuerten Massnahmen mit Sicherheit dazu beigetragen, dass eine öffentliche Gesundheitsstrategie entwickelt wurde.

Wenn die Verfügbarkeit zuverlässiger empirischer Daten auf nationaler – und nicht nur auf internationaler – Ebene allein auch noch nicht zur politischen Willensbildung ausreicht, so ist der Rückgriff auf solche Daten heute doch praktisch unerlässlich. Zudem sollten die wissenschaftlichen Ergebnisse nicht nur die Existenz eines Problems nachweisen, sondern im Falle bestehender Defizite idealerweise auch (öffentliche) Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

2.3 Aktuelle Diskussionen und Entwicklungen

Der Kampf gegen die gesundheitlichen Ungleichheiten nimmt in der öffentlichen Gesundheitspolitik der Industrieländer eine wichtige Stelle ein. Es gibt einen Konsens, der durch empirische Daten belegt wird, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten in den reichen Ländern – infolge der sozioökonomischen Polarisierung und zunehmenden Pluralisierung unserer Gesellschaften – steigen und dass unter allen Umständen verhindert werden muss, dass dieses Gefälle weiter wächst. Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten, die unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit eine Diskriminierung darstellen und den

sozialen Zusammenhalt und Frieden bedrohen, muss notwendigerweise bei den sozialen Ungleichheiten ansetzen. Wirtschaftlich gesehen, ist dieser Kampf gegen die sozialen Ungleichheiten von grossem Interesse für all jene Länder, die ihre Gesundheitsausgaben reduzieren möchten, denn Ausgaben, die bei sozial benachteiligten Personen anfallen, werden zumindest teilweise aus der öffentlichen Kasse (Sozialhilfe) bestritten. Zahlreiche Länder wenden u. a. politische Strategien zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten an, die sowohl auf der Makroebene (Einkommen, Bildung, Umwelt, usw.) als auch auf der Ebene des individuellen Verhaltens und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ansetzen.

Allerdings sind Engagement und Bewusstseinsbildung in der Frage der Ungleichheiten in den verschiedenen Ländern unterschiedlich weit entwickelt. Das Vereinigte Königreich kann als das fortschrittlichste Land angesehen werden, gefolgt von den Niederlanden, Neuseeland und Schweden, die dabei sind, eine strukturierte Politik zu entwickeln, die Phasen wissenschaftlicher Arbeit und öffentlicher Diskussion miteinander verbindet. In Frankreich und Deutschland konzentrieren sich die politischen Diskussionen im Wesentlichen auf zentrale Fragen der Gesundheitspolitik, ohne dass ein Bewusstsein dafür gewachsen wäre, dass dringender Handlungsbedarf besteht und dass eine wirkliche Strategie der öffentlichen Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung des Problems der Ungleichheiten entwickelt werden muss. Die Schweiz befindet sich ihrerseits eher in der Nähe Deutschlands und Frankreichs.

In der Frage der gesundheitlichen Ungleichheiten lässt sich überall eine Verschiebung von einem auf Armut gerichteten Ansatz zu einem anderen Konzept feststellen, das bei der Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten insgesamt – Vielfalt sozialer Determinanten – ansetzt.

Auf internationaler Ebene sind die Diskussionen über die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheiten themenübergreifend. Es geht um Ausgrenzung, Eingliederung und Diskriminierung. Die Politik der sozialen Eingliederung, die von den meisten europäischen Ländern entwickelt worden ist, setzt immer stärker bei den wichtigen Gesundheitsdeterminanten an, wie Einkommen und Bildung. Ferner wird der Kreis der zu berücksichtigenden sozial benachteiligten Gruppen ausgeweitet. Unterstrichen werden muss auch, dass Obesität und die Gesundheit von Kindern, die gemäss dem europäischen Gesundheitsbericht 2005 der WHO durch die wachsenden sozioökonomischen Ungleichheiten gefährdet sind, als neue gesundheitliche Herausforderungen erscheinen²².

²² Neuere Untersuchungen, z.B. in Frankreich, zeigen, dass die Obesität ein Phänomen ist, von dem Arbeitslose, RentnerInnen und ArbeiterInnen stärker betroffen sind. Dies lässt sich sowohl auf soziale Ungleichheiten in der Gesundheit als auch durch unterschiedliche Ernährung-

Die Strategien der untersuchten Länder machen deutlich, dass es unterschiedliche Entwicklungsprozesse und Umsetzungsmodalitäten in den öffentlichen Politiken zur Reduzierung der sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich gibt. Die britische Erfahrung zeigt uns, wie wichtig diese Frage in der politischen Diskussion sein kann. Unabdingbare Voraussetzung für die Gestaltung einer öffentlichen Politik ist nach Ansicht des niederländischen Experten, dass weitere Erkenntnisse zu diesem Thema gewonnen werden und eine öffentliche Diskussion darüber stattfindet. Ferner ist er der Meinung, dass ein unerlässliches Kriterium für die Reduzierung der sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich darin besteht, dass der politische Wille dafür vorhanden ist.

In den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich, Schweden und Neuseeland gingen der politischen Diskussion über die Frage der Ungleichheiten umfangreiche Untersuchungen voraus - und haben sie begleitet -, die das Ausmass und die Entwicklung der Ungleichheiten sowie Erkenntnisse über ihre Determinanten und die Wirksamkeit möglicher Interventionen dokumentierten. Dies trifft besonders auf die Niederlande zu, wo das Thema in einer ersten Phase wissenschaftlich untersucht wurde. Es folgten experimentelle Massnahmen auf lokaler Ebene, die in einer nächsten Phase ausgewertet wurden. In der Schlussphase wurden auf der Basis der Auswertungsergebnisse Vorschläge für politische Massnahmen unterbreitet. Die niederländische Erfahrung ist aufgrund ihres politischen Ansatzes besonders signifikant. Dieser stützt sich nicht nur auf aussagekräftige Aussagen der Wissenschaft, sondern wird auch in direkter Zusammenarbeit mit WissenschaftlerInnen entwickelt. Schweden hat angesichts der Erkenntnis, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten trotz des hohen Niveaus der durchschnittlichen Indikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung zunahmen, beschlossen, eine nationale öffentliche Gesundheitsstrategie zu entwickeln, die auf Ergebnissen basiert, die durch regelmässig erscheinende Berichte über die öffentliche Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung der Ungleichheiten ständig aktualisiert werden.

Was die inhaltliche Ausgestaltung der Strategien anbetrifft, so ist es interessant festzustellen, dass die Strategien des Vereinigten Königreichs, der Niederlande und Schwedens verschiedene Arten von Massnahmen miteinander kombinieren: Massnahmen, die ausserhalb des Gesundheitssystems angesiedelt sind (soziale Ungleichheiten), Massnahmen, die auf vermittelnde Faktoren, beispielsweise bei der Exposition gegenüber Risikofaktoren ansetzen, und Massnahmen, die im

sgewohnheiten erklären. (vgl. <http://www.dossiersdunet.com/article300.html>). In der Schweiz wird in einer Reihe neuerer Forschungsarbeiten auf dieses Thema aufmerksam gemacht und die Beziehung zwischen sozialem Status und Obesität nachgewiesen (Lamprecht und Stamm 2005 ; Shopper 2005).

Gesundheitswesen selbst ergriffen werden (Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung). Qualität und Zugänglichkeit der Gesundheitsleistungen spielen besonders in der britischen und niederländischen Strategie eine wichtige Rolle. Neuseeland scheint den zweit- und drittgenannten Massnahmen Priorität einzuräumen. Während Frankreich den Akzent auf die Zugänglichkeit von kurativen und präventiven Leistungen legt, scheint Deutschland eher Gesundheitsförderung und Prävention zu privilegieren, die über die Krankenkassen gefördert werden. Der deutsche Experte macht jedoch darauf aufmerksam, dass dieser Politik Grenzen gesetzt sind, da die Krankenkassen nur ein begrenztes Interesse an gesundheitlicher Chancengleichheit haben.

Die selektiven politischen Massnahmen, die bestimmte Zielgruppen der Bevölkerung anvisieren (sozial benachteiligte Gruppen, finanzschwache Gebiete, gesundheitlich am stärksten beeinträchtigte Gruppen, ethnische Gruppen, usw.), scheinen wirksamer zu sein als die allgemeinen Massnahmen. In Neuseeland und insbesondere im Vereinigten Königreich fällt die Umsetzung der beschlossenen Massnahmen in den Zuständigkeitsbereich der kommunalen Behörden. Diese bekämpfen Ungleichheiten mit Hilfe der *Local Public Service Agreements*, die keine allgemeinen, sondern gezielte Massnahmen vorschlagen, z.B. zugunsten von sozial schwachen Kindern und Familien in einer bestimmten Region.

Zum Abschluss wollen wir mehrere Kriterien nennen, die den Prozess der Entwicklung einer Politik zur Bekämpfung der sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich kennzeichnen:

- Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse: die Verfügbarkeit aussagekräftiger Daten hat in grossem Masse zur politischen Bewusstseinsbildung und zu einer öffentlichen Politik der Verringerung der Ungleichheiten beigetragen.
- Bedeutung des Prozesses bei der Entwicklung einer solchen Politik: ein offener und partizipatorischer Prozess – unter Mitwirkung von ExpertInnen, WissenschaftlerInnen, Akteuren der Zivilgesellschaft und PolitikerInnen – scheint einem geschlossenen Prozess, der auf eine geringe Zahl von Akteure begrenzt ist, vorgezogen zu werden.
- Bedeutung der Auswertung (*Health impact assessment*): die Auswertung der Massnahmen und verschiedenen Interventionen auf ihre Effizienz und ihren Impact hin wird für die Verwirklichung der festgelegten Ziele als unerlässlich angesehen²³. In diesem Zusammenhang beharren einige

²³ Nach Mackenbach könnte das *Health impact assessment* auch dazu beitragen, dass politische Akteure ausserhalb des Gesundheitswesens ein besseres Verständnis vom Problem der gesundheitlichen Ungleichheiten erlangen. Seines Erachtens belegen die in den

ExpertInnen auf der Festlegung quantifizierbarer Ziele, die die politische Rechtfertigung der Massnahmen erleichtern und ihre Nachhaltigkeit verbessern.

- Die Mehrzahl der entwickelten Strategien beruht auf einem multisektoralen Ansatz und fällt in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Gesundheits- und Sozialministerien.

3 Die Lage in der Schweiz

In der Schweiz ist die Frage der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit und deren Bekämpfung bei den politisch Verantwortlichen bislang nicht auf besonderes Interesse gestossen, obwohl diese Ungleichheiten durchaus festgestellt worden sind²⁴ (Lehmann et al. 1988 ; Minder et al. 1986 ; Schopper 2002 ; Stamm et al. 2003). Die erste Untersuchung zur Frage der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit geht bereits auf das Ende des 19. Jahrhunderts zurück (cf. Minder 1993). Seit den 1980er Jahren lässt sich beobachten, dass das wissenschaftliche Interesse an dem Thema erneut zunimmt²⁵. Die Mehrzahl der Untersuchungen behandelt das Thema der Mortalität (Beer et al. 1993 ; Gubéran und Usel 2000 ; Minder et al. 1986) und erklärt die sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit mit sozialem Status, Bildungsniveau, Nationalität und regionaler Herkunft (Bisig und Gutzwiller 2004 ; Minder 1993 ; Vranjes et al. 1996).

Mehrere Untersuchungen heben hervor, dass die Chancen, ein respektables Alter zu erreichen, trotz gestiegener Lebenserwartung in der Schweiz nicht für alle gleich sind: Personen der unteren Schichten sind sehr viel häufiger von frühem Tod betroffen als andere (Gubéran und Usel 2000 ; Künzler und C. Knöpfel 2002).

Nach der Untersuchung von Bouchardy et al. (2002) wird das Krebsrisiko von Männern in grossem Masse von sozioökonomischen Faktoren beeinflusst. Ausserdem hat eine umfassende medizinische Untersuchung aller von Brustkrebs

Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Schweden gemachten Erfahrungen die Wirksamkeit dieses Ansatzes.

²⁴ Es wäre sicher interessant gewesen, die Gründe für die politische Indifferenz gegenüber der Frage der gesundheitlichen Ungleichheiten zu erklären. Die Untersuchung dieser Frage war jedoch nicht Gegenstand unseres Mandats und übersteigt daher den Rahmen dieser Arbeit.

²⁵ Für einen historischen und allgemeinen Überblick über die empirischen Untersuchungen, die vor 1990 zur Frage der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit in der Schweiz durchgeführt wurden, siehe Lehmann et al. (1990) ; für einen Überblick über jüngere Forschungsarbeiten, die auf den Ergebnissen von Gesundheitsbefragungen basieren, siehe insbesondere BFS (2000), Vranjes et al. (1996), Bisig und Gutzwiller (2004).

betroffenen Frauen in Genf gezeigt, dass die Überlebenschancen von Frauen aus sozial benachteiligten Schichten und Frauen aus höheren Schichten zutiefst ungleich sind (Bouchardy 2004). In anderen Schweizer Regionen sieht es ähnlich aus: in mehreren Untersuchungen wurde festgestellt, dass es signifikante Mortalitätsunterschiede unter den Kantonen gibt (Bisig und Paccaud 1987 ; Schüler und Bopp 1997 ; Wanner und Fei 2005).

Im Übrigen stellen Bisig und Minder (2001: 63) fest: „Personen mit niedriger Schulbildung sind seltener ernährungsbewusst, häufiger übergewichtig bzw. stark übergewichtig (adipös), sind weniger körperlich aktiv und sind häufiger starke Raucher als Personen mit hoher Schulbildung“.

Man kann also nicht sagen, dass es keine Untersuchungen oder wissenschaftliche Daten zu diesem Thema gäbe, aber diese sind eher sporadisch durchgeführt bzw. erhoben worden und die sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit müssen noch differenzierter gemessen werden.

In der Schweiz wird das Gesundheitswesen insgesamt als öffentliche Dienstleistung verstanden, von der a priori niemand ausgeschlossen ist, und nicht etwa als System, dessen Leistungen ausschliesslich den Wohlhabenden vorbehalten wären. Wenn wir uns die Lage auf lokaler Ebene anschauen, so können wir sogar feststellen, dass gewisse Anstrengungen unternommen worden sind, um das Problem der gesundheitlichen Benachteiligung von sozial schwachen Bevölkerungsschichten in Angriff zu nehmen. Die den Universitäten angegliederten kantonalen Polykliniken bieten Gesundheitsversorgungsstrukturen an, die von sozial benachteiligten Gruppen zumeist in Anspruch genommen werden. In demselben Sinn zeugen die von den Kantonen eingeführten allgemeinen medizinischen Dienste (SchulärztInnen und –zahnärztInnen, insbesondere für sozial benachteiligte Kinder) von einer gewissen Bewusstseinsbildung in dieser Frage denn die diesen lokalen Initiativen zielen darauf ab, arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Dies soll über einen erleichterten Zugang zum Gesundheitswesen sowie im Rahmen der medizinischen Versorgung erreicht werden.

Allerdings kann man heute auch beobachten, dass diese lokalen Initiativen nicht im Rahmen einer umfassenderen gesundheitspolitischen Strategie weiterentwickelt wurden, die bei den sozialen Determinanten der gesundheitlichen Ungleichheiten angesetzt hätte.

Einer der Hauptgründe dafür liegt in der Tatsache, dass der seit den 1950er Jahren vorherrschende Trend eher durch eine Medikalisierung der Gesundheitspolitik gekennzeichnet ist, die sich an einem eng geführten Gesundheitsverständnis orientiert (Konzentration auf Krankheiten, PatientInnen, medi-

zinische Versorgung) und nicht über ein wirkliches Konzept öffentlicher Gesundheit verfügt (Bewahrung der Gesundheit, vorausschauende Gesundheitsförderung).²⁶ Wie der Prozess der Ausarbeitung von Strategien in den untersuchten Ländern zeigt, liegt eine weitere Erklärung vielleicht in der Tatsache, dass politische Initiativen, die sehr gezielt genaue Ziele anvisieren, sich auf Erkenntnisse stützen, die in einem intensiven Prozess wissenschaftlicher Untersuchungen gewonnen wurden. In der Schweiz verfügen die lokalen Akteure jedoch sehr oft nicht über die finanziellen Mittel, um solch umfassende Untersuchungen durchzuführen.

Auf nationaler Ebene sind die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die allen den Zugang zu medizinischer Behandlung garantiert (seit 1996 durch das KVG) und die Prämienverbilligung für Personen mit unteren und mittleren Einkommen (Art. 65 des KVG) zwei explizite politische Instrumente, die bei den Hindernissen im Vorfeld des Zugangs zu medizinischer Behandlung ansetzen und so zu einer Reduzierung der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit beitragen.

Im Übrigen haben die Präventionsprogramme gegen Drogensucht und vor allem gegen AIDS in der Praxis neue Impulse für eine stärkere Berücksichtigung der sozialen Faktoren bei gesundheitspolitischen Massnahmen gegeben (soziale Prekarität als wichtige Determinante des Gesundheitszustands). Im selben Kontext sind nach und nach auch Programme für Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund eingeführt worden, die zur Entwicklung einer Strategie im Bereich „Migration und Gesundheit“ (BAG 2001) geführt haben. Die zahlenmässige Stärke der Migrationsbevölkerung, ihr sozioökonomisches Profil und die Diversifizierung der Lebensläufe von MigrantInnen rufen nicht selten besondere soziale Problemlagen (Armut, Stress, prekäre und anstrengende Arbeit, unsicherer Status) hervor. Entsprechende Massnahmen können beispielhaft auch für sozial benachteiligte Schichten ohne Migrationshintergrund angewendet werden.

An dieser Stelle ist es angebracht, die Initiative des Eidgenössischen Departements des Innern aus dem Jahr 1998 zu erwähnen, die darauf abzielte, in Zusammenarbeit mit den Kantonen eine nationale Gesundheitspolitik zu entwickeln. Diese Initiative macht deutlich, dass ein Perspektivenwechsel stattgefunden hatte und die Notwendigkeit erkannt wurde, die Debatte über die Krankenversicherung und die Gesundheitskosten auf eine breitere Basis zu stellen und die Gesundheit der Bevölkerung als übergeordnetes Anliegen in die Diskussion einzubeziehen. Eines der impliziten Ziele dieser Initiative war, die

²⁶ Interview Philippe Lehmann.

Determinanten der Gesundheit zu berücksichtigen und folglich die Frage der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit aufzugreifen²⁷.

Das Projekt „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“ wurde 2003 mit der Schaffung einer institutionellen und politischen Plattform abgeschlossen, die dem Dialog, dem Informationsaustausch und der Festlegung gemeinsamer Arbeitsbereiche dient²⁸.

Einen weiteren beträchtlichen Fortschritt im Engagement für gesundheitliche Gerechtigkeit stellt auch die Tatsache dar, dass drei nationale Einrichtungen – das BAG, die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und Nationale Gesundheitspolitik Schweiz – das Programm der WHO für Europa mit dem Titel *Gesundheit21* angenommen haben, das die Notwendigkeit einer Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten unter sozialen Gruppen unterstreicht. Selbst wenn die genannten Institutionen aus unterschiedlichen Gründen noch weit davon entfernt sind, für die Verwirklichung von mehr gesundheitlicher Gerechtigkeit quantifizierte Ziele festzulegen, so stellt dies auf institutioneller Ebene doch einen entscheidenden Schritt dar.

Die Tatsache, dass in der Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit eine politische Bewusstseinsbildung stattgefunden hat, wird auch in vielen laufenden, vom BAG in Auftrag gegebenen Untersuchungen deutlich.

Was die Interventionsebene betrifft, so verdienen einige Aktivitäten besondere Erwähnung, und zwar insbesondere diejenigen, die gesundheitliche Gerechtigkeit im Blick haben: dabei handelt es sich vor allem um die Aktivitäten der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG, also die Strategie *Migration und Gesundheit* sowie die Massnahmen im Rahmen *Gender Health*. Diese Aktivitäten, die das Ergebnis eines sektoriellen Ansatzes sind, tragen zur Entwicklung einer Perspektive bei, die auf gesundheitliche Gerechtigkeit ausgerichtet ist (wichtigstes Ziel einer modernen und effizienten öffentlichen Gesundheitspolitik), und liefern in gewisser Weise ein Modell für eine Politik des equality *mainstreaming* im Streben nach gesundheitlicher Gerechtigkeit.

Hervorzuheben ist auch, dass die Berücksichtigung dieser beiden Dimensionen (Migration und Gender) in der institutionellen Struktur einer aktuellen Tendenz entspricht, die wir in verschiedenen Ländern beobachtet haben, die besondere Strategien zur Verwirklichung gesundheitlicher Gerechtigkeit entwickelt haben.

²⁷ Nach Van der Linde (2005) verfolgte diese Initiative folgende beiden Ziele : 1) Gesundheit der Bevölkerung stärken und verbessern, 2) Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den verschiedenen sozialen Bevölkerungsschichten verkleinern.

²⁸ Mit dem Titel „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“, vgl. www.nationalegesundheits.ch

Die besondere Aufgabenstellung der Fachbereiche *Migration und Gesundheit* und *Gender Health* lässt sich in zwei zentralen Punkten zusammenfassen :

- Ihre Aktivitäten verfolgen das Ziel, die „capabilities“²⁹ (Verwirklichungschancen) der Personen zu stärken, die ihre Zielgruppe darstellen. Dabei handelt es sich vor allem um die Aktivitäten im Rahmen der Strategie *Migration und Gesundheit*, die die Verbesserung der Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung anstreben und den Akzent auf die Ressourcen legen, die Voraussetzung für die Verwirklichung dieser *capabilities* sind (interkulturelles Übersetzen, Verbreitung von Gesundheitsinformationen, Plattform *Migesplus* und *Radix* – Unterstützung von Projekten von Migrantenorganisationen – z.B.).
- Ihre Aktivitäten im Forschungsbereich tragen dazu bei, aussagekräftige Erkenntnisse zu gewinnen und so bestimmte Lücken zu schliessen. Die Untersektionen nehmen damit aktiv an der Wissensgenerierung und -verbreitung teil, eine Arbeit, die in mehreren Industrieländern als *conditio sine qua non* für die Entwicklung einer effizienten Politik und Praxis im Kampf gegen die gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre sozialen Determinanten angesehen wird.

Des Weiteren sind mehrere Bundesämter an einer Reihe weiterer Strategien beteiligt, die multisektorale Ziele verfolgen und in verschiedenen Bereichen ansetzen, in denen gesundheitliche Ungleichheiten und Gesundheitsdeterminanten bereits indirekt – und teilweise eher am Rand – thematisiert werden. Dabei handelt es sich vor allem um den *Aktionsplan Umwelt und Gesundheit*, das nationale Programm *Netzwerk Gesundheit und Bewegung*, das nationale Rahmenprogramm *Bildung+Gesundheit Netzwerk Schweiz*). Die bestehenden Initiativen könnten in Zukunft weiterentwickelt bzw. angepasst werden und explizit in eine globale multisektorale Politik einfliessen. In Zusammenhang ist zu erwähnen, dass ein Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik kürzlich im BAG verabschiedet wurde.

Hinzu kommt eine Reihe zivilgesellschaftlicher Akteure, wie Hilfswerke (Caritas, Schweizerisches Rotes Kreuz z.B.), Pro Infirmis, Pro Senectute, Pro Juventute, das Netzwerk Ernährung und Gesundheit usw., die offen sind für Gesundheitsfragen und öffentliche Mandate für die Durchführung bestimmter Aktivitäten erhalten, die an den Gesundheitsdeterminanten ansetzen oder die

²⁹ Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass der *capability*-Ansatz von Sen gegenwärtig in den Strategien zur Verwirklichung gesundheitlicher Gerechtigkeit eine vorherrschende Stellung einnimmt. Dieser Ansatz besagt, dass das Wohlbefinden eines Menschen nicht an seinem Einkommen gemessen werden darf, sondern daran, was er ist und macht, also an seinen Fähigkeiten.

Reduzierung der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit anstreben.³⁰ Im Übrigen muss die Bedeutung der Institute für Sozial- und Präventivmedizin, denen eine wichtige Funktion bei der Identifizierung von Risikogruppen zukommt, und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstrichen werden, die sich aktiv für eine Verbesserung der Gesundheit einsetzt.

Trotz der in der Vergangenheit ergriffenen Initiativen auf lokaler Ebene, trotz aller Anzeichen für eine politische Bewusstseinsbildung auf Bundesebene³¹ und trotz des Engagements einer nicht zu vernachlässigenden Zahl von Akteuren in diesem Bereich fehlt es bislang an einer *kohärenten und globalen Vision* der Reduzierung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit und einer damit verbundenen grösseren gesundheitlichen Chancengleichheit.

Es ist offensichtlich, dass die Entwicklung einer solchen globalen Vision auf ein breites Fundament gestellt werden müsste. Voraussetzung dafür wäre an erster Stelle der politische Wille sowie die Einbezug der verschiedenen Akteure (Zivilgesellschaft, ÄrztInnen, wissenschaftliche Gemeinschaft, usw.). Über dieses langfristige Ziel hinaus stellt sich die Frage, welche Rolle das BAG in diesem Prozess des Engagements für gesundheitliche Gerechtigkeit übernehmen und wie es sich positionieren könnte. Aufbauend auf den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung werden wir im nachfolgenden Kapitel einige Perspektiven aufzeigen, die dem BAG bei der Beantwortung dieser Frage helfen können.

4 Welche Lehren für die Schweiz?

In diesem Kapitel gehen wir von den allgemeinen Entwicklungen aus, die wir in der wissenschaftlichen Literatur wie auch in der Praxis der untersuchten Länder beobachtet haben, um dann zu den (manchmal als offene Fragen formulierten) Punkten überzugehen, die im Schweizer Kontext Priorität geniessen sollten, und einen Ansatz vorzuschlagen, den wir zur Förderung der Chancengleichheit empfehlen (Kapitel 4.1). Die nationalen oder regionalen Unterschiede, die wir auf internationaler Ebene beobachtet haben, spiegeln sich auch in den anvisierten Zielen, Zielgruppen und Handlungsfeldern wider.

An zweiter Stelle gehen wir auf die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten des BAG ein (Kapitel 4.2) und beschränken uns dabei ganz bewusst auf diejenigen

³⁰ Das Projekt VIA vom Schweizerischen Roten Kreuz informiert und klärt MigrantInnen zum Beispiel in verschiedenen Kursen über das Schweizer Gesundheitssystem auf.

³¹ Dies kommt insbesondere in den Aktivitäten zum Ausdruck, die sich am Ziel gesundheitlicher Gerechtigkeit orientieren, wie z.B. die Strategie „Migration und Gesundheit“.

Bereiche, in denen das BAG eine anerkannte Zuständigkeit hat, so dass keine wichtigen Veränderungen im institutionellen Rahmen erforderlich werden. In diesem Sinne legen wir den Akzent in den Empfehlungen stärker auf sektorale Ziele – d.h. Ziele im Gesundheitsbereich –, obwohl wir der Meinung sind, dass parallel dazu auch eine Diskussion über einen multisektoralen Ansatz angestrebt werden müsste.

Die in den verschiedenen Ländern bzw. internationalen Einrichtungen beschlossenen Strategien basieren auf einer – manchmal vertieften, manchmal oberflächlichen – Analyse sowohl der Situation als auch der vorherrschenden institutionellen und politischen Gelegenheitsstrukturen (*Political Opportunity Structure*).³² Trotz aller Unterschiede, die wir in Theorie und Praxis festgestellt haben, gibt es eine Aussage, die auf die meisten europäischen Länder zutrifft: die wachsenden sozialen Ungleichheiten, die sich in den Gesundheitsressourcen der Bevölkerung widerspiegeln, erfordern Antworten des Staates, selbst wenn dieser einer Reihe von Zwängen unterliegt, die in sich widersprüchlich sind (Infragestellung staatlichen Handelns, Leistungseinschränkungen, Öffnung der Institutionen, Anforderungen an Qualität und Effizienz, usw.).

In der Schweiz gibt es verglichen mit den von uns untersuchten Ländern³³, keine allgemeine und integrierte „Tradition“ der Analyse sozialer Unterschiede. Deshalb ist entsprechendes Wissen auch kaum über Fachkreise hinaus bekannt. Es werden langfristige Anstrengungen nötig sein, um die öffentliche Meinung und die politischen EntscheidungsträgerInnen in verschiedenen Sektoren und auf verschiedenen Ebenen für die Bedeutung der Frage der sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit und für die Notwendigkeit zu sensibilisieren, ganz allgemein offener mit Vielfalt umzugehen (*mainstreaming*), und dabei die Unterschiede im sozialen Niveau und den Lebensstilen zu berücksichtigen³⁴.

³² Das Konzept „Political Opportunity Structure“ bezieht sich auf die spezifischen Charakteristiken eines politischen Systems und bezeichnet eine spezifische Konfiguration von Ressourcen und institutionellen Arrangements.

³³ Über die Gründe könnte man sich streiten, aber zu nennen wären: relativer Reichtum, starke Mittelschicht, schwache Stellung der Sozialwissenschaften, Multikulturalität, Politik, soziale Partnerschaft, usw.

³⁴ Die bereits geleistete Arbeit zu Migrationsfragen liefert in diesem Zusammenhang einen wertvollen Ausgangspunkt für eine breitere konzeptionelle Ausrichtung der Arbeit, die ganz allgemein besser mit Vielfalt umgehen muss.

4.1 Allgemeine Perspektiven

Welche Argumente gibt es für die Schaffung eines Konsens in der Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit?

Ohne den Stellenwert normativer Argumente (Gerechtigkeit, Recht auf Gesundheit, Prinzip der Rechtsgleichheit, vgl. Art. 8 der Bundesverfassung z.B.) und des gesellschaftspolitischen Arguments (sozialer Zusammenhalt) zu vernachlässigen, würde es in der Schweiz Sinn machen – ganz abgesehen davon, dass dies im wohlverstandenen Interesse der Gesellschaft ist (Vermeidung von Krankheitsherden an den Rändern der Gesellschaft) – , den Akzent auf das wirtschaftspolitische Argument zu legen, denn zum einen kann das Wohlbefinden als soziales Kapital betrachtet werden, das zur wirtschaftlichen Entwicklung beiträgt, und zum anderen steht die Frage der Gesundheitsausgaben und der Finanzierung der Krankenversicherung ganz oben auf der politischen Tagesordnung³⁵.

Welche Ziele sollten mit der Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten verfolgt werden?

Ist es besser, sich für eine Verringerung der gesundheitlichen Unterschiede unter sozialen Gruppen einzusetzen oder aber sich auf eine Verbesserung der Gesundheit aller zu konzentrieren, auf die Gefahr hin, dass das gesundheitliche Gefälle zwischen den sozialen Gruppen weiter wächst (wie in den Ländern, die über geeignete Instrumente zum Monitoring in diesem Bereich verfügen, beobachtet wird)? Mit anderen Worten: sollten universelle Strategien angewendet werden oder aber selektive, die sich gezielt an bestimmte soziale Gruppen und/oder benachteiligte Gebiete wenden?

Die gegenwärtige Entwicklung zeigt, dass das eine das andere nicht ausschliesst. Das allgemeine Ziel gesundheitlicher Gerechtigkeit kann sehr wohl durch eine Kombination dieser beiden Ziele erreicht werden: Verbesserung der Gesundheit aller (universelle Strategie) und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles durch eine Politik, die gezielt bei den sozial benachteiligten Gruppen ansetzt. Mit anderen Worten: das Ziel der gesundheitlichen Gerechtigkeit ist erst dann erreicht, wenn der Gesundheitszustand der sozial benachteiligten Gruppen stärker verbessert wird als der der privilegierten Gruppen (Maximinprinzip nach

³⁵ 2001 hat rund ein Drittel der Versicherten Beiträge zur Verbilligung der Prämien erhalten und rund 15% aller Versicherungsprämien sind mit öffentlichen Mitteln finanziert worden (Leu und Schellhorn 2004). Selbst diese Zahlen zeigen, welche positiven Auswirkungen die Verringerung der sozialen Ungleichheiten auf die Sozialausgaben im Gesundheitsbereich haben könnten.

Rawls³⁶) und wenn die Verringerung des Gefälles nicht auf Kosten des Gesundheitszustands der privilegierten Gruppen geht. „Verbesserung der Gesundheit aller und insbesondere der sozial benachteiligten Gruppen“ - so könnte die Devise für gesundheitliche Gerechtigkeit lauten.

In diesem Sinne muss nach dem Vorbild des *gender mainstreaming* eine Logik des transversalen (*equality*) *mainstreaming* entwickelt werden, bei dem nach spezifischen Lösungen für spezifische Gesundheitsprobleme und Zielgruppen gesucht wird. Innerhalb des BAG entsprechen die Strategie „*Migration und Gesundheit*“ und die Massnahmen im Rahmen *Gender Health* der Philosophie, die diesem Ansatz zugrunde liegt und die die politischen und institutionellen Vorgehensweisen der Länder, die über strukturierte Strategien verfügen, prägt.

Welche Interventionsbereiche sollten privilegiert werden ...?

Ist es besser, Massnahmen zu ergreifen, die im Vorfeld der gesundheitlichen Ungleichheiten, also bei den sozialen Ungleichheiten, ansetzen (auf makrostruktureller Ebene), oder Massnahmen, die im Gesundheitswesen selbst ergriffen werden (Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung), oder aber Präventivmassnahmen, die auf vermittelnde Faktoren, beispielsweise bei der Exposition gegenüber Risikofaktoren ansetzen?

Da die wichtigsten sozialen Determinanten der Gesundheit in Wechselbeziehung zueinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen, müssen die Massnahmen logischerweise auf allen drei Ebenen ansetzen, wie es im Vereinigten Königreich, in den Niederlanden und in Schweden der Fall ist. Aber ein Grossteil der in Europa ergriffenen Massnahmen konzentriert sich auf die sozialen Gesundheitsdeterminanten im Vorfeld, d.h. auf Sektoren ausserhalb des Gesundheitswesens. Ihr Ziel ist es, auf das physische und soziale Umfeld einzuwirken. Die Umsetzung dieser Interventionen und Politiken erfolgt in einem *multisektoralen Ansatz*. Sie setzt bei den politischen, sozioökonomischen, rechtlichen und Umweltbedingungen an, damit diese es jedem Menschen ermöglichen, sein Gesundheitspotenzial voll zu verwirklichen. Dies geht einher mit einem Ansatz, der sich an Gesundheitsressourcen statt an -defiziten orientiert. Aber die Interventionen visieren auch die sektoralen Determinanten an und streben hier vor allem eine Verbesserung der Qualität und des Zugangs zur medizinischen Behandlung an (*sektoraler Ansatz*). Im Übrigen werden auch auf vermittelnde Faktoren abzielende Massnahmen ergriffen, wenn psychosoziale

³⁶ Nach dem Maximinprinzip von Rawls ist der beste Zustand der, bei dem die Schlechtestgestellten („*Minimalposition*“) ein Maximum an möglichen Vorteilen bekommen, vgl. Kapitel 1.2.1.

und Verhaltensfaktoren ein Eingreifen erforderlich machen (auf individueller Ebene).

Mittel- und langfristig müsste sicher auch in der Schweiz ein *multisektoraler Ansatz* angestrebt werden, der tiefere und nachhaltigere Wirkung als die sektorale Politik hätte (vgl. Kapitel 4.2).

Welche Dimensionen sollten privilegiert werden?

Schauen wir uns nun an, wie es mit den unterschiedlichen Dimensionen im Blick auf die gesundheitliche Chancengleichheit im schweizerischen Gesundheitswesen aussieht (vgl. Kapitel 1.4.1).

Wenn es auch a priori schwierig ist, die verschiedenen Dimensionen – soziale Schicht, Geschlecht, Migrationshintergrund, Altersgruppe usw. – zu hierarchisieren, so kann man doch feststellen, dass der soziale Status einen in der Schweiz und in der Mehrzahl der Industrieländer mit ihrer wachsenden sozioökonomischen Polarisierung eine wesentliche Determinante darstellt. Die Auswirkungen dieser zunehmenden Polarisierung treffen vor allem diejenigen, die in gewisser Weise zusätzlich – und zwar in ihrer Gesundheit - gefährdet sind (wobei eine instabile Gesundheit wiederum eine Verschlechterung der sozialen und wirtschaftlichen Situation nach sich ziehen kann). So besteht das eigentliche Problem häufig in der Kumulierung von Risikofaktoren oder Gesundheitsdefiziten, die mit sozialer Benachteiligung einhergehen. Als Beispiel seien Frauen aus bescheidenen Verhältnissen und mit niedrigem Bildungsstand genannt, die ihre Kinder alleine gross ziehen, oder MigrantInnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, begrenzten Kenntnissen der Sprache ihres Gastlandes, die einer Minderheit angehören und aufgrund ihres Namens oder ihrer Hautfarbe leicht Opfer von Diskriminierung sind.

In den europäischen Ländern besteht ebenfalls die Tendenz, dass *Minderheiten mit Migrationshintergrund* negative Faktoren kumulieren, die in Verbindung mit ihrem sozialen Status (prekäre oder anstrengende Arbeit), ihrer Herkunft oder ihrer Kultur (unzureichende Sprachkenntnisse, nicht anerkannte Diplome, fehlende Kenntnis des Gesundheitswesens) stehen, und manchmal aufgrund ihres MigrantInnenstatus zusätzlich administrativen Einschränkungen unterliegen, die ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung begrenzen können (eingeschränkte Mobilität, besondere Versicherungsmodelle usw.). Ihre Lage wirft daher in gewisser Weise von den Rändern her ein Licht auf die zukünftigen Perspektiven und Entwicklungen des Gesundheitswesens (z.B. Einschränkungen bei bestimmten Leistungen, die als medizinisch nicht notwendig angesehen werden).

Wenn man sich einerseits die sozioökonomische Polarisierung (infolge der Globalisierung und anderer Faktoren) und andererseits die Vielzahl der Lebensläufe von MigrantInnen vor Augen hält, dann gelangt man zu der Ansicht, dass diese beiden Faktoren in Zukunft eine immer grössere Herausforderung für

die gesundheitliche Chancengleichheit im Allgemeinen und für das Gesundheitswesen im Besonderen (sektorale Ziele) darstellen werden. Aber wenn in der Fachwelt (WissenschaftlerInnen und Akteure des öffentlichen Gesundheitswesens) auch eine Bewusstseinsbildung stattgefunden hat, so muss in Politik und Öffentlichkeit doch noch viel Aufklärungsarbeit geleistet werden.

Was die *geschlechtsspezifischen* Ungleichheiten in der Gesundheit anbetrifft, so kann man ganz allgemein sagen, dass diese in der Schweiz weniger durch sektorale politische Entscheidungen (Gesundheitswesen) hervorgerufen werden, als vielmehr mit (neuen) Lebensstilen und vor allem mit spezifischen Minderheitssituationen und Migrationshintergründen einhergehen (Frauen ohne Papiere,³⁷ Kabaretttänzerinnen³⁸). Oft ist die besondere Vulnerabilität der Frauen eher auf ihre sozial benachteiligte Position oder ihren Migrationsstatus als auf ihr Geschlecht zurückzuführen. Auch den Problemen, die speziell Männer betreffen, wird mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen. In den letzten Jahren ist die Mortalität bei Männern bestimmter Altersgruppen (15-34 Jahre) gestiegen, ohne dass die genauen Ursachen dieser Entwicklung immer bekannt wären.

Im Blick auf das *Alter* betonen die Untersuchungen, dass ältere Menschen in der Schweiz von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen sind (Lalive d'Epina y et al. 1998 ; Wanner 2000). Im Gegensatz zu den 1970er Jahren stellt diese Personengruppe jedoch – zumindest gegenwärtig – keine sozioökonomisch speziell benachteiligte Gruppe mehr dar. Hingegen ist es wahrscheinlich, dass mit dem Älterwerden der MigrantInnen der letzten Migrationswelle besondere Bedürfnisse und Probleme entstehen werden. Im Unterschied zu den „traditionellen“ ArbeitsmigrantInnen aus Nachländern können oder wollen diese Menschen häufig nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren.

Darüber hinaus wäre es wahrscheinlich sinnvoll, einen *multisektoralen* Ansatz zu wählen, der nicht nur das Alter, sondern unterschiedliche Altersgruppen mit ihrer spezifischen Vulnerabilität berücksichtigen würde. So ist z.B. bekannt, dass die sozialen Determinanten im Säuglings- und Kindesalter grossen und nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung der zukünftigen Erwachsenen haben (Art der Ernährung, der körperlichen Bewegung usw.). Die Länder, die in der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheiten als fortschrittlich bezeichnet werden können, verfolgen systematisch einen *multisektoralen* Ansatz bei ihren Massnahmen zugunsten sozial benachteiligter Kinder und Familien.

³⁷ Das soll nicht heissen, dass geschlechtsspezifische Diskriminierungen, z.B. auf dem Gebiet der Diagnostik, völlig ausgeschlossen würden. Im Übrigen kann die Situation auf globaler Ebene und in anderen Ländern ganz anders aussehen.

³⁸ Vgl. Achermann (2006).

4.2 Handlungsmöglichkeiten des BAG

In der Schweiz ist der Gesundheitsbereich dadurch geprägt, dass eine Vielzahl institutioneller Akteure tätig ist, die auf verschiedenen Verwaltungsebenen angesiedelt sind und deren Aufgabenstellung bisweilen wenig präzise ist. Allein auf Bundesebene sind nicht weniger als sechs Einrichtungen im Präventionsbereich tätig, ohne dass sie eine gemeinsame Strategie verfolgen würden (Van der Linde 2005; S. 37). Im Interesse einer glaubwürdigen und effizienten Strategie für die gesundheitliche Chancengleichheit wäre es sinnvoll, die Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche der verschiedenen institutionellen Akteure übersichtlicher zu gestalten und zu präzisieren und diese Akteure miteinander zu vernetzen.

Sektorale Ziele

Angesichts des gesamtschweizerischen Kontextes und des Fehlens einer umfassenden nationalen Strategie zur Förderung der Chancengleichheit sind wir der Auffassung, dass das BAG sich – im Interesse grösserer Effizienz und in Übereinstimmung mit seinem Mandat – deutlicher positionieren und dabei verstärkt auf *sektorale Ziele* setzen sollte, d.h. auf Massnahmen, die im Gesundheitswesen selbst ergriffen werden (Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung), und auf Massnahmen, die auf vermittelnde Faktoren, ansetzen (insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung) ansetzen und deren Ziel es ist, die Exposition des Einzelnen gegenüber Risikofaktoren zu vermeiden. Aus diesem Grund ist es wünschenswert, dass die führende Rolle des BAG im Rahmen eines zukünftigen Präventionsgesetzes präzisiert wird.

Was die sektorale Politik anbetrifft (Gesundheit), so muss die Chancengleichheit zu einem reellen Anliegen sowohl im Mandat der einzelnen Sektionen des BAG als auch - sektionsübergreifend - des ganzen BAG werden. Das BAG verfügt im Gesundheitsbereich über die nötige Legitimation, um eine globale Strategie voranzutreiben, die die – laufenden oder zukünftigen - Anstrengungen auf kantonaler und kommunaler Ebene mit einbezieht. Die von den Kantonen und dem Bund gemeinsam getragene Plattform im Rahmen des Projekts „Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“ kann in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen.

Wir möchten betonen, dass es wichtig ist, die in den verschiedenen Zuständigkeitsbereichen des BAG bereits eingeführten Programme fortzusetzen; daneben zeichnen sich jedoch auch neue Handlungsmöglichkeiten ab (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2 : Vorschläge für Massnahmen des BAG zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Zugang zur Gesundheitsversorgung und Qualität der Behandlung:

- die wirtschaftliche Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung für Personen und Familien mit niedrigem Einkommen im Rahmen des KVG stärken und ausweiten;
- Massnahmen zur Sensibilisierung von VertreterInnen medizinischer und paramedizinischer Berufe für die unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheit bei ihren PatientInnen;
- die „kulturelle“ Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung mit Hilfe verschiedener Massnahmen stärken, die Menschen aus anderen Kulturen (MigrantInnen z.B.) mehr Ressourcen an die Hand geben (capability-Ansatz) und die Qualität der Behandlung von PatientInnen aus anderen Kulturen verbessern;
- Einführung von Massnahmen, die die Vielfalt im Qualitätsmanagement (z.B. in Spitälern) berücksichtigen.

Prävention:

- Entwicklung von Präventionsprojekten, die den Schutz der Gesundheit und persönlichen Integrität von ArbeitnehmerInnen betreffen (ArG);³⁹
- Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (UVG, Art. 81). Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Krankheiten (Rückenschmerzen, Stress usw.) sind nicht Gegenstand systematischer und allgemeiner Präventionsprogramme;⁴⁰
- Entwicklung von Präventionsprojekten gegen Obesität bei bestimmten Zielgruppen.

Forschung :

- Die Forschungspolitik muss den ausserhalb des Gesundheitssystems liegenden Determinanten der gesundheitlichen Ungleichheiten stärkere Beachtung schenken. Sie muss darauf hinarbeiten, dass die notwendigen wissenschaftlichen Grundlagen für eine *Evidenz-basierte Politik* erarbeitet werden ;
- Bei der Ausarbeitung politischer Strategien muss die Interaktion zwischen Forschung und politischen EntscheidungsträgerInnen gestärkt werden. In verschiedenen Ländern gehören den Arbeitsgruppen und Kommissionen, die mit der Vorbereitung von Konzepten beauftragt sind, verschiedene Akteure an, darunter auch wissenschaftliche ExpertInnen;
- Zur Maximierung der gesundheitlichen Fortschritte und der Verringerung der Ungleichheiten muss die Bedeutung des *health impact assessment* (HIA, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen)⁴¹ in der politischen Entscheidungsfindung erkannt werden.

³⁹ In einer neueren Untersuchung (Hämmig et al. 2005) über Gesundheit am Arbeitsplatz wird festgestellt, dass es bei den Arbeitsbedingungen Unterschiede gibt, die insbesondere von beruflicher Stellung, Wirtschaftszweig, Alter und Staatsangehörigkeit abhängen.

⁴⁰ In den Niederlanden z.B. unterstreichen Gutachter die Effizienz der Präventiv- und Fördermassnahmen, die zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ergriffen werden.

⁴¹ Health Impact Assessment als multidisziplinäres Werkzeug evaluiert den Impakt politischer Massnahmen auf die öffentliche Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten.

Die Massnahmen, die geplant werden sollten, sind unterschiedlicher Natur: Sensibilisierungsmassnahmen, Forschung, Koordinierung, Impulse für innovative Projekte usw. Die Empfehlungen in Abbildung 3 zielen auf eine Strategie zur Verbesserung der Chancengleichheit ab, die auf Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen auf Bundesebene aufbaut.

Abbildung 3 : Empfehlungen für eine längerfristige sektorale Strategie

Konzeptionelle Ausrichtung:

- Konzentration auf die „*capabilities*“, die Verwirklichungschancen des Einzelnen, statt auf die Herstellung universeller und absoluter Gleichheit;
- Betonung antidiskriminatorischer Massnahmen, des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und einer Politik der Eingliederung (gegenwärtige Tendenz in der EU).

Strategische Ausrichtung:

- Überzeugungsarbeit bei den politischen Akteuren, den Kantonen und NGOs leisten;
- Für eine „*Politik der kleinen Schritte*“ gegen die sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit optieren und zu diesem Zwecke die Netzwerke der verschiedenen Akteure mobilisieren;
- Systematisches Monitoring der gesundheitlichen Ungleichheiten, um spezifische Probleme zu erkennen und schwerpunktmässig und gezielt gegen schwerwiegende Probleme vorzugehen.

Interventionsbereiche:

- Massnahmen im Bereich der Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung stärken;
 - Präventionsmassnahmen entwickeln, die bei den vermittelnden Faktoren ansetzen und darauf abzielen, die Exposition gegenüber Risikofaktoren zu vermeiden. Zielgruppen sind sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.
 - Pilotprojekte unterstützen.
-

Multisektorale Ziele

Über die sektoralen Ziele hinaus kommt dem BAG unseres Erachtens auch eine wichtige Aufgabe im Blick auf die primären sozialen Determinanten der Gesundheit zu, d.h. bei Massnahmen, die im Vorfeld des Gesundheitswesens ansetzen und eine ***umfassende und multisektorale Strategie*** erfordern. In diesem Bereich könnte das Bundesamt – gegebenenfalls nach Absprache mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz oder anderen Partnern – notwendige Impulse geben (Sensibilisierung, Information, Forschung) und eine Koordinierungsfunktion bei der Reflexion über einen Ansatz, der auf dem Prinzip der Chancengleichheit aufbaut, übernehmen. Die Annahme des Leitbilds

für eine multisektorale Gesundheitspolitik stellt einen interessanten Anknüpfungspunkt in diese Richtung dar.

Die im Bereich der Migration gewonnenen Erfahrungen könnten als Modell dienen, wobei klar sein muss, dass eine grundlegendere Mitwirkung der anderen politischen Sektoren unumgänglich ist und dass dies einen entsprechenden politischen Willen sowie die Einbeziehung zahlreicher Akteure auf verschiedenen Verwaltungsebenen voraus setzt. Es handelt sich dabei um eine Perspektive, die mittelfristig angelegt sein muss und auf eine breit abgestützte konzertierte Unterstützung angewiesen ist. Diese zu erhalten, wird in der gegenwärtigen politischen Landschaft allerdings nicht leicht sein, aber bestimmte Massnahmen, analog zu denen in Abbildung 3, könnten bereits jetzt dazu beitragen, das Terrain für die Zukunft vorzubereiten.

Literaturnachweis

- Achermann, Christin, Milena Chimienti und unter Mitarbeit von Fabienne Stants (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit: Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Acheson, D. (Hg.) (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationery Office.
- Agren, G. (2003). *Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, (http://www.fhi.se/shop/material_pdf/newpublic0401.pdf, accédé 20 décembre 2005)
- Beer, Valeria, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1993). "Social class gradients in years of potential life lost in Switzerland." *Soc Sci Med* (39): 1011-18.
- BFS (2000). *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bisig, Brigitte, Mathias Bopp und Christoph E. Minder (2001). "Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz", in Mielck Andreas und Kim Bloomfield (Hg.), *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim Juventa Verlag, S. 60-70.
- Bisig, Brigitte und Felix Gutzwiller (Hg.) (2004). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? - Band 1: Gesamtübersicht Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus*. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.
- Bisig, Brigitte und Fred Paccaud (1987). "Geographische Verteilung wichtiger Todesursachen in der Schweiz." in *Amtliche Statistik der Schweiz*. Vol. 151. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Bouchardy, Christine (2004). "Breast cancer screening among women with intellectual disability." *Médecine sociale et préventive*, Vol. 49, n° 6: 361-362.
- Bouchardy, Christine et al. (2002). "Cancer risk by occupation and socioeconomic group among men : a study by the Association of Swiss Cancer Registries." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 28, Suppl. 1: 1-88
- Braveman, P. und S. Gruskin (2003). "Defining equity in health." *J Epidemiol Community Health*, 57: 254-258.
- Brockhoff, M. und P. Hewett (2000). "Inégalité de mortalité de l'enfant chez des groupes ethniques de l'Afrique subsaharienne." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N° 3*: 29-40.
- Colledge, M. et al. (Hg.) (1986). *Migration and Health : towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Couffinhal et al, Agnès (2005). *Politique de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? un éclairage européen*. Bulletin d'information en économie de la santé Institut de recherche et documentaiton en économie de la santé (IRDES).
- Crampton, Peter Roy et al. (1997). *Socioeconomic inequalities and health : proceedings of the Socioeconomic Inequalities and Health Conference, Wellington, 9 - 10 December, 1996*.
- Daniels, Norman, Donald W. Light und Ronald L. Caplan (1996). "Benchmarks of Fairness for Health Care Reform."

- Departement of Health (2003). *Tackling Health Inequalities. A programme Action*. London: UK Government, www.doh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction, accédé 20 décembre 2005, .
- European Commission (2002). "Programme of Community action in the field of public health (2003-2008) " (*Com (2001) 302 final*) *Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and the Council of 23/09/ 2002, published in OJ L271/1*).
- European Commission (2005a). "The Joint Report on Social Protection and Social Inclusion." Office for the Official publications of the European Communities, Luxembourg.
- European Commission (2005b). "Programme of Community action in the field of health and consumer protection (2007-2013)." (*Com (2005) 115 final*).
- Gubéran, Etienne und Massimo Usel (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; suivi de, Ecart de mortalité entre classes sociales dans les pays développés*. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, OCIRT.
- Gupta, Geeta Rao (2000). "Equity and Gender." *Bulletin of the World Health Organization* 78: 81-82.
- Hämmig, Olivier , Gregor Jenny und Georg Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hummer, RA, Rogers RG und Eberstein IW (1998). "Sociodemographic differentials in adult mortality : a review of analytic approaches." *Population and development review*, 24: 553-578.
- Kaplan, GA. und JW. Lynch (1997). "Whither studies on the socioeconomic foundations of population Health?" *American journal of public health*, 87: 1409-1411.
- Kiener, Regina und Andreas Rieder (2003). *Vorläufige Aufnahme : die Optik der Grundrechte*. Bern: Eidgenössische Kommission gegen Rassismus (EKR).
- Künzler, G und C. Knöpfel (2002). *Les pauvres vivent moins longtemps : couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse*. Lucerne: Caritas Suisse.
- Lalivé d'Épinay, Christian, Matthias Brunner und Giovanni Albano (1998). *Atlas suisse de la population âgée*. Lausanne: Réalités sociales.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (2005). *Bewegung, Sport, Gesundheit in der Schweiz. Forschungsbericht*. Zürich: L&S SFB.
- Lang, T et al. (1998). "Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64." *Journal of Epidemiology Community Health*, 52, 10: 665-71.
- Leclerc A. et al. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris: INSERM, La Découverte et Syros.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury und Christoph E Minder (1988). *Les inégalités sociales face à la santé et la maladie en Suisse*. Genève: Médecine et hygiène.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury und Christoph E Minder (1990). "Health and social inequities in Switzerland." *Social science and medicine*, 31(3): 369-386.
- Leu, Robert E. und Martin. Schellhorn (2004). *The Evolution of Income-Related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland over Time*. IZA Discussion Paper No. 1316.
- Mackenbach, Johan. P. und K. Stronks (2004). "The Development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands." *International Journal of Equity in Health* 3, 11.
- Mackenbach, Johan P. (2002). *Reducing inequalities in health : a European perspective*. London [u.a.]: Routledge.
- Mackenbach, Johan P. (2003). "An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands." *Health care and social inequalities*, 33,3: 523-541.

- Mackenbach, Johan P. (2005). *Health Inequalities: Europe in Profile*. London: UK Presidency of the EU.
- Marchand, S., D. Wikler und B. Landesman (1998). "Class, health and justice." *Milbank Q*, 76(3): 449-67, 305-6.
- Marks, Lara und M. Worboys (Hg.) (1997). *Migrants, Minorities and Health. Historical and Contemporary Studies*. London: Routledge.
- Mielck, Andreas (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit : empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern [u.a.]: Huber.
- Mielck, Andreas (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit : Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Minder, C.E., Beer-Porizek V und Rahmann R (1986). "Sterblichkeitsunterschiede nach sozio-ökonomischen Gruppen in der Schweiz: 15-bis 74-jährige Männer " *Soz Präventivmed*, (31): 216–19.
- Minder, Christoph E (1993). "Socio-economic factors and mortality in Switzerland." *Sozial- und Präventivmedizin*, 38: 313-328.
- Ministry of Health (2002). *Clearing the Smoke: A Five-Year Plan for Tobacco Control in New Zealand (2003-2007)*. Wellington: New Zealand Government.
- Nolte, E. und M. Mc Kee (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London: Nuffield Trust.
- Oestlin, Piroška und Finn Diderichsen (2001). *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study*. Brussels: European Centre for Health policy.
- Philips, Susan P. (2005). "Defining and measuring gender : A social determinant of health whose time has come." *International Journal for Equity in Health*, 4:11: 1-4.
- Rawls, John (1999). *A theory of justice*. Oxford [etc.]: Oxford University Press.
- Razum, Olivier et al. (2004). "Gesundheitsversorgung von Migranten." *Spektrum*, 43: A 2882-2887.
- Regional Office for Europe (1986). *Social justice and equity in health:report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985)*. Copenhagen: Regional Office for Europe, (ICP/HSR 804/m02).
- Richie, J et al. (1981). *Access to primary health car*. London: HMSO.
- Schopper, Doris (2002). *Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action*. Genève: Direction générale de la santé, République et canton de Genève.
- Schüler, G und M. Bopp (1997). *Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz, 1970-1990*, . Basel: Birkhäuser
- Sen, Amartya (2000). "Santé et développement." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N° 2*: 18-23.
- Shopper, Doris (2005). *Gesundes Körpergewicht : Wie können wir der Uebergewichtsepidemie entgegenwirken? Wissenschaftliche Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie für die Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht und Rolf Nef (2003). *Soziale Ungleichheit in der Schweiz : Strukturen und Wahrnehmungen*. Zürich: Seismo.
- Stronks, K. (2002). "The Netherlands", in Mackenbach J.Paul, Bakker M. (Hg.), *Reducing inequalities in Health. A European perspective*. London: Routledge.
- US Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010*. Washington DC: US Government Printing Office (<http://www.healthypeople.gov/Publications>).
- Van der Linde, François (2005). *Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Vranjes, Nenad, Brigitte E Bisig und Felix Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Liebfeld: Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit.

- Wanner, Philippe (Hg.) (2000). *Âges et générations : la vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Wanner, Philippe und Peng Fei (2005). *Facteurs influençant le comportement reproductif des Suissesses et des Suisses*. Collection: Statistique de la Suisse. 01, Population. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Waqar, Ahmad (1995). "Access to Health Care for People from Black and Ethnic Minorities " *Sociology of Health and Illness*, 17(3): 418-429.
- Weiss, E. und GR Gupta (1998). *Bridging the gap : addressing gender and sexuality in HIV prevention*. Washington, DC: International Center for Research on Women
- Whitehead, Margaret (1991). *Concept et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. Copenhague: Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe
- WHO, World Health Organization (1946). *Constitution of World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York 19-22 June, 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization no 2)*.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* Londres: Routledge.

Anhang

Abbildung 4: Liste der internationalen ExpertInnen

	Land	Funktion
Andreas Mielck	Deutschland	Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) Neuherberg, Berater des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) in Fragen der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit
Raymond W. Pong	Kanada	Professor und Forschungsdirektor am Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University, Ontario
Paul Dourgnon	Frankreich	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris
Mihi Ratim	Neuseeland	Abteilung Öffentliche Gesundheit und Psychosoziale Studien, University of Technology, Akoranga
Johan P. Mackenbach	Niederlande	Professor, Abteilung für Öffentliche Gesundheit, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam
Piroska Östlin	Schweden	Professorin, Abteilung für Öffentliche Gesundheit, Karolinska-Institut, Stockholm, ehemalige Generalsekretärin der nationalen Kommission für Öffentliche Gesundheit
Margaret Whitehead	Vereinigtes Königreich	Professorin für Öffentliche Gesundheit, Universität Liverpool, ehemalige Beraterin der WHO-Europäische Region in Fragen gesundheitlicher Gerechtigkeit

Abbildung 5: TeilnehmerInnen an der Diskussionsgruppe

	Institution
Christin Acherman	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien
Janine Dahinden	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien
Gianni D'Amato	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien
Denise Efionayi	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien
Rosita Fibbi (schriftliches Input)	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien
Thomas Spang	Bundesamt für Gesundheit
Hans Wydler	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Abbildung 6: Liste der Schweizer Sachverständigen

	Institution
Sandro Cattacin	Professor, Universität Genf
Philippe Lehmann	Sekretär der Geschäftsstelle des Bundes für die Nationale Gesundheitspolitik
Doris Schopper	Dr. med., Verfasserin u.a. von „ <i>Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action</i> “
