Grundlagenbericht

Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz

Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen

April 2020

Ein Gemeinschaftsprojekt von

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Impressum

Herausgeberschaft
Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH)
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Projektleitung
Dominik Weber, Gesundheitsförderung Schweiz
Sabina Hösli, Bundesamt für Gesundheit
Diana Müller, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Autor
Dominik Weber, Gesundheitsförderung Schweiz

Review Gesamtbericht
Dr. Corina Salis Gross, PHS Public Health Services und Universität Zürich (ISGF)

Zitierweise
Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen.* Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK

Fotonachweis Titelbild
shutterstock.com

Auskünfte/Informationen
Gesundheitsförderung Schweiz, Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern, Tel. +41 31 350 04 04,
office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Bundesamt für Gesundheit, Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Bern, Tel. +41 58 464 20 74,
healthequity@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Haus der Kantone, Speichergasse 6,
Postfach, CH-3001 Bern, Tel. +41 31 356 20 20, office@gdk-cds.ch, www.gdk-cds.ch

Originaltext
Deutsch

Übersetzungen
Sprachdienst BAG

Layout
Typopress Bern AG

Bestellnummer
316.605.DE/www.bundespublikationen.admin.ch
Diese Publikation ist auch in französischer (316.605.FR) und in italienischer Sprache (316.605.IT) erhältlich.

Download PDF
www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen und www.miges.admin.ch

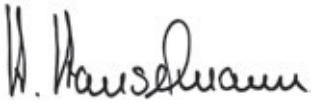
© GFCH, BAG, GDK, April 2020

Editorial

Alle Menschen in der Schweiz sollen dieselben Chancen auf ein gesundes Leben erhalten. Chancengleichheit ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik, ist in der Praxis aber noch nicht verwirklicht. Wer sozial benachteiligt ist, leidet häufiger unter schlechter Gesundheit und hat eine tiefere Lebenserwartung als sozial Bessergestellte. Personen mit tieferem Einkommen haben zum Beispiel ein sechsmal höheres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.
Diese sozial bedingten Gesundheitsunterschiede sind vermeidbar und beeinflussbar. Wir können etwas tun gegen eine tiefere Lebensqualität der Betroffenen, aber auch gegen unnötige Gesundheitsausgaben. Etwa indem alle Angebote unseres Gesundheitswesens auch für bildungsferne, fremdsprachige oder von Armut und Ausgrenzung betroffene Personen zugänglich und bezahlbar sind. Indem unsere Gesundheitsfachleute die nötigen Kompetenzen und Hilfsmittel haben, um Personen unterschiedlichster sozialer Herkunft zu erreichen und sich mit ihnen zu verständigen. Oder indem Präventionsangebote zielgruppengerecht sind. Wir können uns für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen einsetzen.

Welche Bevölkerungsgruppen sind in der Schweiz von gesundheitlicher Ungerechtigkeit besonders betroffen? Was wissen wir über die Ursachen? Welche Möglichkeiten gibt es, ihre Situation zu verbessern? Welche Erfahrungen wurden bis jetzt gemacht? Diese und weitere Fragen werden im Folgenden beantwortet.
Diese Publikation trägt zu einem gemeinsamen Verständnis der Problemlage und zu nachhaltigen Lösungen bei. Sie unterstützt alle, die sich für die gesundheitliche Chancengleichheit engagieren – ein Ziel, das wir nur mit vereinten Kräften erreichen können.

Alain Berset
Bundesrat, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI



Heidi Hanselmann
Regierungsrätin, Präsidentin Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK

Guido Graf
Regierungsrat, Präsident des Stiftungsrats Gesundheitsförderung Schweiz

Inhaltsverzeichnis

Management Summary 7

Einleitung 11

1 Thematische Einführung 12

2 Ziele, Inhalte und Publikum des Berichts 15

Teil 1: Beschreibung der Situation 18

3 Begriffsklärungen 19
3.1 Soziale Ungleichheit 19
3.2 Gesundheitliche Ungleichheit und Ungerechtigkeit 20
3.3 Vulnerabilität und soziale Benachteiligung 21
3.4 Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit 25

4 Wie sich gesundheitliche Ungerechtigkeit zeigt 28
4.1 Überblick über den aktuellen Wissensstand 28
4.2 Schweizer Daten zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren 29

Teil 2: Analyse der Ursachen 31

5 Einleitende Bemerkungen 32
5.1 Wendepunkt in der wissenschaftlichen Diskussion 32
5.2 Beeinflusst die soziale Lage die Gesundheit oder prägt die Gesundheit die soziale Lage? 33

6 Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit 34
6.1 Überblick über das Modell und seine Determinantenblöcke 34
6.2 Kontext (erster Block) 35
6.3 Soziale Lage (zweiter Block) 36
6.4 Vermittelnde Faktoren (dritter Block) 37
6.5 Verteilung von Gesundheit (vierter Block) 39
6.6 Praxisrelevante Unterscheidung von zwei Determinanten 40
6.7 Die Lebenslaufperspektive als notwendige Ergänzung 41

7 Exkurs: Überschneidung von Benachteiligungen 42

Teil 3: Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen 44

8 Gesundheitspolitische Einbettung der Massnahmen 45
8.1 Globale Strategien und Grundlagen der WHO 45
8.2 Schweizer Strategien und Grundlagen im Gesundheitsbereich 47
8.2.1 Schweizerische Bundesverfassung 48
8.2.2 Strategien Gesundheit2020 und Gesundheit2030 48
8.2.3 NCD-Strategie und Massnahmenplan 2017–2024 48
8.2.4 Nationale Strategie und Massnahmenplan Sucht 2017–2024 49
8.2.5 Psychische Gesundheit: Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» und Bericht «Suizidprävention in der Schweiz» 50

9 Empfehlungen zur Zielgruppendefinition 52
9.1 Herausforderungen in der Zielgruppendefinition 52
9.2 Allgemeine Empfehlungen zur Zielgruppendefinition 53
9.3 Prozess der Zielgruppendefinition 54

10 Evidenzbasierte Ansätze und Erfolgskriterien 58
10.1 Einleitung 58
10.1.1 Übergang von der Theorie zu den Praxisempfehlungen 58
10.1.2 Fragestellung, Ziele und Anwendungszweck des Kapitels 60
10.1.3 Aufbau des Kapitels 61
10.2 Themenbereich Bewegung und Ernährung 62
10.2.1 Massnahmen zu strukturellen Determinanten bei tiefem sozioökonomischem Status 62
10.2.2 Massnahmen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten bei tiefem sozioökonomischem Status 62
10.2.3 Fokus: Gender, Migrationshintergrund, LGBTI 67
10.2.4 Praxisbeispiele aus der Schweiz 69
10.2.5 Zusammenfassung 70
10.3 Themenbereich Psychische Gesundheit 72
10.3.1 Massnahmen zu strukturellen Determinanten bei tiefem sozioökonomischem Status 72
10.3.2 Massnahmen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten bei tiefem sozioökonomischem Status 73
10.3.3 Fokus: Gender, Migrationshintergrund, LGBTI 76
10.3.4 Praxisbeispiele aus der Schweiz 79
10.3.5 Zusammenfassung 80
10.4 Themenbereich Sucht (Tabakprävention) 82
10.4.1 Massnahmen zu strukturellen Determinanten bei tiefem sozioökonomischem Status 82
10.4.2 Massnahmen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten bei tiefem sozioökonomischem Status 82
10.4.3 Fokus: Gender, Migrationshintergrund, LGBTI 85
10.4.4 Praxisbeispiele aus der Schweiz 86
10.4.5 Zusammenfassung 88
10.5 Themenübergreifende Massnahme: Organisationsentwicklung 90
10.6 Schlussfolgerungen und abschliessende Empfehlungen 91

Ausblick 93

Quellenverzeichnis 96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Public Health Action Cycle	15
Abbildung 2	Nichtberücksichtigung von ungleichen Bedingungen am Beispiel von Bahnläuferinnen und -läufern	27
Abbildung 3	Berücksichtigung von ungleichen Bedingungen am Beispiel von Bahnläuferinnen und -läufern	27
Abbildung 4	Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit	34
Abbildung 5	Block 1: Kontext	35
Abbildung 6	Block 2: Soziale Lage von Individuen	36
Abbildung 7	Block 3: Vermittelnde Faktoren	37
Abbildung 8	Block 4: Verteilung von Gesundheit	39
Abbildung 9	Unterscheidung von zwei Arten von Determinanten	40
Abbildung 10	Arbeitsschwerpunkte des BAG im Bereich Chancengleichheit	56
Abbildung 11	Dimensionen der Vulnerabilität im Verständnis von Pro Senectute	57
Abbildung 12	Vereinfachte Version des Erklärungsmodells	59
Abbildung 13	Wirksame Ansätze zur Förderung von Ernährung und Bewegung mit sozial Benachteiligten	71
Abbildung 14	Wirksame Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit mit sozial Benachteiligten	81
Abbildung 15	Wirksame Ansätze in der Tabakprävention mit sozial Benachteiligten	89

Management Summary

Ausgangslage

Eine zeitgemässe Gesundheitsförderung und Prävention baut auf dem folgenden Grundsatz auf: Alle Menschen sollen über möglichst gleiche gesundheitliche Chancen verfügen. Dieser Grundsatz findet sich in gesundheitspolitischen Strategien (z. B. Gesundheit2020 des Bundesrates) und stützt sich auf internationale Konventionen (z. B. UNO-Menschenrechtskonvention Art. 25) und die Schweizerische Bundesverfassung (Art. 2). Dennoch existieren auch in der Schweiz grosse – und teilweise wachsende – gesundheitliche Unterschiede in der Bevölkerung: Bestimmte soziale Gruppen erkranken häufiger, leiden öfter an gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sterben früher als andere Gruppen. So leben beispielsweise Personen in einkommensschwachen Stadtquartieren weniger lange als Menschen in wohlhabenden Stadtteilen. Ferner weisen homosexuelle Jugendliche ein deutlich höheres Risiko für Depressionen und Suizidversuche auf als heterosexuelle Jugendliche (siehe Kapitel 4.2).

Diese gesundheitlichen Unterschiede sind weder zufällig, noch lassen sie sich auf biologische Ursachen zurückführen. Sie folgen vielmehr klaren sozialen Mustern: Die Aussicht auf ein langes, krankheits- und behinderungsfreies Leben ist umso grösser, je höher man «auf der sozialen Leiter steht».

Klarer Handlungsbedarf

Gesundheitliche Unterschiede, die sich systematisch aus sozialen Ungleichheiten ergeben, werden als «gesundheitliche Ungerechtigkeit» *(health inequities)* bezeichnet. Und sie fordern die Gesellschaft zum Handeln auf. Dieser Handlungsbedarf lässt sich rechtlich-normativ, gesellschaftlich, volkswirtschaftlich und ethisch begründen: Ungleiche gesundheitliche Chancen widersprechen dem Selbstverständnis und den staatlichen Grundprinzipien der Schweiz, sie gefährden die soziale Kohäsion und sie führen zu unnötigen Mehrkosten. Gesundheitliche Ungerechtigkeit dürfte in der Schweiz pro Jahr ungefähr 16 Milliarden Franken an Gesundheitskosten und einen gesamthaften volkswirtschaftlichen Schaden von über 60 Milliarden Franken verursachen (siehe Kapitel 1). Mit Blick auf den sozialen Zusammenhalt und den wirtschaftlichen Wohlstand kann es sich kein Land leisten, ungleiche gesundheitliche Chancen nicht anzugehen.

Inhalte und Schwerpunkte des vorliegenden Berichts

Vor diesem Hintergrund soll aufgezeigt werden, welche Interventionsansätze und Erfolgskriterien sich in der Praxis bewährt haben, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Entsprechend dem oben genannten Verständnis von «gesundheitlicher Ungerechtigkeit» steht die *soziale Benachteiligung* im Zentrum des Berichts. Anders formuliert: Der Fokus liegt auf strukturellen Faktoren, die eine erhöhte Krankheitsprävalenz und eine frühzeitige Sterblichkeit wahrscheinlicher machen (siehe Kapitel 1).

Die zentrale Frage lautet deshalb: Wie lassen sich die gesundheitlichen Chancen von Menschen verbessern, die aufgrund von soziodemografischen Merkmalen – wie dem Einkommen und der Bildung, dem Geschlecht, einem Migrationshintergrund oder der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität – sozial benachteiligt und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Krankheiten betroffen sind?

Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit als Ausgangspunkt für Interventionen

Um effektive Interventionen entwickeln zu können, gilt es erst zu verstehen, wie gesundheitliche Ungerechtigkeit entsteht und sich reproduziert. Dazu wurde – in Anlehnung an internationale Grundlagen – ein Modell erarbeitet, das diesen Entstehungsprozess erklärt und so Ansatzpunkte für Interventionen aufzeigt (siehe Kapitel 6). Kurz zusammengefasst, erklärt das Modell die Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit folgendermassen:

1. Der gesellschaftliche Kontext (also die Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie die Normen und Werte) bestimmt die Lage, die eine Person in der Gesellschaft einnimmt. Je nach Kontext weist eine bestimmte Person eine höhere oder eine tiefere soziale Lage auf – die Person ist also verglichen mit anderen Mitgliedern der Gesellschaft privilegiert oder benachteiligt.
2. Die soziale Lage prägt, welchen konkreten Belastungen eine Person ausgesetzt ist und über welche Ressourcen sie verfügt. Gemeinhin weisen sozial benachteiligte Menschen gleichzeitig ein erhöhtes Ausmass an Belastungen und ein Defizit an Ressourcen auf.
3. Es sind diese Belastungen und Ressourcen, die sich konkret auf die Gesundheit auswirken. Je mehr Belastungen und je weniger Ressourcen eine Person hat, umso schlechter ist in der Regel ihr Gesundheitszustand.
4. Am Ende dieser Wirkungskette steht die empirisch gut belegte gesundheitliche Ungerechtigkeit.

Lebensbedingungen sind noch vor dem Gesundheitsverhalten zu beachten

Gesundheitliche Ungerechtigkeit ist folglich ein sozial bedingtes Problem und das Resultat eines langen Prozesses. Dieser beginnt bei den grundlegenden Rahmenbedingungen einer Gesellschaft und der Verteilung von Ressourcen, Macht und Anerkennung. Dreh- und Angelpunkt im Erklärungsmodell ist die soziale Lage von Menschen und die damit zusammenhängenden Belastungen und Ressourcen, die sich auf die Gesundheit auswirken. Belastungen und Ressourcen können sich dabei auf materiell-strukturelle, psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren beziehen. Heute wissen wir, dass materiell-strukturelle Faktoren (wie Einkommen, Wohn- und Arbeitsbedingungen) einerseits direkt auf die Gesundheit einwirken. Andererseits haben sie auch eine indirekte Wirkung, weil sie psychosoziale Faktoren (wie chronische Alltagsbelastungen, soziale Unterstützung und individuelle Kompetenzen), aber auch das gesundheitsrelevante Verhalten (wie Tabakkonsum, Bewegungs- und Ernährungsmuster) prägen. Die materiell-strukturellen Lebensbedingungen haben deshalb die grösste Erklärungskraft hinsichtlich der Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit (siehe Kapitel 6.4).

Vor diesem Hintergrund lassen sich die folgenden Schlussfolgerungen für Politik und Praxis ziehen:

- Die persönliche Verantwortung ist auch in Gesundheitsfragen zentral. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit soll deshalb gestärkt werden. Einzelne Personen sollen dabei angeregt werden, gesundheitsförderliche Entscheide zu fällen. Gleichzeitig ist anzuerkennen, dass die gesundheitlichen Möglichkeiten einer Person von ihren sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen geprägt sind – und die individuelle Einflussnahme deshalb empfindlich limitiert ist.
- Ein strukturelles Problem wie gesundheitliche Ungerechtigkeit lässt sich nicht alleine mit individuumszentrierten Massnahmen lösen. Gesundheitsförderliche Massnahmen, die nur auf den Lebensstil oder die individuelle Gesundheitskompetenz fokussieren, führen kaum zu einer Reduktion der gesundheitlichen Ungerechtigkeit.
- Es liegt in der Verantwortung des Staates, die notwendigen Bedingungen zu schaffen, die es allen Menschen erlauben, gesund zu sein, zu werden und zu bleiben.

Massnahmen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten und strukturellen Determinanten

Im Anschluss an diese Erklärung sind Massnahmen zu zwei unterschiedlichen Arten von Determinanten notwendig:

Erstens ist zu gewährleisten, dass die alltäglichen Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen *«eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sind»* (WHO Ottawa Charta 1986). Diese Bedingungen, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen,

leben, arbeiten und altern, werden als soziale Gesundheitsdeterminanten bezeichnet (Englisch: *social determinants of health* oder SDH). Das Gesundheitssystem gehört ebenfalls zu den SDH. Ziel der Massnahmen zu den SDH ist es, Belastungen zu reduzieren und Ressourcen zu stärken (Punkt 3 im Erklärungsmodell).

Zweitens setzt eine nachhaltige Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit auch Massnahmen zu den Faktoren voraus, die die alltäglichen Lebensbedingungen – oder SDH – prägen. Blicken wir auf das Erklärungsmodell, dann sind damit der gesellschaftliche Kontext (Punkt 1) und die Mechanismen, anhand derer eine Person einer sozialen Lage zugeordnet wird (Punkt 2), angesprochen. Diese beiden Faktoren werden als *strukturelle Determinanten* zusammengefasst. Das Ziel von Massnahmen zu den strukturellen Determinanten liegt darin, soziale Ungleichheit und Benachteiligung zu reduzieren, die ihrerseits zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit führen.

Belastungen reduzieren, aber insbesondere auch Ressourcen stärken

Für eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention ist es entscheidend, nicht nur auf den Schutz vor Benachteiligungen und Belastungen zu fokussieren, sondern ebenso zu beachten, dass sozial benachteiligte Menschen über aktivierbare Ressourcen verfügen (siehe Kapitel 3.3). Neben der Reduktion von Belastungen ist folglich immer auch die Stärkung von Ressourcen anzustreben (Empowerment) – dies sowohl auf Ebene der strukturellen Determinanten als auch der sozialen Gesundheitsdeterminanten. Wie das konkret erreicht werden kann, zeigt Kapitel 10. In diesem Kapitel finden sich evidenzbasierte Interventionsansätze und Erfolgskriterien, die nachweislich zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit führen.

Damit soll es Menschen ermöglicht werden, Einfluss auf die Faktoren zu nehmen, die ihre Gesundheit mitbestimmen. Oder wie die WHO schreibt: Menschen sollen darin gestärkt werden, *«mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und […] Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen»* (WHO Ottawa Charta 1986). Ein Engagement gegen sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit widerspricht damit nicht dem liberalen Ideal der individuellen Freiheit, sondern schafft vielmehr die Voraussetzung für selbstbestimmte Handlungsfähigkeit.

Die herausfordernde Definition von Zielgruppen

Eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention strebt die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung an. Allerdings entspricht die Intensität der Bemühungen dabei idealerweise dem Grad der Benachteiligung einzelner Bevölkerungsgruppen *(«proportionaler Universalismus»)*.

Um gesundheitlich besonders verletzliche Personen gezielt zu unterstützen, wird eine hinreichend klare Vorstellung der Zielgruppe benötigt. Allerdings lässt sich keine allgemeingültige und priorisierte Liste der gesundheitlich besonders verletzlichen Gruppen vorlegen. Dies ist nicht möglich, weil prioritäre Zielgruppen je nach Thema und Massnahme variieren, aber auch weil Gesundheitsstatistiken grössere blinde Flecken aufweisen und deshalb nicht alle benachteiligten Personenkreise erkennbar sind.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit in der Regel nicht auf ein einziges Merkmal zurückzuführen ist. Entscheidend ist vielmehr das Zusammenspiel von mehreren Merkmalen. Dies lässt sich am Beispiel von Personen mit Migrationshintergrund illustrieren: Gemäss statistischen Daten ist die Migrationsbevölkerung häufiger von Erkrankungen und Einschränkungen betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund. Dennoch sind *die Migranten* oder *die Migrationsbevölkerung* als Zielgruppen einer Massnahme in der Regel ungeeignet. Denn jemand ist nicht nur *eine Person mit Migrationshintergrund,* sondern auch Mann oder Frau, gut oder schlecht gebildet, reich oder arm, homosexuell oder heterosexuell usw. In der Regel ist es nicht der Migrationshintergrund alleine, sondern eben diese Überschneidung von ungleichheitsrelevanten Merkmalen, die besondere Formen der sozialen Benachteiligung hervorbringt – und damit auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen.

Weiter ist zu beachten, dass ein empirisches Ergebnis – «die Migrationsbevölkerung ist häufiger von Erkrankungen betroffen» – lediglich erste Anhaltspunkte für die Zielgruppendefinition bietet. Statisti-

sche Daten belegen zwar eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen, erklären diese aber noch nicht. Um Stigmatisierungen vorzubeugen und um die tatsächlichen Ursachen angehen zu können, ist genauer zu analysieren, aufgrund welcher Faktoren eine bestimmte Gruppe häufiger erkrankt. Auch dies lässt sich am Beispiel der Migrationsbevölkerung illustrieren: Der Migrationshintergrund per se erhöht nicht zwingend die Erkrankungsanfälligkeit; entscheidend sind vielmehr Faktoren wie *fehlende Kenntnisse einer Landessprache, mangelnde soziale und ökonomische Integration, belastende Migrationsgeschichte* oder ein *prekärer Aufenthaltsstatus* – Faktoren also, die allesamt mit einem Migrationshintergrund verbunden sein können, aber nicht müssen.
Eine Zielgruppendefinition, die explizit auf dieser Überschneidung von Merkmalen und der Analyse von erklärenden Faktoren aufbaut, lässt uns gesundheitliche Ungerechtigkeit präziser fassen sowie gezieltere – und wirksamere – Massnahmen ableiten (siehe Kapitel 7 und 9). Eine «allgemeine», themen- und massnahmenunabhängige Zielgruppe einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich folglich nicht definieren.

Zentrale Erfolgskriterien in der Umsetzung von Massnahmen

Der Bericht identifiziert zahlreiche Erfolgskriterien und Handlungsgrundsätze einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention (siehe Kapitel 8 und 10). Entscheidend sind insbesondere die Folgenden:
Entscheidend für die Wirksamkeit von chancengerechten Massnahmen ist die **Partizipation** von einzelnen Personen und Bevölkerungsgruppen sowie der gesamten Zivilgesellschaft. Dies folgt der Grundüberzeugung, dass *«Gesundheitsförderung von den Menschen selbst und mit ihnen verwirklicht wird und nicht verordnet werden kann»* (WHO Jakarta-Erklärung 1997). Aus diesem Grund ist die Zivilgesellschaft aktiv in alle Phasen von Programmen und Projekten zu involvieren – von der Konzeption und Planung über die Umsetzung bis hin zur Evaluation.
Soziale Benachteiligung in der frühen Kindheit kann sich ein Leben lang negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken. Gesundheitliche Ungerechtigkeit wird aber nicht nur von frühen Lebensbedingungen geprägt, sondern auch von der Dauer der gesundheitlichen Belastung. Je länger eine Belastungssituation anhält, umso wahrscheinlicher sind gesundheitsschädigende Auswirkungen. Eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention ist deshalb unter einer **Lebenslaufperspektive** zu planen und sollte in allen Lebensphasen ansetzen.
Schätzungen zufolge wird die Gesundheit des Menschen zu 60 % von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik bestimmt [1]. Massnahmen zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten – und insbesondere zu den strukturellen Determinanten – liegen folglich häufig in der Zuständigkeit anderer Politikbereiche. Im Sinne einer systematischen Planung und Umsetzung ist zu definieren, welche Ansätze im Gesundheitsbereich selbst umgesetzt werden können und wann andere Politikbereiche zu einem Engagement für mehr gesundheitliche Chancengleichheit angeregt werden sollen (gezieltes *Agenda-Setting*). Eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention stärkt das Prinzip der ***«Health in All Policies»*** (Gesundheit in allen Politikbereichen) und setzt auf ein **multisektorales Vorgehen,** das insbesondere die Bildungs-, Sozial-, Raumplanungs- und Arbeitsmarktpolitik einschliesst.
Zu stärken sind schliesslich auch das **Monitoring** von gesundheitlicher Ungerechtigkeit sowie die **Evaluation** von Massnahmen und erzielten Fortschritten: Der Auf- und Ausbau von diversitätssensitiven Monitoringsystemen hilft die Ausprägung und Entwicklung gesundheitlicher Ungerechtigkeit besser zu verstehen. Zusätzliche Anstrengungen im Bereich der Evaluation helfen wirksame Massnahmen zu identifizieren und zu multiplizieren. Dank eines ausgebauten Monitoring- und Evaluationssystems lässt sich die Gesundheitspolitik an klaren Ergebnissen und Zielen messen und die Rechenschaft für die Zielerreichung erhöhen.

Einleitung

«Why treat people only to send them back to the conditions that made them sick in the first place?»

Weltgesundheitsorganisation WHO[1]

1 Quellen des Zitats: http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/posters/en/ und https://ifmsa.wordpress.com/2012/06/18/update-from-rio20-why-treat-people-only-to-send-them-back-to-the-conditions-that-made-them-sick-in-the-first-place/ (aufgerufen am 19.06.2019).

Einleitung

1 Thematische Einführung

Unterschiede zwischen Menschen sind geradezu charakteristisch für moderne Gesellschaften wie die Schweiz: Menschen unterscheiden sich im Hinblick auf Bildung und Beruf, Geschlecht und Geburtsort, Interessen und Ideen, Werte und Wohnformen – und nicht zuletzt unterscheiden sie sich auch im Hinblick auf ihre Gesundheit.

Sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit wurden früh erkannt

Dass gesundheitliche Unterschiede dabei nicht nur zwischen Einzelpersonen bestehen, sondern auch zwischen sozialen Gruppen, ist keine neue Erkenntnis. Spätestens im 19. Jahrhundert wurden Zusammenhänge zwischen der sozialen Position eines Menschen und seiner Gesundheit erkannt. So wurde in Deutschland bereits um 1890 dokumentiert, dass Leute mit einem tiefen Einkommen ein erhöhtes Risiko hatten, an Tuberkulose zu sterben [2]. Der deutsche Pathologe Rudolph Carl Virchow (1821–1902) folgerte denn auch früh: *«Alle Krankheiten haben zwei Ursachen: eine pathologische, die andere politisch*[2]*»*.

Die Unterschiede sind systematisch und werden (teilweise) grösser

Heute verfügen wir über differenzierte Gesundheitsdaten, und diese zeigen Folgendes: In den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheit der Bevölkerung in entwickelten Ländern markant verbessert. Die Betrachtung auf Ebene der Gesamtbevölkerung verstellt aber den Blick für entscheidende Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen. Tatsächlich profitierten nicht alle Teile der Gesellschaft in gleichem Masse von den gesundheitlichen Verbesserungen, sodass Gesundheit und Erkrankungen immer noch ungleich über die Bevölkerung verteilt sind (siehe Kapitel 4). Angehörige bestimmter sozialer Gruppen erkranken also häufiger, leiden öfter an gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sterben früher als Angehörige anderer Gruppen. Aus mehreren westeuropäischen Ländern (darunter die Schweiz) gibt es sogar Hinweise, dass gesundheitliche Unterschiede zwischen sozialen Gruppen in den vergangenen Jahren noch zugenommen haben [3–5]. Diese Unterschiede in Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit entstehen weder zufällig noch sind sie biologisch zu begründen. Vielmehr zeichnen sich klare soziale Muster ab: Die Aussicht auf ein langes, krankheits- und behinderungsfreies Leben ist umso grösser, *«je höher man auf der sozialen Leiter steht»* (Lamprecht et al. 2006, p. 7) [6]. Auch in hochentwickelten und reichen Ländern wie der Schweiz bestehen also markante Unterschiede in der Gesundheit, die Ausdruck von sozialen Privilegien und Benachteiligungen sind [2]. Das einleitende Zitat der WHO – *«Warum sollen Menschen (medizinisch) behandelt werden, nur um sie anschliessend in die Bedingungen zurückzuschicken, die sie überhaupt erst krankgemacht haben?»* – unterstreicht genau das: Es sind die sozialen Lebensbedingungen, die Gesundheit und Krankheit massgeblich prägen.

(Gesundheits-)Politische Implikationen

Die hartnäckig bestehenden – und teilweise sogar wachsenden – Unterschiede in der Gesundheit sprechen dafür, dass die heutige Politik und Praxis im Gesundheitsbereich nur teilweise funktionieren und angemessen sind: Während sie unter dem Strich die Gesundheit der gesamten Bevölkerung verbessern, versagen sie offensichtlich im Hinblick auf bestimmte Teile der Gesellschaft [7]. Was bedeuten diese Einsichten für die Gesundheitsförderung und Prävention? Fordern sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitsbereichs nun zum Handeln auf?

Die Antworten der Wissenschaft sowie der internationalen und nationalen Gesundheitspolitik[3] fallen klar aus: Das Thema habe *«eindeutige gesellschaftspolitische Brisanz»* (Rathmann & Richter 2016, p. 27) [8] und offenbare *«einen deutlichen politischen Hand-*

2 Zitiert nach Pega 2013 [283].
3 Siehe hierzu Kapitel 8.

lungsbedarf» (Rathmann & Richter 2016, p. 36) [8]. Die WHO Europa empfiehlt sogar, die Leistungen des Gesundheitssystems und der gesamten Regierung vorrangig auch daran zu messen, inwiefern sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit reduziert werden [3].

Was für die Reduktion von sozial bedingten Unterschieden in der Gesundheit spricht

Es lassen sich unterschiedliche Gründe anführen, warum eine Reduktion dieser gesundheitlichen Unterschiede dringlich ist [vgl. 9]: Aus **rechtlich-normativer Perspektive** lassen sich entsprechende Massnahmen unter anderem in die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der UNO (Art. 25) und in den UN-Sozialpakt (Art. 12) einbetten. Diese sprechen jeder Person *«das Recht auf einen Lebensstandard [zu], der ihr und ihrer Familie Gesundheit und Wohlergehen gewährleistet»* (AEMR der UNO) bzw. sie formulieren sogar ein *«Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit»* (UN-Sozialcharta). Auch die Weltgesundheitsorganisation WHO betont in ihrer Verfassung: *«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.»* Die WHO geht also einen Schritt weiter und anerkennt sogar ein explizites Recht auf gesundheitliche Chancengleichheit [5]. Ein wesentliches Element sind dabei soziale Lebensbedingungen, die die Gesundheit nicht gefährden [3]. Fragen um dieses «Recht auf Gesundheit» bzw. das «Recht auf gesundheitliche Chancengleichheit» sind äusserst komplex und lassen sich kontrovers diskutieren [10–13]. Im Gegensatz zu den genannten internationalen Grundlagen kennt die Schweizer Bundesverfassung kein explizites Recht auf Gesundheit. Allerdings gibt sich die Schweizerische Eidgenossenschaft selbst den Auftrag, allgemein – und damit auch im Gesundheitsbereich – für eine möglichst grosse Chancengleichheit in der Schweiz zu sorgen (BV Art. 2).

In **gesellschaftspolitischer Hinsicht** sind Hinweise entscheidend, wonach sich substanzielle Ungleichheiten in einer Gesellschaft negativ auf alle Bürgerinnen und Bürger auswirken [14]. Konkret ist davon auszugehen, dass (gesundheitliche) Chancengleichheit die soziale Kohäsion, das Vertrauen in die Gesellschaft und die Integration von benachteiligten Individuen und Gruppen fördert – wobei es sich dabei um wichtige Bedingungen für funktionierende Gesellschaften handelt [3, 15].

Die **volkswirtschaftliche Perspektive** zeigt, dass sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit mit substanziellen Kosten verbunden sind. Dazu die Ergebnisse einer europäischen Studie, die die Kosten für die Bereiche Gesundheit, Soziales und Arbeitsmarkt schätzte: Im gesamten EU-Raum verursachen sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit jährlich 700 000 Todesfälle und 33 Millionen Krankheitsfälle; sie sind verantwortlich für 20 % der gesamten Gesundheitskosten und 15 % der gesamten Kosten von Sozialleistungen. Schliesslich reduzieren sie das BIP jährlich um 1,4 % aufgrund von krankheitsbedingten Produktivitätsverlusten. Unter dem Strich wird der volkswirtschaftliche Schaden im ganzen EU-Raum auf 9,4 % des BIP oder 980 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt [16]. Werden die Schätzungen aus dem EU-Raum auf die Schweiz übertragen, dürften sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit im Jahr 2016 ungefähr 16 Milliarden Franken an Gesundheitskosten und einen gesamthaften volkswirtschaftlichen Schaden von über 60 Milliarden Franken verursacht haben. Diese Kosten sind so hoch, dass es sich kein Land leisten kann, ungleiche gesundheitliche Chancen nicht anzugehen [3].

Gesundheitliche Chancengleichheit ist also ein staatliches Grundprinzip und von volkswirtschaftlicher Bedeutung für die Schweiz. Aus **ethischer Perspektive** sind Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit aber nicht nur ein Mittel zum Zweck, sie sind ein Wert und Ziel an sich. Denn Gesundheit ist ein besonderes Gut, das es Menschen erlaubt, handlungsfähig zu sein und ein Leben führen zu können, das sie selbst schätzen [17]. Gesundheit wird deshalb von Einzelpersonen und der Gesellschaft besonders hoch geschätzt [3], und systematische Unterschiede in der Gesundheit wiegen schwerer als Unterschiede im Einkommen [17]. Die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit wird zu einer Frage der sozialen Gerechtigkeit und als ethischer Imperativ bezeichnet [18].

Die Gesundheitsförderung und Prävention sind besonders gefordert

Die individuelle Verantwortung soll auch im Gesundheitsbereich eine wesentliche Rolle spielen. Wenn aber die Gesundheit gesellschaftliche Privi-

legien und Benachteiligungen widerspiegelt und die gesundheitlichen Möglichkeiten einer Person von ihren sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen geprägt sind, dann ist die individuelle Einflussnahme empfindlich limitiert. Der englische Arzt und Epidemiologe Michael Marmot schreibt dazu: *«Menschen können keine Verantwortung übernehmen, wenn sie nicht kontrollieren können, was ihnen widerfährt*[4]*»* (Marmot 2015, p. 51) [19].

Die Kernaufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention liegt gemäss WHO darin, *«bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen»* (WHO Europa 1986, p. 2) [20]. Eine Gesundheitsförderung und Prävention, die sich diesem Gedanken verpflichtet fühlt, wird sich mit Nachdruck dafür einsetzen, dass Menschen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten haben. Der Einsatz für gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen – und gegen sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit – widerspricht damit nicht dem liberalen Ideal der individuellen Freiheit, sondern schafft vielmehr die Voraussetzung für selbstbestimmte Handlungsfähigkeit.

Lücken in der Praxis und offene Fragen

Auch in der Schweizer Gesundheitspolitik hat die Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Von den allgemeinen Prioritäten im Gesundheitsbereich (Gesundheit2020) bis zu spezifischen Grundlagen zu nichtübertragbaren Krankheiten (NCD), Sucht und psychischer Gesundheit (siehe Kapitel 8): In sämtlichen gesundheitspolitischen Strategien erscheint gesundheitliche Chancengerechtigkeit als Fokus- oder Querschnittsthema, das es bei der Planung und Umsetzung aller Massnahmen zu berücksichtigen gilt.

Dennoch lassen sich in der Praxis nach wie vor grosse Lücken und offene Fragen feststellen. Ganz grundsätzlich wird international und auch in der Schweiz bemängelt, dass die **praktischen Anstrengungen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit noch unzureichend und zu wenig systematisch** sind [21–24]. Es gibt unterschiedliche Gründe, warum der Aspekt der Chancengleichheit in konkreten Initiativen noch immer «vergessen» wird: Dazu gehören der einseitige Fokus auf die individuelle Verantwortung für Gesundheit oder auch der hohe Finanz- und Personalaufwand von chancengerechten Massnahmen. Wesentliche Hindernisse sind zudem die kaum überschaubare Komplexität des Themas und damit verbunden die Unsicherheit, was konkret getan werden kann und auf welche Zielgruppen zu fokussieren ist.

In der Folge erreichen die Gesundheitsförderung und Prävention noch heute tendenziell eher Gruppen mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status [25–29]. Damit hält sich ein Problem hartnäckig, das bereits vor rund 40 Jahren im Bereich der Gesundheitsversorgung als *Inverse Care Law* beschrieben wurde [30]: Der Zugang oder die Verfügbarkeit von qualitativ guten Dienstleistungen des Gesundheitswesens ist umso besser, je tiefer das eigentliche Bedürfnis danach ist. Anders ausgedrückt: Die **Angebote der Gesundheitsförderung kommen oft nicht bei jenen sozialen Gruppen an, die erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und den grössten Nutzen daraus ziehen könnten.**

In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche Konzepte, Prinzipien und Strategien zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit formuliert. Diese bleiben, so eine verbreitete Kritik, häufig aber normativer Art und es gibt **kaum evidenzbasierte Ansätze,** was getan werden kann, um die gesundheitliche Chancengleichheit wirksam zu erhöhen [17].

Schliesslich wird gefordert, nach dem bislang starken Fokus auf Personen mit Migrationshintergrund die **Zielgruppe auszuweiten und auch andere sozial benachteiligte Personen und Gruppen zu berücksichtigen.** So sieht beispielsweise der Massnahmenplan zur NCD-Strategie explizit vor, dass prioritäre Zielgruppen identifiziert und definiert werden (Massnahmenplan zur NCD-Strategie, Aktivität D.2.1). Dabei ist zu prüfen, wie die Erfahrungen aus dem Migrationsbereich auf andere Zielgruppen übertragen werden können.

4 Originalzitat: *«But people's ability to take personal responsibility is shaped by their circumstances. People cannot take responsibility if they cannot control what happens to them»* (Marmot 2015, p. 51) [19].

Einleitung

2 Ziele, Inhalte und Publikum des Berichts

Fassen wir den Hintergrund des Berichts zusammen: Sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit sind seit Langem bekannt und heute differenziert beschrieben, gesundheitspolitische Grundlagen fordern explizit eine Erhöhung der Chancengleichheit, in der Praxis gestaltet sich die Umsetzung jedoch harzig. Vonseiten der Wissenschaft [21], aber auch der Weltgesundheitsorganisation WHO (z. B. in der Bangkok-Charta 2005) wird gefordert, den gesundheitspolitischen Resolutionen zukünftig verstärkt Massnahmen folgen zu lassen und mehr Energie in die Ausgestaltung, Verbreitung und Umsetzung von wirksamen Lösungen zu investieren.

Vor diesem Hintergrund hat sich der vorliegende Bericht folgende Ziele gesetzt:

- Argumente für mehr Engagement für die gesundheitliche Chancengleichheit bieten
- Einige begriffliche und konzeptuelle Klärungen in einem komplexen – und oft schwammigen – Thema vorlegen
- Zur systematischen Planung einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention beitragen
- Evidenzbasierte Interventionsansätze identifizieren

Vorgehensweise und Inhalte des Berichts

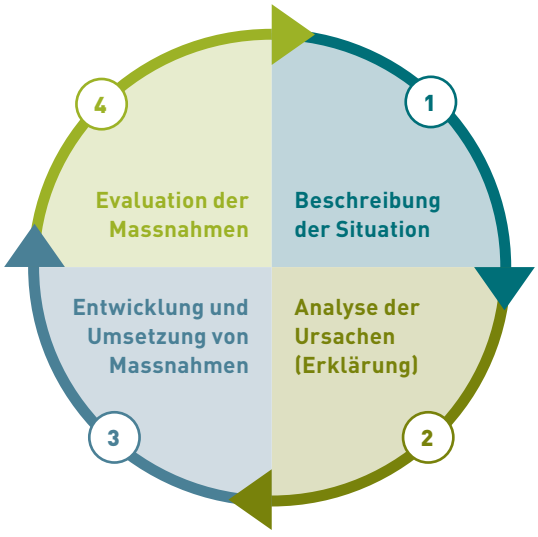
Der Aufbau des Berichts orientiert sich am *Public Health Action Cycle*, der sich als Instrument für eine systematische Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention etabliert hat (siehe Abb. 1). Dieser Zyklus sieht vier Schritte vor [31]: 1) Empirische Beschreibung von sozial bedingten Unterschieden in der Gesundheit, 2) Analyse der Ursachen (Einflussfaktoren und Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit), 3) Ableiten und Umsetzen von konkreten Massnahmen und 4) Evaluation der Massnahmen und Eröffnen eines neuen Kreislaufs.

Der erste Teil des Berichts zur *Beschreibung der Situation* verfolgt zwei Ziele:

- Erstens werden einige **Grundbegriffe im Themenbereich gesundheitliche Chancengleichheit diskutiert und konzeptuelle Klärungen vorgeschlagen.** Damit soll zur Konkretisierung eines bislang eher «schwammigen» Themas beigetragen werden **(Kapitel 3).**
- Zweitens **wird skizziert, wie sich sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit empirisch zeigen,** das heisst, deren Erscheinungsformen diskutiert und ihr Ausmass in der Schweiz an ausgewählten Beispielen illustriert **(Kapitel 4).**

ABBILDUNG 1

Public Health Action Cycle (nach Richter et al. 2011)



Der zweite Teil des Berichts zur *Analyse der Ursachen* umfasst einen Überblick über das aktuelle theoretische Wissen zu zwei Fragen:

- Erstens wird der **Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu erklären versucht.** Damit soll nachvollziehbar werden, warum sozial benachteiligte Menschen häufiger von Krankheiten und einer erhöhten Sterblichkeit betroffen sind. Es ist notwendig, die Entstehung von sozial bedingten Unterschieden in der Gesundheit zu verstehen, um in einem nächsten Schritt wirksame Interventionen entwickeln zu können **(Kapitel 6).**
- Zweitens wird die **Entstehung von sozialer Benachteiligung** – und damit auch von erhöhten gesundheitlichen Risiken – erläutert. Diese Überlegungen zu unterschiedlichen Graden der sozialen Benachteiligung dienen als Ausgangspunkt, um anschliessend über die Definition von prioritären Zielgruppen nachzudenken **(Kapitel 7).**

Aufbauend auf den theoretischen Erläuterungen lassen sich im dritten Teil des Berichts zur *Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen* verschiedene Empfehlungen und Grundsätze formulieren:

- Im Hinblick auf die Massnahmenentwicklung werden **Ansätze identifiziert, die nachweislich zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen.** Damit wird konkret aufgezeigt, was in der Praxis getan werden kann, um sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen und eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Diese evidenzbasierten Empfehlungen sind das Kernstück des Berichts **(Kapitel 10).**
- Zur Entwicklung der Massnahmen gehört es auch, prioritäre Zielgruppen von Projekten und Programmen zu definieren. Aus diesem Grund werden einige **Grundsätze und Anregungen formuliert für die Identifikation von Individuen und Gruppen, die aufgrund ihrer sozialen Position erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind (Kapitel 9).**
- Die Umsetzung der Massnahmen muss sich schliesslich in gesundheitspolitische Strategien und Grundlagen einbetten. Deshalb werden ausgewählte **internationale und nationale Gesundheitsstrategien auf ihre Aussagen zur Chancengleichheit hin überprüft.** Dies dient einerseits der Legitimation einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention, andererseits lassen sich Prämissen und operative Umsetzungsmodi für konkrete Massnahmen erkennen **(Kapitel 8).**

Der Bericht fokussiert auf die ersten drei Schritte im *Public Health Action Cycle.* Zum vierten Schritt *(Evaluation)* werden in diesem Bericht keine expliziten Empfehlungen formuliert. Einerseits, weil die evidenzbasierten Ansätze **(Kapitel 10)** bereits auf einer umfassenden Analyse von wissenschaftlichen Evaluationen beruhen. Andererseits, weil beispielsweise vom BAG bereits ein Konzept zum Monitoring von Gesundheitschancen in der Schweiz vorgelegt wurde [32] und von Gesundheitsförderung Schweiz bereits allgemeine Grundlagen zur Wirkungsmessung in der Gesundheitsförderung und Prävention bestehen [33–35].

Schwerpunkte und Einschränkungen des Berichts

Der Bericht fokussiert auf den **Arbeitsbereich** der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention (die in der Schweiz beispielsweise über die kantonalen Aktionsprogramme KAP erfolgt). Darüber hinaus bietet er einige Inputs zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Viele der Inhalte des Berichts sind auch für die Bereiche PGV und BGM anschlussfähig, aus Ressourcengründen wurden allerdings keine spezifischen Recherchen in diesen Bereichen durchgeführt.

Im Hinblick auf die evidenzbasierten Interventionsansätze stehen die **Themen** Ernährung und Bewegung, psychische Gesundheit und Sucht im Vordergrund. Diese Themenschwerpunkte wurden in Übereinstimmung mit der NCD-Strategie, der Suchtstrategie und dem Dialogbericht psychische Gesundheit gelegt[5]. Im Suchtbereich wurde jedoch – ebenfalls aus Ressourcengründen – ein Fokus auf die Tabakprävention gelegt, da chancengerechte Massnahmen in diesem Bereich bereits gut untersucht sind. Demgegenüber liegt erst wenig systematisches Wissen zu chancengerechten Mass-

5 Die genannten Strategien und Grundlagendokumente werden in Kapitel 8 diskutiert.

nahmen zu anderen Substanzsüchten (wie Alkohol) oder zu Verhaltenssüchten vor. Einige Erkenntnisse aus der Tabakprävention lassen sich auf die Prävention von anderen Substanzsüchten übertragen, jedoch nur beschränkt auf Verhaltenssüchte.

Um möglichst wirksame Massnahmen zu entwickeln, ist es empfehlenswert, unterschiedliche **Gründe für gesundheitliche Vulnerabilität** zu unterscheiden (vgl. Kapitel 3.3). Der vorliegende Bericht fokussiert auf Menschen, die aufgrund von sozialer Benachteiligung eine erhöhte Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit aufweisen. Damit stehen Personen im Zentrum, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status (d. h. tiefes Einkommen, geringe Bildung, tiefer Berufsstatus, wenig Vermögen), ihres Geschlechts (Gender), eines allfälligen Migrationshintergrunds oder ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität (LGBTI[6]) sozial benachteiligt sind. Nicht zum Fokus des Berichts gehören Menschen, die aufgrund von bestehenden Krankheiten, Mobilitätseinschränkungen, Behinderungen oder sozialer Isolation ein erhöhtes Risiko für (weitere) Erkrankungen haben[7], oder auch Kinder, die aufgrund eines psychisch kranken Elternteils gesundheitlich vulnerabel sind. Bei diesen und ähnlichen Faktoren handelt es sich um wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die in der Wissenschaft noch wenig erforscht sind. Diese Fokussierung entspricht also einerseits einem langjährigen – und aktuellen – Schwerpunkt in Wissenschaft, Politik und Praxis; und andererseits liegt bereits evidenzbasiertes Wissen zu strukturellen Faktoren vor, das sich systematisch aufbereiten lässt.

Zielpublikum des Berichts

Die vorliegende Publikation richtet sich einerseits an Strategie- und Umsetzungsverantwortliche in Bundesämtern, Kantonen, Gemeinden und NGOs, die Projekte und Programme zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit planen und (weiter-)entwickeln. Dieser Personenkreis findet im Bericht unter anderem Hinweise auf Ansatzpunkte für Interventionen, ein Modell zur systematischen Planung von Interventionen sowie eine Sammlung an bewährten Massnahmen und Inputs zur Zielgruppendefinition. Andererseits soll der Bericht auch eine Hilfestellung für Personen sein, die im Rahmen von Förderfonds Projektgesuche schreiben oder beurteilen. Diese Personen finden im Bericht unter anderem Evidenzen zu wirksamen Interventionsansätzen und ein mögliches Vorgehen, um einschätzen und begründen zu können, welche Zielgruppen erhöhte Belastungen und fehlende Ressourcen aufweisen.

Ergänzend zum Bericht wird eine **kurze und praxisorientierte Einführung in das Thema «gesundheitliche Chancengleichheit»** veröffentlicht. Die Inhalte dieser kurzen Broschüre können bei Bedarf gezielt im Bericht vertieft werden. Der Bericht ist folglich nicht als Einführungstext, sondern als Nachschlagewerk konzipiert, dessen einzelne Kapitel zur gezielten Beantwortung von Fragen dienen sollen.

6 Das Kürzel LGBTI stammt aus dem englischsprachigen Raum und bezeichnet lesbische (L = lesbian), schwule (G = gay), bisexuelle (B = bisexual), transgender (T = transgender) und intersexuelle (I = intersexual) Menschen.

7 Es ist zu betonen, dass beispielsweise auch psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen von weitreichender sozialer Benachteiligung betroffen sein können.

Teil 1: Beschreibung der Situation

«Social injustice is killing people on a grand scale.»

Weltgesundheitsorganisation WHO (CSDH 2008, p. 26) [18]

In diesem Teil des Berichts werden zuerst einige komplexe – und bisweilen unscharfe – Begriffe geklärt. Damit soll ein gemeinsames Verständnis etabliert und ein Vokabular angeboten werden, um einheitlich über gesundheitliche Chancengleichheit zu sprechen. Anschliessend wird anhand von Schweizer Gesundheitsdaten aufgezeigt, wie sich gesundheitliche Ungerechtigkeit empirisch darstellt.

Teil 1: Beschreibung der Situation

3 Begriffsklärungen

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit besser zu verstehen, sollen Antworten auf die folgenden Fragen gegeben werden:

- Moderne Gesellschaften sind sehr heterogen – sind alle sozialen Unterschiede mit potenziell problematischen Ungleichheiten gleichzusetzen? (Kapitel 3.1)
- Analog dazu: Sind alle Unterschiede in der Gesundheit gleich problematisch? (Kapitel 3.2)
- Werden mit den Begriffen «benachteiligte» und «vulnerable» Menschen die gleichen Personengruppen bezeichnet? (Kapitel 3.3)
- Was bedeutet vor diesem Hintergrund «gesundheitliche Chancengleichheit» bzw. unterscheiden sich die häufig auch synonym verwendeten Begriffe «Chancengleichheit» und «Chancengerechtigkeit»? (Kapitel 3.4)

3.1 Soziale Ungleichheit

Wie alle modernen Gesellschaften zeichnet sich auch die Schweiz durch eine hohe soziale Diversität aus. Aufgrund von sprachlichen und religiösen Unterschieden war die Schweiz seit jeher eine vielfältige Nation; aufgrund von Einwanderung und neuen Lebensstilen ist die Bevölkerung seit der Mitte des 20. Jahrhunderts noch heterogener geworden. Ein kurzer Blick in die Geschichte der Menschheit verdeutlicht, dass auch Ungleichheit ein ständiger Begleiter der gesellschaftlichen Entwicklung war: In wohl allen Epochen und Gesellschaften gab es Mächtige und Machtlose, Reiche und Arme, Privilegierte und Benachteiligte [36].

Zum Verhältnis von Unterschieden und Ungleichheit

Unterschiede und Ungleichheit waren also schon immer Teil unserer Gesellschaft. Wie lassen sich aber durchaus wünschenswerte Unterschiede in einer vielfältigen Gesellschaft von problematischer Ungleichheit abgrenzen? Wann werden Unterschiede zwischen Menschen zu sozialer Ungleichheit, die Gesellschaften herausfordert?

In der Wissenschaft wird davon ausgegangen, dass Ungleichheit auf Unterschieden aufbaut, aber nicht jeder Unterschied auch eine Ungleichheit bedeutet [6, 8]. Am Beispiel des Geschlechts lässt sich illustrieren, was damit gemeint ist [6]: Aufgrund von biologischen Differenzen erkennen wir Unterschiede zwischen Frauen und Männern, jedoch sind diese biologischen Unterschiede an sich (noch) keine sozialen Ungleichheiten. Wenn Frauen aber bei gleicher Arbeit weniger verdienen, ihnen erst zeitlich verzögert ein Stimmrecht zugestanden wird oder ihnen der Zugang zu gesellschaftlichen Machtpositionen erschwert wird, dann wird aus einem Unterschied eine soziale Ungleichheit.

Kennzeichnend für soziale Ungleichheit sind also insbesondere folgende Elemente:

- Soziale Ungleichheit geht einher mit der ungleichen Verteilung von materiellen oder immateriellen Ressourcen, die in einer Gesellschaft als relevant eingeschätzt werden, wie zum Beispiel Einkommensniveau, berufliche Stellung, politische Einflussnahme und soziale Anerkennung [8, 37].
- Es handelt sich nicht nur um einzelne, zeitlich beschränkte Vor- oder Nachteile, sondern um zeitlich stabile und systematische Formen von Privilegierungen und Diskriminierungen [6].
- Soziale Ungleichheit prägt Lebensbedingungen und Lebenschancen und definiert den Handlungsspielraum [6, 36].

Auf den Punkt gebracht bezeichnet soziale Ungleichheit die *«ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen in einer Gesellschaft»* (Rathmann & Richter 2016, p. 26) [8]. Dadurch prägt soziale Ungleichheit auch die Lebensqualität und die Gesundheit entscheidend [23].

Ungleichheitsrelevante Merkmale

Welches sind nun typische soziodemografische Merkmale, die für unsere Position in der Gesellschaft – und damit für die Entstehung sozialer Ungleichheit – eine besondere Rolle spielen? Oder anders gefragt: Welche Personen sind in der heutigen Schweiz besonders von sozialer Ungleichheit betroffen?

Bislang wurden insbesondere der Bildungshintergrund, das Einkommen, das Vermögen und der berufliche Status als entscheidend für die Position in der Gesellschaft bezeichnet und ins Zentrum von Ungleichheitsanalysen gerückt. Diese vier Merkmale werden als «vertikale» Ungleichheitsmerkmale bezeichnet, da sie eine Unterteilung der Bevölkerung in ein Oben und Unten, das heisst eine Einordnung in eine hierarchische Struktur ermöglichen [8, 38]: So lässt sich eine höhere Bildung von einer tieferen Bildung unterscheiden, und ein Einkommen kann objektiv als grösser oder kleiner bezeichnet werden. Die Merkmale Bildung, Einkommen, Vermögen und Berufsstatus werden heute unter dem Begriff «sozioökonomischer Status» (SES) zusammengefasst.

Der SES ist das zentrale Merkmal, anhand dessen Menschen einer Position in der Gesellschaft zugeordnet werden. Gleichzeitig wurde in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend festgestellt, dass soziale Ungleichheiten und Strukturen in modernen Gesellschaften zu komplex sind, um alleine mit diesen vier am Erwerbssystem festgemachten Merkmalen beschrieben und gedeutet zu werden [6, 7].

Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis, dass soziale Ungleichheit nicht ausschliesslich aufgrund von vertikalen, sondern auch von sogenannten «horizontalen» Merkmalen entstehen kann. Als horizontale Merkmale werden jene soziodemografischen Merkmale bezeichnet, die sich nicht hierarchisch anordnen und in ein Oben und Unten einteilen lassen [8]. Jedoch können auch diese Merkmale die Zuteilung von wichtigen Ressourcen wie Einkommen und gesellschaftliche Anerkennung begünstigen oder behindern [8]. Als wichtige horizontale Ungleichheitsmerkmale gelten in der wissenschaftlichen Literatur und in gesundheitspolitischen Strategien insbesondere Geschlecht, Nationalität bzw. ein allfälliger Migrationshintergrund und Aufenthaltsstatus, eine allfällige Behinderung, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, Religionszugehörigkeit, Familienstand und Haushaltszusammensetzung, Wohnregion sowie Alter [8, 38, 39].

Zudem gilt es besonders zu beachten, ob sich mehrere dieser ungleichheitsrelevanten Merkmale kumulieren und so zu Mehrfachbelastungen führen. So entstehen beispielsweise im Falle einer arbeitslosen Migrantin mit tiefer Bildung besondere Benachteiligungen (siehe Kapitel 7).

Soziale Ungleichheiten unterliegen einer sozialen Bewertung, gehen einher mit einer ungleichen Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen und haben einen bedeutenden Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch auf die Gesundheit von Personen und Gruppen. Sie entstehen aufgrund von «vertikalen» und «horizontalen» Ungleichheitsmerkmalen.

3.2 Gesundheitliche Ungleichheit und Ungerechtigkeit

Analog zu sozialen Unterschieden lassen sich nicht alle Unterschiede in der Gesundheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen als problematisch bezeichnen. Aus diesem Grund unterscheidet die Weltgesundheitsorganisation WHO zwischen *«health inequalities»* und *«health inequities»* [38]. Im Deutschen fehlt eine vergleichbare sprachliche Differenzierung. Gemäss WHO geht es in beiden Fällen – *inequalities* und *inequities* – um Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Verteilung von Gesundheitsdeterminanten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen [40].

«Health inequalities» können u.a. auf biologische Unterschiede oder auf die freie Wahl eines Individuums zurückgeführt werden [2, 41]. Beispiele für *«health inequalities»* sind Unterschiede in der Mobilität zwischen älteren und jüngeren Personen, das unterschiedliche Geburtsgewicht von männlichen und weiblichen Säuglingen oder das höhere Verletzungsrisiko von Mountainbike-Fahrenden im Vergleich mit Menschen, die diesen Sport nicht betreiben [2, 40, 41]. Es wäre unmöglich oder ethisch und moralisch inakzeptabel, diese Unterschiede in der Gesundheit und in der Verteilung von Gesundheitsdeterminanten verändern zu wollen [40]. Der englische Begriff *«health inequalities»* wird im vorliegenden Bericht wörtlich als «gesundheitliche Ungleichheiten» übersetzt.

Demgegenüber lassen sich *«health inequities»* auf äussere Lebens- und Umweltbedingungen zurückführen, die von einzelnen Menschen nicht beeinflusst oder kontrolliert werden können [40, 42]. *«Health inequities»* ergeben sich aus sozialen Ungleichheiten, die innerhalb einer Gesellschaft bestehen und die bestimmte Bevölkerungsgruppen

gesundheitlich vulnerabler machen [41, 43]. Die Verteilung von Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit verläuft dabei entlang vertikaler und horizontaler Ungleichheitsmerkmale, wie sie im vorangehenden Kapitel skizziert wurden. Beispiele für «*health inequities*» sind das vermehrte Auftreten von psychischen Erkrankungen bei geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten *(LGBTI-Community)* aufgrund von struktureller Stigmatisierung [44–46], die erhöhte Übergewichtsprävalenz bei Kindern von Eltern mit tiefer Bildung [47, 48] oder die kürzere Lebenserwartung von Menschen mit tiefem Einkommen [23]. «*Health inequities*» können, wie diese Beispiele zeigen, nicht auf biologische Gründe und nicht, oder nur bedingt, auf die freie Wahl eines betroffenen Individuums oder einer Bevölkerungsgruppe zurückgeführt werden. Aus diesem Grund werden «*health inequities*» als unnötig und vermeidbar sowie als ungerecht bezeichnet [40, 42, 43]. In der Folge erzeugen sie – im Gegensatz zu gesundheitlichen Ungleichheiten *(«health inequalities»)* – *«einen (gesundheits-)politischen Handlungsdruck»* (Mielck 2005, p. 7) [38] und können von der Gesellschaft *«nicht einfach hingenommen werden»* (Egger & Razum 2014, p. 10) [2]. Der englische Begriff *«health inequities»* wird in diesem Bericht als «gesundheitliche Ungerechtigkeit» übersetzt [vgl. 2].

«Gesundheitliche Ungleichheiten» können unter anderem auf biologische Gründe zurückgeführt werden. Demgegenüber ergibt sich **«gesundheitliche Ungerechtigkeit»** aus sozialen Ungleichheiten und ist auf äussere Lebensbedingungen zurückzuführen. Aus diesem Grund wird sie als vermeidbar und ungerecht bezeichnet.

3.3 Vulnerabilität und soziale Benachteiligung

Jene Personen, die von einer erhöhten Krankheitslast betroffen sind, werden in der Literatur häufig als vulnerable oder benachteiligte Gruppen bezeichnet [vgl. 49]. Allerdings wird der Begriff der Vulnerabilität häufig nur vage umrissen und unscharf vom Begriff der Benachteiligung abgegrenzt. Teilweise werden die beiden Begriffe sogar synonym verwendet [vgl. 40].

Was heisst gesundheitliche Vulnerabilität?

Grundsätzlich bezeichnet «gesundheitliche Vulnerabilität» eine erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen und (frühzeitige) Sterblichkeit. Diese erhöhte Anfälligkeit entsteht, wenn eine Person nicht über ausreichende Ressourcen verfügt, um eine belastende Situation oder Lebenslage zu bewältigen [50]. Entsprechend wird gesundheitliche Vulnerabilität in der Regel als *«Ungleichgewicht zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren»* (BAG & GDK 2016, p. 58) [51] oder als *«Häufung an Risikofaktoren und einem Defizit an Schutzfaktoren»* definiert (Weber et al. 2016) [52]. Vulnerabilität ist kein dichotomer Zustand, gemäss dem Personen entweder vulnerabel sind oder nicht. Vulnerabilität ist vielmehr als ein Spektrum zu denken. So unterscheidet beispielsweise das Schweizerische Rote Kreuz in seiner Arbeit zwischen «nicht verletzlichen», «situativ verletzlichen», «potenziell verletzlichen» und «hoch verletzlichen» Personen [50]. Ein solches Verständnis legt nahe, dass Vulnerabilität nicht statisch ist und die meisten Menschen irgendwann in ihrem Leben in erhöhtem Masse vulnerabel sind [53]. Dabei kann die Dauer von Vulnerabilität sehr variabel sein: Menschen können aufgrund einer Krise situativ (d. h. nur kurzfristig) oder aufgrund ihrer Lebensumstände (d. h. langfristig) vulnerabel sein [51].

Vorsicht bei der Verwendung des Vulnerabilitätsbegriffs

Der Begriff Vulnerabilität beschreibt Eigenschaften von Personen und Gruppen, die in einem gesundheitlichen Sinn verletzlich machen können. Dadurch ist dieser Begriff in der Lage, die Politik zu sensibilisieren und soziales Handeln auszulösen [49]. Gleichzeitig – so lautet eine grundsätzliche Kritik – kann eine zu starke Fokussierung auf Betroffene dazu führen, ihre individuellen (oder auch kollektiven) Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten zu überschätzen und so die vulnerablen Personen und Gruppen für ihre erhöhte Erkrankungsanfälligkeit selbst verantwortlich zu machen [29, 49]. Neben dieser Gefahr des *«victim blaming»* besteht das Risiko, durch die *«Suche nach speziellen Gruppen»* zur Diskriminierung und Stigmatisierung der als vulnerabel hervorgehobenen Gruppen beizutragen [49] und diese einem gesundheitspolitischen Paternalismus zu unterwerfen [53].

Unterschiedliche Merkmale stehen in Zusammenhang mit gesundheitlicher Vulnerabilität

Welche konkreten Faktoren und Merkmale gehen aber mit gesundheitlicher Vulnerabilität einher? Während Vulnerabilität früher in erster Linie biologisch erklärt worden war, wurden im Laufe der letzten Jahrzehnte zunehmend soziokulturelle Aspekte diskutiert und als wichtige Vulnerabilitätsfaktoren erkannt [54].

Empirische Daten lassen uns einige Merkmale identifizieren, die mit einer erhöhten Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit in Verbindung stehen. Um diese analytisch auseinanderzuhalten, werden heute im Sozial- und Gesundheitsbereich individuelle und strukturelle Vulnerabilitätsfaktoren differenziert [50, 54, 55]:

- *Individuelle Faktoren* beziehen sich auf einzelne Personen und eine **individuelle Beeinträchtigung,** die zu erhöhter Verletzlichkeit führen kann. Hierzu gehören insbesondere *physische* Faktoren (z. B. bestehende Erkrankung, Einschränkung oder Behinderung[8], Schwangerschaft und hohes Alter), *psychische* Faktoren (z. B. tiefe Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Erkrankung, Traumatisierung aufgrund von Gewalt und Kriminalität, Betreuung von kranken Angehörigen, suchtkranker Elternteil), gesundheitsschädigende *Verhaltensweisen* (z. B. Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und wenig körperliche Bewegung) und tiefe *Gesundheitskompetenz* sowie schwache *Sozialbeziehungen* [49, 50, 55].
- *Strukturelle Faktoren* hingegen beziehen sich auf das gesellschaftliche Umfeld und dessen Einfluss auf einzelne Personen. Der Begriff der **sozialen Benachteiligung** betont die gesundheitlichen Auswirkungen der *«ungenügenden Teilhabe an den materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen als Ergebnis der vorhandenen Verteilungs- und Beteiligungsstrukturen und -prozesse»* (Streich 2009, p. 304) [49]. Mit anderen Worten geht es darum, wie sich soziale Ungleichheit auf die Gesundheit auswirkt. Dabei sind es insbesondere die oben genannten vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmale, die den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen prägen [49, 50].

Überschneidungen sind ausschlaggebend

Von besonderer Bedeutung sind dabei kumulative Effekte: Je mehr Risikofaktoren zusammentreffen, desto stärker ist die gesamte Belastung und desto höher ist die Anfälligkeit für Erkrankungen (siehe Kapitel 7). Eine erhöhte Vulnerabilität kann insbesondere dann entstehen, wenn individuelle und strukturelle Belastungen gleichzeitig auftreten und sich wechselseitig verstärken [50]. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Person über keinen anerkannten Bildungsabschluss verfügt, alleinerziehend ist und mit unsicherem Aufenthaltsstatus in der Schweiz lebt; oder wenn eine Person sozial vereinsamt, in der Mobilität eingeschränkt ist und an der Armutsgrenze lebt [50].

Soziale Benachteiligung als besonderer Fokus des Berichts

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass gesundheitliche Vulnerabilität unterschiedliche Massnahmen erfordert, je nachdem ob diese auf eine individuelle Beeinträchtigung oder auf soziale Benachteiligung zurückzuführen ist. Beispielsweise sind unterschiedliche Massnahmen nötig, wenn ein junger Mensch ein erhöhtes Depressionsrisiko aufweist, weil er aufgrund seiner sexuellen Orientierung gesellschaftlich stigmatisiert wird [44] (= soziale Benachteiligung), als wenn die psychische Gesundheit einer gleichaltrigen Person gefährdet ist, weil sie emotional anspruchsvolle Betreuungsarbeit für ein krankes Familienmitglied (sogenannte *young carers*) leistet (= individuelle Beeinträchtigung). Da gesundheitliche Vulnerabilität aufgrund von Beeinträchtigungen oder Benachteiligungen unterschiedliche Entstehungsbedingungen aufweist und deshalb unterschiedlicher Massnahmen bedarf, empfiehlt es sich, Entstehungsprozesse und evidenzbasierte Interventionen gezielt – das heisst separat – zu recherchieren. In der Praxis ist es selbstverständlich so, dass sich individuelle und strukturelle Vulnerabilitätsfaktoren häufig überschneiden und entsprechend auch Massnahmen kombiniert werden müssen.

8 Bestimmte Faktoren lassen sich nicht ausschliesslich der individuellen oder der strukturellen Kategorie zuordnen. So kann beispielsweise eine Behinderung neben der individuellen Beeinträchtigung auch mit struktureller Benachteiligung einhergehen.

Der vorliegende Bericht fokussiert auf die strukturellen Gegebenheiten, die gesundheitlich vulnerabel machen können. Dieser Fokus wurde einerseits gewählt, weil soziale Benachteiligung ein langjähriger – und aktueller – Schwerpunkt in Wissenschaft, Politik und Praxis im Gesundheitsbereich ist. Andererseits liegt – eben aufgrund dieses langjährigen Schwerpunkts – bereits mehr evidenzbasiertes Wissen zu strukturellen Faktoren vor, das sich systematisch aufbereiten lässt.

Als **«vulnerabel»** bezeichnete Gruppen können aufgrund von individuellen oder einer Kombination von individuellen und strukturellen Faktoren eine erhöhte Anfälligkeit für Krankheit bzw. eine Häufung an Risikofaktoren und ein Defizit an Schutzfaktoren aufweisen. Vulnerable Gruppen sind nicht zwingend sozial benachteiligt. Demgegenüber werden mit dem Begriff **«sozial benachteiligt»** spezifisch die Personen und Bevölkerungsgruppen bezeichnet, die von sozialer Ungleichheit betroffen bzw. aufgrund von strukturellen Faktoren benachteiligt sind und die als Folge davon häufig eine erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen aufweisen.
Im Fokus des vorliegenden Berichts stehen gesundheitliche Ungerechtigkeit und damit sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Merkmale, die mit sozialer Benachteiligung verbunden sein können

In der Literatur werden am häufigsten die folgenden Bevölkerungsgruppen als «sozial benachteiligt» bezeichnet: Menschen mit tiefem Einkommen und tiefem Bildungshintergrund, Personen in unsicheren Arbeitsverhältnissen, Angehörige von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten, Migrantinnen und Migranten in prekären Situationen oder mit ungenügenden Sprachkenntnissen. Aber auch «Geschlecht» ist eine zentrale gesellschaftliche Strukturierungskategorie, die zu Benachteiligung führen und damit negative Auswirkungen auf Gesundheitschancen haben kann [29, 36, 49, 50].

Soziodemografische Merkmale sind nur Anhaltspunkte in der Bestimmung von Vulnerabilität

Empirische Studien zeigen, dass die soeben genannten Merkmale die Wahrscheinlichkeit erhöhen, gesundheitlich vulnerabel zu sein. Allerdings bestimmen diese Merkmale nicht per se die gesundheitliche Vulnerabilität [56]. So macht beispielsweise ein allfälliger Migrationshintergrund nicht per se anfälliger für Erkrankungen oder eine erhöhte Sterblichkeit. Entscheidend für die gesundheitliche Vulnerabilität sind vielmehr Faktoren wie *fehlende Kenntnisse einer Landessprache, mangelnde soziale und ökonomische Integration, belastende Migrationsgeschichte* oder ein *prekärer Aufenthaltsstatus*, die allesamt mit einem Migrationshintergrund verbunden sein können, aber nicht müssen. Erst diese genauere Analyse lässt uns die Ursachen von gesundheitlicher Vulnerabilität erkennen und wirksame Interventionen planen. Gleichzeitig beugt dieser Fokus auf erklärende Faktoren anstelle von soziodemografischen Merkmalen auch der Stigmatisierung von sozialen Gruppen vor (vgl. Kapitel 9.3).

Exkurs zu Ressourcen und Resilienz von sozial benachteiligten Menschen

Das oben genannte Verständnis von gesundheitlicher Vulnerabilität – *«ein Ungleichgewicht zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren»* – unterstreicht, dass alle Menschen neben Belastungen auch Ressourcen aufweisen. Dies trifft ebenfalls auf sozial benachteiligte Menschen zu. Sozialer Benachteiligung ist man also nicht nur ausgeliefert, betroffene Gruppen verfügen auch über Handlungsfähigkeit *(agency)* und aktivierbare Ressourcen [3, 287].
Für die chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention ist es deshalb entscheidend, einen «Opferdiskurs» zu vermeiden, der ausschliesslich auf den Schutz vor Benachteiligungen und Belastungen fokussiert [3, 288, 289].
Ein zentraler und ergänzender Ansatz liegt darin, an bestehende Ressourcen von benachteiligten Gruppen anzuknüpfen und diese zu stärken bzw. zusätzliche Ressourcen aufzubauen, um so die gesundheitsrelevante Handlungsfähigkeit zu erhöhen [1, 3, 36, 287]. Die Stärkung von Ressourcen und Handlungsfähigkeit fördert die gesundheitliche Resilienz – also die *«Widerstandsfähigkeit angesichts widriger Lebensumstände»* und die *«gelingende Auseinandersetzung mit belastenden Lebensumständen»* (Blaser & Amstad 2016, p. 18) [290].
Diese ressourcenorientierte Perspektive stimmt mit dem salutogenetischen Ansatz überein, der sich nicht mit der Frage *«Was macht Menschen krank?»* beschäftigt, sondern mit der Frage *«Was hält Menschen gesund?».* Aus heutiger Sicht entsteht Gesundheit dann, wenn sich Ressourcen und Belastungen im Gleichgewicht befinden oder Ressourcen gesamthaft stärker ausgeprägt sind als Belastungen [52]. Ressourcen können sich dabei indirekt und direkt auf die Gesundheit auswirken [290]:

- Dank Ressourcen kann ein Mensch gesundheitsschädigende Belastungen leichter bewältigen und so trotz widriger Umstände gesund bleiben. Ressourcen vermögen also, gesundheitsschädigende Belastungen – bis zu einem gewissen Grad – «abzufedern». Dabei handelt es sich um eine indirekte Wirkung auf die Gesundheit.
- Ressourcen können die Gesundheit direkt beeinflussen. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung wirkt sich beispielsweise auch unabhängig von allfälligen Belastungen positiv auf die psychische Gesundheit aus.

In den Gesundheitswissenschaften wird davon ausgegangen, dass Ressourcen – genau wie Belastungen – in einer Person selbst (interne Ressourcen) und im Umfeld der Person (externe Ressourcen) liegen können. Ressourcen und Belastungen können auf körperlicher, psychischer, sozialer und physikalisch-materieller Ebene bestehen [52].
Wichtige interne Ressourcen sind Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwirksamkeitserwartung und Kohärenzgefühl, Bildung und Wissen wie die Gesundheitskompetenz, aber auch berufliche und zwischenmenschliche Kompetenzen sowie finanzielle Möglichkeiten. Wichtige externe Ressourcen sind unterstützende soziale Beziehungen, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, ein bewegungsfreundliches Umfeld und Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben.
Ziel der chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention ist es nicht nur, die internen Ressourcen zu stärken; eine nachhaltige Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit bedarf auch der Stärkung von externen Ressourcen – also der Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen.

3.4 Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit

Um Zielen und Massnahmen im Hinblick auf gesundheitliche Ungerechtigkeit ein Dach zu geben, werden gemeinhin zwei Begriffe verwendet: gesundheitliche Chancengleichheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Im deutschsprachigen Raum ist *Chancengleichheit* im Zusammenhang mit Gesundheit zwar deutlich weiter verbreitet als *Chancengerechtigkeit,* dennoch finden sich beide Begriffe in aktuellen Debatten wieder[9]. So sprechen beispielsweise der Bundesrat in seinen gesundheitspolitischen Prioritäten Gesundheit2020 [1] und die Nationale Suchtstrategie [57] ausschliesslich von Chancengleichheit, während in der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 [51] und im dazugehörenden Massnahmenplan [39] beide Begriffe synonym verwendet werden.

Grundlegende Unterscheidung der beiden Begriffe

Im vorliegenden Bericht werden beide Begriffe verwendet, jedoch wird für eine inhaltliche Differenzierung plädiert:

- Gemäss heutigem Verständnis[10] meinen das französische *égalité* und das englische *equality* als Pendants zum deutschen *Gleichheit «den Zustand des Gleichseins oder der grossen Ähnlichkeit sowie der gleichen Rechte von Menschen».* Gleichheit bezieht sich damit auf *Ergebnisse* (wie Chancen und Möglichkeiten).
- *Equité, equity* und *Gerechtigkeit* bezeichnen hingegen ein *«staatliches oder gesellschaftliches Verhalten, das jedem Menschen gleichermassen sein Recht gewährt und jeder Person zukommen lässt, was ihr zusteht».* Gerechtigkeit bezieht sich damit auf eine *Handlungs*ebene, auf der sichergestellt wird, dass Menschen die ihnen zustehenden Chancen und Möglichkeiten erhalten.

Analog zu diesen grundlegenden Definitionen wird im Gesundheitsbereich vorgeschlagen, den Begriff *gesundheitliche Chancengleichheit* als das zu erreichende Ziel oder Ergebnis einzusetzen. Demgegenüber bezieht sich *gesundheitliche Chancengerechtigkeit* auf den Prozess und Weg, um das angestrebte Ziel oder Ergebnis zu erreichen [58–61].

Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet demnach, dass möglichst alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben [39]. Es ist jedoch eine empirisch gut gestützte Tatsache, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen die gleiche Ausgangslage teilen und bestimmte Personen mit mehr Barrieren auf dem Weg zu einer guten Gesundheit konfrontiert sind. *Gesundheitliche Chancengerechtigkeit* bedeutet deshalb, die notwendigen Bedingungen dafür zu schaffen, dass tatsächlich alle Personen die Möglichkeit haben, ein langes und gesundes Leben zu führen. In anderen Worten: *Chancengleichheit* ist ein gesundheitspolitisches Leitziel und *Chancengerechtigkeit* ein operatives Umsetzungsprinzip.

Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein gesundheitspolitisches Leitziel. Auf Zielebene fordert es, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben.
Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist ein operatives Umsetzungsprinzip. Es bezieht sich auf das Schaffen der Bedingungen, die es allen Menschen ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen.

9 Eine Suche auf Google (Zeitpunkt: Februar 2018) zeigt, dass das Begriffspaar «gesundheitliche Chancengleichheit» ungefähr 25-mal häufiger verwendet wird als «gesundheitliche Chancengerechtigkeit» (ca. 100 000 gegenüber 4000 Suchergebnissen). Gemäss dieser Google-Suche wird insbesondere in der Schweiz und in Deutschland deutlich häufiger von Chancengleichheit gesprochen, während in Österreich beide Begriffe ungefähr gleich häufig vorkommen.

10 Das heutige Verständnis stützt sich auf führende Wörterbücher im Deutschen (https://www.duden.de/), im Französischen (http://www.larousse.fr/) und im Englischen (http://www.merriam-webster.com).

Chancengleichheit als gesundheitspolitisches Leitziel

Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet nicht, dass alle Menschen in einer Gesellschaft gleich gesund sein sollen. Angesichts von genetischen Einflussfaktoren wäre ein solches Kriterium unrealistisch; angesichts der Wahlfreiheit bezüglich Verhaltensweisen – inkl. deren Einfluss auf die Gesundheit – wäre das Postulat «alle Menschen sollen gleich gesund sein» nicht mit den Werten von persönlicher Verantwortung und Selbstbestimmung vereinbar.

Anstelle von Gleichheit im Ergebnis *(«gleiche Gesundheit für alle»)* fordert der Begriff Chancengleichheit vielmehr Gleichheit hinsichtlich von Möglichkeiten *(«gleiche Chancen auf Gesundheit für alle»)* [36, 52]. Ein solches Postulat akzeptiert gesundheitliche Unterschiede, sofern jedes Individuum die gleichen Möglichkeiten für eine bessere Gesundheit hätte [36, 62]. Eine so definierte Chancengleichheit – *«möglichst alle Menschen haben die gleichen Chancen und Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und falls nötig Wiederherstellung ihrer Gesundheit»* – entspricht demnach einem gesellschaftlichen Grundprinzip [6, 63]. Dieses Prinzip der gleichen gesundheitlichen Möglichkeiten fordert, dass es bei den sozial bedingten Einflüssen auf die Gesundheit so wenig Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen geben sollte wie möglich [6, 15, 51, 63, 64]. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass ein vollständiger Abbau von Ungleichheiten in den gesundheitlichen Möglichkeiten wohl unrealistisch ist – entsprechend werden stets «kleinstmögliche» Ungleichheiten in den Gesundheitschancen angestrebt [6, 40]

Kritische Stimmen setzen an diesem Punkt an und hinterfragen, ob gesundheitliche Chancengleichheit nicht realitätsfern und deshalb als Leitziel ungeeignet ist. Mit dieser Perspektive könnten lediglich gerechte(re), nicht aber gleiche Chancen als Ziel angestrebt werden. Auch wenn der Hinweis auf eine aktuell ernüchternd grosse Ungerechtigkeit stimmt, wird in diesem Bericht dennoch dafür plädiert, auf Zielebene an der gesundheitlichen Chancengleichheit festzuhalten. Denn ein gesundheitspolitisches Leitziel sollte übereinstimmen mit staatlichen Grundprinzipien und dem Selbstverständnis einer Gesellschaft. Im zweiten Artikel der Bundesverfassung[11] wird festgehalten, dass die Schweizerische Eidgenossenschaft *«für eine möglichst grosse Chancengleichheit unter den Bürgerinnen und Bürgern [sorgt]».* Sobald eine solch umfassende Absichtserklärung bezüglich möglichst gleicher Chancen in der Bundesverfassung formuliert wird, lässt es sich nicht in gewissen Bereichen zurücknehmen [vgl. 6]. Möglichst gleiche Chancen für alle Bevölkerungsmitglieder müssen folglich auch im Gesundheitsbereich als Leitziel intakt bleiben.

Mit einer Abwendung vom Chancengleichheitsanspruch auf Zielebene ist die Gefahr verbunden, ungleiche Chancen als «normal» und «unvermeidbar» zu akzeptieren und ab einem gewissen Punkt nicht mehr zu hinterfragen. Für sozial Benachteiligte würden grundsätzlich nicht mehr möglichst gleiche Chancen angestrebt, sondern Chancen, die zwar substanziell geringer sind, angesichts der benachteiligten Situation aber als gerecht bezeichnet werden. Doch ab wann wären – auf einer Zielebene – Chancen als gerecht zu betrachten? Direkter gefragt: Ab wann sind gesundheitliche Möglichkeiten, die sozial Benachteiligte zwar diskriminieren, dennoch als «gerecht (genug)» für die Betroffenen zu bezeichnen? Es wäre eine kaum zu lösende ethisch-moralische Herausforderung, diese «gerechten Chancen» zu operationalisieren und argumentativ als Leitziel zu vertreten. Auch wenn absolute Chancengleichheit ausser Reichweite zu liegen scheint, müssen gleiche Chancen aus den genannten Gründen ein immer wieder anzustrebender Orientierungspunkt bleiben.

Chancengerechtigkeit als operatives Umsetzungsprinzip

Chancengerechtigkeit im Gesundheitswesen heisst, die notwendigen Bedingungen zu schaffen, die es allen Menschen ermöglichen, ihre Gesundheit zu entwickeln, zu erhalten und falls nötig wiederherzustellen. Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung sind dann chancengerecht, wenn sie dazu beitragen, dass gesundheitliche Möglichkeiten und Ressourcen nichtdiskriminierend über die Bevölkerung verteilt sind. Dadurch wird eingelöst, was die Schweizerische Bundesverfassung und das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit als allgemeingültigen Anspruch postulieren.

11 Hier zu finden: https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html (aufgerufen am 14.01.2019).

Wie lässt sich aber beurteilen, ob bestimmte Menschen aufgrund von sozialer Benachteiligung nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, ein gesundes Leben zu führen? Diese Frage lässt sich durchaus kontrovers diskutieren [17]. Es sind folglich in erster Linie gesellschaftliche Aushandlungsprozesse, die definieren, wann gesundheitliche Möglichkeiten in ungerechter Weise eingeschränkt sind [58]. Chancengerechtigkeit ist damit ein ethisch-normatives Konzept. Aus gesundheitspolitischer Sicht liegt insbesondere dann Handlungsbedarf vor, wenn a) ganze Bevölkerungsgruppen übermässig von Gesundheitsrisiken betroffen sind (systematische Ungleichheit) und b) ein besserer Gesundheitszustand nicht (oder kaum) allein mit einem selbstverantwortlichen gesunden Lebensstil erreicht werden kann, das heisst, dass die Position in der Gesellschaft ausschlaggebend ist für die schlechtere Gesundheit [17, 65].

Chancengerechtigkeit bedeutet einerseits dafür zu sorgen, dass universelle – das heisst nicht zielgruppenspezifische – Massnahmen der Diversität der gesamten Bevölkerung entsprechen. Andererseits kann Chancengerechtigkeit heissen, wenn notwendig auch spezifische Massnahmen für benachteiligte Gruppen zu entwickeln und umzusetzen. Um wirksam zu sein, müssen die Massnahmen in beiden Fällen die Ursachen von gesundheitlicher Ungerechtigkeit im Blick haben und sich (auch) an der jeweiligen Ausgangslage und den Bedürfnissen von sozial benachteiligten Menschen ausrichten [60, 66]. Die ungleichen Ausgangslagen, die verschiedene Bevölkerungsgruppen haben, und der Bedarf an spezifischen Massnahmen lassen sich gut an der Metapher von Bahnläuferinnen und -läufern illustrieren [vgl. 59, 67].

Auf einer ovalen Bahn müssen die Läufer auf der Innenseite eine kürzere Distanz zurücklegen, wenn das Rennen einmal um die ganze Bahn führt. Würden alle Läufer auf der gleichen Linie starten, hätten die Läufer auf der Aussenseite einen strukturellen Nachteil (siehe Abb. 2). Um diesen Nachteil für die Läufer auf der Aussenseite auszugleichen – und damit gerechte Bedingungen zu schaffen –, werden die Startblocks versetzt angeordnet (siehe Abb. 3). Mit dieser Massnahme werden die Bedingungen dafür geschaffen, dass alle Läufer gleiche Möglichkeiten haben, das Rennen zu gewinnen.

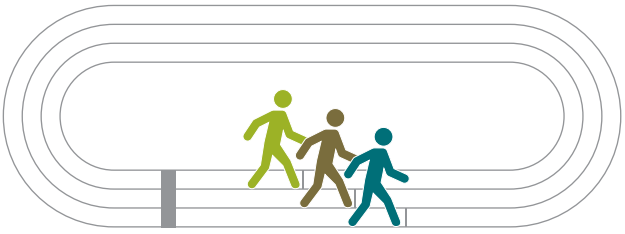
In ähnlicher Weise unterscheiden sich auch die gesundheitsrelevanten Ausgangslagen, die verschiedene Menschen aufweisen. Im Vergleich zu privilegierten Personen sind sozial Benachteiligte auf dem Weg zu einer guten Gesundheit mit mehr sozialen, politischen und ökonomischen Herausforderungen konfrontiert, das heisst, ihr Weg ist «weiter». Es braucht deshalb spezifische Massnahmen, die den jeweiligen Ausgangslagen und Bedürfnissen gerecht werden. Übereinstimmend mit dem eingangs skizzierten Gerechtigkeitsverständnis, werden die notwendigen Bedingungen gewährleistet, damit allen Menschen möglichst gleiche Chancen offenstehen, ein gesundes Leben zu führen. Dies beinhaltet einerseits, gesundheitsrelevante Ressourcen nichtdiskriminierend zu verteilen, und andererseits, die gesundheitsrelevanten Belastungen von benachteiligten Menschen abzubauen (vgl. Exkurs zu Ressourcen und Resilienz in Kapitel 3.3).

ABBILDUNG 2

Nichtberücksichtigung von ungleichen Bedingungen am Beispiel von Bahnläuferinnen und -läufern [67]

ABBILDUNG 3

Berücksichtigung von ungleichen Bedingungen am Beispiel von Bahnläuferinnen und -läufern [67]



Teil 1: Beschreibung der Situation

4 Wie sich gesundheitliche Ungerechtigkeit zeigt

Dieses Kapitel soll den empirischen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit beleuchten. In einem ersten Schritt wird der aktuelle Wissensstand zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit skizziert. In einem zweiten Schritt wird mithilfe von Schweizer Daten illustriert, anhand welcher Gesundheitsindikatoren sich gesundheitliche Ungerechtigkeit beschreiben lässt.

4.1 Überblick über den aktuellen Wissensstand

Seit die WHO-Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit vor über zehn Jahren ihren wegweisenden Bericht veröffentlichte [18], wurde gesundheitliche Ungerechtigkeit weltweit und auch in der Schweiz intensiv erforscht. Die aktuellen empirischen Ergebnisse lassen sich folgendermassen zusammenfassen: **Gesundheitliche Ungerechtigkeit …**

- **… findet sich in allen Ländern:** In allen Ländern, aus denen Daten vorliegen, sind die frühzeitige Sterblichkeit und die Lebenserwartung sozial ungleich verteilt [8, 31].
- **… betrifft fast alle Erkrankungen:** Sozial bedingte Unterschiede finden sich bei fast allen Erkrankungen und Behinderungen und folglich auch bei der gesunden Lebenserwartung [8, 31, 68]. Erkrankungen und Behinderungen kommen also in der Regel häufiger vor, wenn eine Person sozial benachteiligt ist. Nur wenige Erkrankungen – zum Beispiel Brustkrebs und Asthma – werden mit steigendem sozialem Status häufiger [31, 32].
- **… betrifft alle Altersgruppen:** Bereits bei Kindern und Jugendlichen und bis ins hohe Alter lassen sich sozial bedingte Unterschiede feststellen [8, 69]. Kinder und Jugendliche scheinen sogar besonders vulnerabel zu sein. Erklären lässt sich dies einerseits aufgrund der Abhängigkeit von Eltern und Bezugspersonen und andererseits aufgrund der wegweisenden Entwicklungsphasen und Prägungen in den ersten Lebensjahren [68]. Aber auch im hohen Alter sind Morbidität und Mortalität sozial ungleich verteilt [8, 70–73].
- **… wird geprägt vom Lebenslauf:** Belastungen und Benachteiligungen im frühen Leben üben einen negativen Einfluss auf die Gesundheit im späteren Leben aus. Gleichzeitig ist auch die Dauer der gesundheitlichen Belastung entscheidend: Gesundheitliche Ungerechtigkeit in frühen Lebensphasen setzt sich meist im Laufe des Alterungsprozesses fort. Langfristige Belastungen und Benachteiligungen führen oft dazu, dass sich gesundheitliche Ungerechtigkeit im Laufe des Lebens verschärft [8, 70–73].
- **… steht im Zusammenhang mit verschiedenen ungleichheitsrelevanten Merkmalen:** Gesundheitliche Ungerechtigkeit steht nicht nur im Zusammenhang mit Unterschieden in Einkommen, Vermögen, Bildung und beruflicher Stellung. Auch Merkmale wie Geschlecht und Migrationshintergrund (siehe Kapitel 3.1) können zu sozialer Benachteiligung führen und in der Folge negative Auswirkungen auf Gesundheitschancen und -risiken haben [29, 36, 58].
- **… bleibt stabil oder verschärft sich teilweise sogar:** In den letzten Jahrzehnten hat sich die gesundheitliche Ungerechtigkeit hinsichtlich der Mortalität tendenziell vergrössert [8, 31]. Sozial bedingte Unterschiede bezüglich der Morbidität sind hingegen eher stabil geblieben, dennoch gibt es Studien, die auch bezüglich der Morbidität wachsende sozial bedingte Unterschiede feststellen [3, 5, 8, 31].
- **… folgt einem sozialen Gradienten:** In der Regel besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der sozialen Lage einer Person und ihrer Gesundheit: Die Gesundheit von Menschen ist besser, je höher ihre soziale Lage ist. Oder negativ formuliert: Je ausgeprägter die soziale Benachteiligung ist, desto höher sind die frühzeitige Sterblichkeit und die Prävalenz von Erkrankungen.

Dieser Zusammenhang wird im Anschluss an Marmot und Wilkinson als «sozialer Gradient der Gesundheit» bezeichnet [74].

4.2 Schweizer Daten zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren

Soziale Ungleichheit kann sich in vielfacher Weise auf die Gesundheit auswirken. Dementsprechend finden sich systematische und sozial bedingte Unterschiede im Hinblick auf alle relevanten Gesundheitsindikatoren. Dies schliesst insbesondere die folgenden Indikatoren mit ein:

- Sterblichkeit (Mortalität),
- Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität),
- Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz,
- Zugänglichkeit, Nutzung und Qualität von Angeboten des Gesundheitswesens (Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung).

Ein aktueller Überblick über gesundheitliche Ungerechtigkeit in der Schweiz findet sich in Boes et al. [75], BAG [76] sowie Spiess und Schnyder-Walser [77]. An dieser Stelle werden einige ihrer Ergebnisse zur Illustration präsentiert.

Besonders gut belegt sind **eine tiefere Lebenserwartung und ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko** von sozial benachteiligten Gruppen. So zeigen beispielsweise Daten aus der Stadt Bern, dass Männer, die im sozial schwächeren Stadtteil Bümpliz leben, eine um fünf Jahre tiefere Lebenserwartung haben als Männer, die im wohlhabenderen Kirchenfeldquartier wohnen [76, 77]. Auch die Sterblichkeit von jungen Menschen (zwischen 15 und 35 Jahren) aufgrund von Unfällen und Suiziden steht in der Schweiz in engem Zusammenhang zu Bildung und Arbeitsmarktintegration: Ein junger Erwachsener, der lediglich die obligatorische Schule absolviert hat, weist ein doppelt so hohes Sterberisiko auf als eine gleichaltrige Person mit Tertiärausbildung. Die Arbeitslosigkeit verdoppelt ebenfalls das Sterberisiko von jungen Menschen in der Schweiz. Weil sich soziale Risikofaktoren oft kumulieren, weisen die verletzbarsten jungen Erwachsenen sogar ein bis zu 100-fach erhöhtes Suizidrisiko auf im Vergleich zu den privilegiertesten jungen Erwachsenen [78].

Auch im Hinblick auf **Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen** belegen Schweizer Studien zahlreiche Beispiele gesundheitlicher Ungerechtigkeit [79]. Diese betreffen den selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand, die Prävalenzen von nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen wie Depressionen und schliesslich auch Risikofaktoren wie Übergewicht und Adipositas sowie Stressexposition [77, 79]. Spezifisch für sozial benachteiligte Kinder belegen Schweizer Daten erhöhte Prävalenzen der folgenden Problemfelder: Übergewicht und Adipositas, Essstörungen, Karies, psychische Auffälligkeiten, Beeinträchtigungen der Entwicklung (emotional, sprachlich und kognitiv), ein erhöhtes Unfallrisiko sowie frühere und häufigere Suchterstkontakte [79]. Ferner weisen homosexuelle junge Männer ein bis zu fünfmal höheres Risiko für Depressionen und Suizidversuche auf als heterosexuelle junge Männer [80–82].

Das **Gesundheitsverhalten** ist ebenfalls von sozialen Faktoren geprägt und folgt vielfach einem sozialen Gradienten. So erfüllen Menschen mit tiefer Bildung und tiefem Einkommen seltener die Bewegungsempfehlungen als Personen mit tertiärer Bildung und einem hohen Einkommen [77, 83]. Sozial Benachteiligte verbringen mehr Zeit mit Online-Gaming und sie weisen als Gruppe betrachtet ein ungünstigeres Ernährungsverhalten auf als sozial privilegierte Personen [77].

Der Zusammenhang von Tabak- und Alkoholkonsum und Einkommen entspricht hingegen keinem reinen sozialen Gradienten bzw. widersetzt sich diesem sogar: So rauchen die ärmsten Gruppen in der Schweiz am wenigsten, die höchsten Rauchprävalenzen finden sich im mittleren Einkommensniveau, während die reichsten Teile der Bevölkerung wiederum weniger rauchen [75]. Auf der anderen Seite haben einkommensstarke Personen ihren Tabakkonsum in der jüngeren Vergangenheit stärker reduziert als einkommensschwache Bevölkerungsgruppen [76]. Im Hinblick auf Alkohol zeigt sich sogar, dass Personen mit hohem Einkommen häufiger einen riskanten Konsum aufweisen als einkommensschwächere Gruppen [75]. Gleichzeitig bestehen wechselseitige Zusammenhänge zwischen Erwerbslosigkeit und chronischem Alkoholkonsum. Daneben ist das Risiko, an alkoholbedingten Krankheiten und Verletzun-

gen zu sterben, bei Menschen mit tieferem Einkommen und tieferer Bildung besonders hoch [76]. Obwohl das Bild bezüglich des Alkohol- und Tabakkonsums komplex ist, lässt sich unter dem Strich festhalten, dass die verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken bei einkommensschwachen Gruppen deutlich grösser sind als bei einkommensstarken Gruppen [75].

Der Konsum von illegalen Substanzen ist bei homo- und bisexuellen Menschen verbreiteter als bei heterosexuellen Personen. Demgegenüber ist der Tabakkonsum nur leicht erhöht und der Alkoholkonsum stellt sich wiederum uneinheitlicher dar: Während homosexuelle Frauen im Vergleich mit der gesamten weiblichen Bevölkerung deutlich häufiger einen riskanten Konsum aufweisen, finden sich keine deutlichen Unterschiede zwischen jungen hetero- und homosexuellen Männern [44].

Mit dem Gesundheitsverhalten verbunden ist die Tatsache, dass sozial Benachteiligte häufig über eine **tiefere Gesundheitskompetenz**[12] verfügen. In der Schweiz ist der Anteil der Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz besonders in den folgenden Gruppen erhöht: Personen, die in bescheidenen finanziellen Verhältnissen leben; Personen mit tiefem Bildungsniveau; in Teilen der Migrationsbevölkerung [84].

Schliesslich gibt es auch Unterschiede bezüglich der **Zugänglichkeit, Qualität und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten.** Daten aus der Schweiz und anderen europäischen Ländern belegen hier ein doppeltes Problem: Einerseits haben Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status einen höheren Bedarf an medizinischen Leistungen (aufgrund der erhöhten Krankheitshäufigkeit). Andererseits wissen wir, dass Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status seltener medizinische Leistungen beanspruchen als wohlhabendere Personen [76, 77, 85]. Dies betrifft insbesondere Leistungen von Spezialistinnen und Zahnärzten, weniger jedoch Hospitalisierungen und Besuche bei Hausärztinnen und Hausärzten. Erklärt wird diese Tatsache dadurch, dass sich Personen mit tiefem Bildungsniveau nur unzureichend im Gesundheitssystem zurechtfinden und dass einkommensschwache Personen häufiger aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichten [79]. Ein weiterer Grund ist, dass die bestehenden Angebote die Situation und die Bedürfnisse von sozial benachteiligten Menschen nur unzureichend berücksichtigen (siehe Kapitel 6.4.2).

12 Das Konzept der «Gesundheitskompetenz» wird in Kapitel 6.4.2 erläutert.

Teil 2: Analyse der Ursachen

«If you want to understand why health is distributed the way it is, you have to understand society.»

Michael Marmot (2015, p. 7) [19]

Um wirksame Lösungen für ein Problem zu entwickeln, muss zuerst bekannt sein, wie ein Problem entsteht. Teil 2 des Berichts diskutiert deshalb eingehend die Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit, damit anschliessend wirksame Interventionsansätze abgeleitet werden können.

Teil 2 besteht aus den folgenden Kapiteln:

1. Einleitend wird skizziert, welche Einflussfaktoren und Prämissen heute im Zentrum der wissenschaftlichen Diskussion um gesundheitliche Ungerechtigkeit stehen **(Kapitel 5).**
2. Anschliessend wird zu erklären versucht, wie gesundheitliche Ungerechtigkeit entsteht. Dazu wird ein grafisches Modell eingeführt, das die konkreten Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit illustriert **(Kapitel 6).**
3. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf verschärfte Situationen der Benachteiligung gelegt. Diese entstehen, wenn sich verschiedene ungleichheitsrelevante Merkmale überschneiden und so kumulative Wirkungen entfalten (Stichwort: Intersektionalität) **(Kapitel 7).**

Teil 2: Analyse der Ursachen

5 Einleitende Bemerkungen

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde die Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit unterschiedlich erklärt[13]. Im Folgenden werden die heute primär diskutierten Faktoren skizziert und die Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit und der sozialen Lage einer Person reflektiert.

5.1 Wendepunkt in der wissenschaftlichen Diskussion

In den letzten Jahren und Jahrzehnten haben wir einen entscheidenden Wendepunkt in der Erklärung von Gesundheit und gesundheitlicher Ungerechtigkeit erreicht [vgl. 68]: Die Gesundheit von Einzelpersonen und Bevölkerungen wird heute nicht mehr ausschliesslich auf biomedizinische und verhaltensbezogene Faktoren zurückgeführt; stattdessen treten die Bedingungen in den Vordergrund, in denen Menschen aufwachsen, arbeiten und leben [8]. Diese *sozialen Gesundheitsdeterminanten* gewinnen besonders dann an Bedeutung, wenn erklärt werden soll, warum die Verteilung von Gesundheit und Krankheit deutlichen Mustern der sozialen Benachteiligung folgt.

Die Verhaltensebene rückt damit zugunsten der Verhältnisebene in den Hintergrund. Gleichzeitig treten auch die direkten Krankheitsursachen wie Rauchen und fehlende Bewegung in den Hintergrund und stattdessen wird auf die sogenannten «Ursachen der Ursachen» fokussiert [3, 19] – also auf die gesellschaftliche Position und die konkreten Lebens- und Arbeitsbedingungen, die ihrerseits das gesundheitsrelevante Verhalten prägen [3, 18].

Gesundheit und Krankheit werden so zunehmend als *«Produkte der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Organisation von Gesellschaften»* gedeutet (Rathmann & Richter 2016, p. 42) [8]. Ausgangspunkt für die Analyse von gesundheitlicher Ungerechtigkeit wird dementsprechend die Struktur und Funktionsweise der Gesellschaft, denn – so das einleitende Zitat – *«um zu verstehen, wieso die Gesundheit so verteilt ist, wie sie ist, muss man die Gesellschaft verstehen»*[14] [19]. Genau dies leisten spezifische, medizinsoziologische Modelle: Sie versuchen grafisch darzustellen, wie ungleiche soziale Lagen und Lebensbedingungen in einer Gesellschaft entstehen und zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit führen (siehe Kapitel 6).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert **soziale Gesundheitsdeterminanten** (Englisch: *social determinants of health* oder **SDH**) als die *«Bedingungen, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und älter werden»* (WHO 2018) [43]. Das Gesundheitssystem gehört ebenfalls zu den SDH.

Es gibt keine abschliessende und allgemein akzeptierte Auflistung der SDH; man könnte sogar so weit gehen, alle nichtgenetischen und nichtbiologischen Einflüsse als SDH zu bezeichnen [7, 68]. Zu den am häufigsten diskutierten SDH gehören Einkommen, Bildung, Wohn- und Arbeitssituation, soziale Inklusion und Diskriminierungserfahrungen [vgl. 98].

13 Für einen Überblick über historische Erklärungsansätze siehe [6, 23, 284, 285].

14 Originalzitat: *«If you want to understand why health is distributed the way it is, you have to understand society»* (Marmot 2015, p. 7) [19].

5.2 Beeinflusst die soziale Lage die Gesundheit oder prägt die Gesundheit die soziale Lage?

Die genaue Erklärung des Zusammenhangs zwischen der sozialen Lage[15] und der Gesundheit einer Person stellt immer noch eine grosse Herausforderung dar [8, 86]. Das Fehlen einer eindeutigen Erklärung ist den hochkomplexen Wirkungsweisen geschuldet. Diese Komplexität lässt sich an den Wechselwirkungen zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit illustrieren (Frage der Kausalitätsrichtung). Die Frage lautet: Führt beispielsweise Armut wirklich zu einer schlechteren Gesundheit? Oder führt nicht eher eine schlechte Gesundheit zu Armut?

Diese beiden Perspektiven werden in der Forschung als Kausation und Selektion diskutiert [8, 73]:

- Die Perspektive der *Kausation* besagt, dass soziale Benachteiligung die Gesundheit gefährdet. So wirkt sich soziale Benachteiligung beispielsweise negativ auf die Lebensbedingungen, das Verhalten und die psychosozialen Belastungen einer Person und damit auch auf ihre Gesundheit aus (siehe Kapitel 6.4.2). Mit dem oben erwähnten Beispiel gesprochen heisst das: «Armut macht krank.»
- Demgegenüber geht die Perspektive der *Selektion* davon aus, dass die Gesundheit einer Person ihre soziale Lage beeinflusst. In dieser Perspektive ist es beispielsweise schwieriger, eine kranke Person ins Erwerbsleben zu integrieren als eine gesunde Person. Zugespitzt formuliert heisst das: «Krankheit macht arm.»

Die beiden Perspektiven schliessen sich nicht gegenseitig aus, sondern können sich in entscheidender Weise ergänzen [73]. Ein «doppelter Blick» auf den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit schärft beispielsweise unser Verständnis eines gravierenden Teufelskreises: Im Sinne der Kausation laufen Personen mit einem tiefen sozioökonomischen Status eher Gefahr, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Als Folge der psychischen Erkrankung wird möglicherweise – entsprechend der Selektion – die Arbeitsfähigkeit reduziert, wodurch der sozioökonomische Status weiter abnimmt. Dies wiederum kann zu einer schlechteren psychischen Gesundheit führen [87].

Obwohl sich also beide Wirkungsrichtungen empirisch nachweisen lassen [4], wird heute der Kausation mehr Gewicht beigemessen als der Selektion, sprich: man nimmt an, dass unsere Lebensumstände stärker unsere Gesundheit prägen als umgekehrt. Die Kausationsperspektive erklärt den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit also weitaus besser als die Selektion [8, 23].

15 Die «soziale Lage» – früher auch soziale Position genannt – bezieht sich auf die Position, die ein Mensch in der Gesellschaft einnimmt (siehe Kapitel 6.3).

Teil 2: Analyse der Ursachen

6 Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit

In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche grafische Modelle entwickelt, um die komplexe Wirkung von sozialen Faktoren auf die Gesundheit nachvollziehbar zu machen. Das in diesem Bericht verwendete Modell entspricht im Wesentlichen jenem der WHO [18, 73]. Ergänzend wurden einige Differenzierungen übernommen, die von Mielck [64] vorgeschlagen und später in Schweizer Modellen übernommen wurden [6, 23, 32, 36].

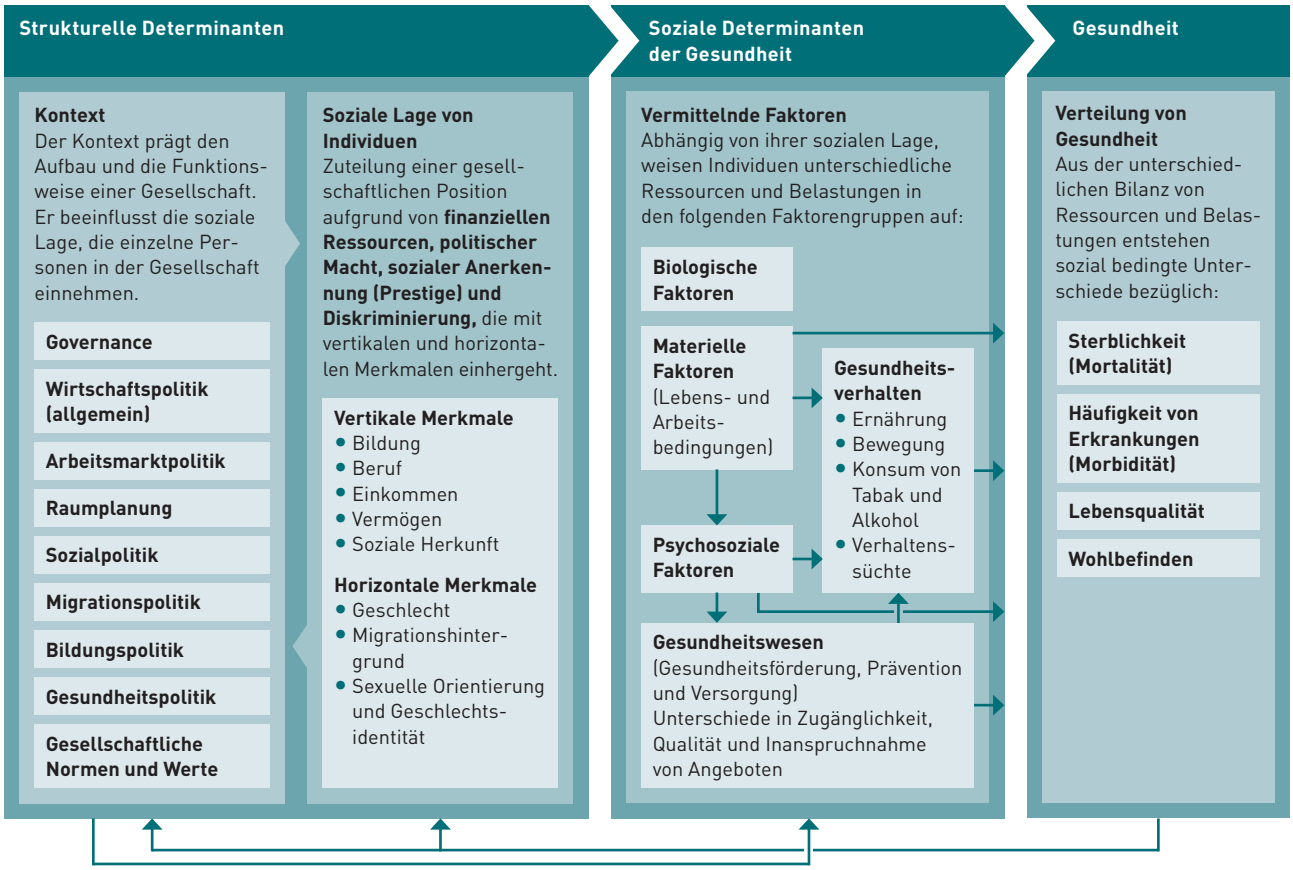
6.1 Überblick über das Modell und seine Determinantenblöcke

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu klären, unterscheidet das in diesem Bericht verwendete Modell die folgenden vier Kernkomponenten (siehe Abb. 4):

1. Den Kontext (die sozioökonomischen, politischen, kulturellen, rechtlichen und technologischen Rahmenbedingungen)

ABBILDUNG 4

Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit



Im Modell wurden nur die Wirkungsrichtungen abgebildet, die für die Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit entscheidend sind. Daneben gibt es zahlreiche weitere Wirkungsrichtungen (z. B. zwischen biologischen Faktoren und dem Gesundheitsverhalten oder vom Gesundheitsverhalten zurück zu den psychosozialen Faktoren).

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an CSDH (2008) [18] und Mielck (2000) [64]

2. Die soziale Lage einer Person
3. Vermittelnde Faktoren (die den sozialen Gesundheitsdeterminanten entsprechen)
4. Die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft

Diese vier Determinantenblöcke stehen in Wechselwirkung zueinander, wobei das Modell von links nach rechts zu lesen ist und ein Block die Voraussetzungen für den nächsten Block vorgibt.
Der erste Block des gesellschaftlichen Kontexts umfasst die Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie die Normen und Werte in einer Gesellschaft. Dieser Kontext beeinflusst den Aufbau einer Gesellschaft, das heisst, er beeinflusst die soziale Lage, die einzelne Personen in der Gesellschaft einnehmen (zweiter Block). Je nach Kontext weist eine bestimmte Person eine höhere oder eine tiefere soziale Lage auf – die Person ist also privilegiert oder benachteiligt im Vergleich zu anderen Mitgliedern der Gesellschaft.
Die soziale Lage wiederum ist ausschlaggebend dafür, welchen konkreten Belastungen eine Person ausgesetzt ist und über welche Ressourcen sie verfügt (dritter Block der vermittelnden Faktoren). Gemeinhin weisen sozial benachteiligte Menschen gleichzeitig ein erhöhtes Ausmass an Belastungen und ein Defizit an Ressourcen auf. Diese Belastungen und fehlenden Ressourcen wirken sich konkret auf die Gesundheit aus und führen so zu der empirisch gut belegten gesundheitlichen Ungerechtigkeit (vierter Block).
Soziodemografische Merkmale wirken nur selten direkt, sondern in der Regel über vermittelnde Faktoren auf unsere Gesundheit ein. Dies lässt sich an einem Beispiel illustrieren: Ein hohes Einkommen macht uns nicht automatisch gesünder, vielmehr geht es in der Regel einher mit besseren Wohn- und Lebensbedingungen, mehr Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und grösseren Handlungsspielräumen. Damit entsteht ein positives Verhältnis von Ressourcen und Belastungen – und entsprechend eine bessere Gesundheit im Vergleich zu einkommensschwachen Personen.
Die einzelnen Blöcke oder Kerndeterminanten werden im Folgenden eingehend diskutiert.

6.2 Kontext (erster Block)

Der Kontext wirkt auf die soziale Lage ...

Der Kontext beeinflusst direkt den zweiten Block im Modell – jenen der sozialen Lage. Dieser Einfluss lässt sich am Beispiel der gesellschaftlichen Werte und Normen illustrieren: In einer heteronormativen Gesellschaft – also in einer Gesellschaft, die Heterosexualität als «normal» und wünschenswert betrachtet – können von der heterosexuellen Norm abweichende Menschen sozial, rechtlich und ökonomisch diskriminiert und benachteiligt werden. Diese Diskriminierung führt Mitglieder der LGBTI-Gemeinschaft in eine benachteiligte soziale Lage. Ein zweites Beispiel bezieht sich auf den Arbeitsmarkt: Geschlechtsspezifische Lohnungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt können für Frauen zu einer tieferen sozioökonomischen Position in der Gesellschaft führen.

... und die vermittelnden Faktoren ein ...

Der Kontext wirkt *indirekt* – via die soziale Lage – bis auf den dritten Block der «vermittelnden Faktoren» ein. Allerdings kann der Kontext auch *direkt* auf intermediäre Faktoren wie Arbeits- und Wohnbedingungen und Verhaltensweisen einwirken. So geben beispielsweise die Raumplanungspolitik oder rechtliche Regulationen wie die Alkohol- und Tabakgesetzgebung vor, welche Lebensstile und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen überhaupt möglich sind [32].

... und ist selbst sozial determiniert und dynamisch

Zu beachten ist, dass der Kontext beeinflussbar und dynamisch ist: Einerseits ist der Kontext selber sozial bestimmt. So sind beispielsweise die Sozialpolitik und das Bildungssystem die Resultate gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse [7]. Ande-

ABBILDUNG 5

Block 1: Kontext

Kontext
Der Kontext prägt den Aufbau und die Funktionsweise einer Gesellschaft. Er beeinflusst die soziale Lage, die einzelne Personen in der Gesellschaft einnehmen.

rerseits sind auch Rückkoppelungseffekte von der Gesundheit einer Bevölkerung auf den Kontext möglich. So können weit verbreitete Erkrankungen, die epidemieartige Züge aufweisen, den Kontext beeinflussen: Sobald sie eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung erreicht haben, können Erkrankungen wie beispielsweise Rückenschmerzen oder Depressionen zu empfindlichen Produktivitätsausfällen in der Volkswirtschaft und zu einem Engpass an Fachpersonen auf dem Arbeitsmarkt führen [73].

Der **Kontext** umfasst *«im weitesten Sinne alle sozialen und politischen Mechanismen, die soziale Hierarchien generieren, gestalten und aufrechterhalten»* (Solar & Irwin 2010, p. 5) [73]. Dazu gehören Regierungsformen, der Arbeitsmarkt, das Bildungssystem, die Gesundheitspolitik und gesellschaftliche Werte. Im Hinblick auf Gesundheit und gesundheitliche Ungerechtigkeit sind insbesondere auch die Sozialpolitik und der Wohlfahrtsstaat sowie seine Umverteilungspolitik (oder das Fehlen solcher Massnahmen) bedeutsam [73].

6.3 Soziale Lage (zweiter Block)

Dreh- und Angelpunkt im Modell – und damit der Schlüssel zur Erklärung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit – ist die soziale Lage eines Individuums [7, 32].

ABBILDUNG 6

Block 2: Soziale Lage von Individuen

Soziale Lage von Individuen
Zuteilung einer gesellschaftlichen Position aufgrund von **finanziellen Ressourcen, politischer Macht, sozialer Anerkennung (Prestige) und Diskriminierung,** die mit vertikalen und horizontalen Merkmalen einhergeht.

Vertikale Merkmale	Horizontale Merkmale
• Bildung	• Geschlecht
• Beruf	• Migrationshintergrund
• Einkommen	• Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität
• Vermögen	
• Soziale Herkunft	

Die soziale Lage ist bestimmt von vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmalen

Soziale Lagen ergeben sich aus dem gesellschaftlichen Kontext. Je nachdem, wie die Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik oder die gesellschaftlichen Normen ausgeprägt sind, verfügen Menschen über ein unterschiedliches Mass an ökonomischen Ressourcen, politischer Macht und sozialer Anerkennung. Wer über mehr ökonomische Ressourcen, politische Macht und soziale Anerkennung verfügt, der weist eine höhere soziale Lage auf [73]. Im vorangehenden Kapitel wurde dies am Beispiel der Diskriminierung von Mitgliedern der LGBTI-Gemeinschaft und der geschlechtsspezifischen Lohnunterschiede illustriert.
Die Ausstattung mit Ressourcen, Macht und Anerkennung hängt entscheidend von den in Kapitel 3.1 diskutierten, ungleichheitsrelevanten Merkmalen ab [6, 73]. Auf der vertikalen Ebene gehören das Einkommen und das Vermögen, die Bildung und der Berufsstatus zu den wichtigsten Merkmalen, die ausschlaggebend sind für die soziale Lage. Auf der horizontalen Ebene sind es das Geschlecht, ein allfälliger Migrationshintergrund sowie die sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität[16].
Weil sich die genannten Merkmale häufig überschneiden – eine Person ist beispielsweise nicht nur «Mann», sondern auch gut oder schlecht gebildet, reich oder arm, homosexuell oder heterosexuell (siehe Kapitel 7) –, bestimmt sich die soziale Lage anhand einer Kombination vertikaler und horizontaler Ungleichheitsmerkmale.

Die soziale Lage prägt gesundheitliche Ressourcen und Belastungen – und kann umgekehrt auch von der Gesundheit geprägt sein

Der zentrale Stellenwert der sozialen Lage ist darin begründet, dass sie für das Ausmass der gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen einer Person entscheidend ist [73]. Gemeinhin weisen sozial benachteiligte Menschen gleichzeitig ein erhöhtes Ausmass an Belastungen und ein Defizit an Ressourcen auf. Diese Belastungen und Ressourcen wirken sich konkret und entscheidend auf die Gesundheit einer Person aus (siehe Kapitel 6.4).
Erkrankungen und Einschränkungen können sich umgekehrt auch auf die soziale Lage einer Person auswirken (siehe Kapitel 5.2). Beispielsweise er-

16 Es zeigt sich zudem, dass die soziale Lage häufig von den Eltern übernommen wird [7]. Im Hinblick auf gesundheitliche Ungerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen ist deshalb deren soziale Herkunft (Bildung und Einkommen der Eltern) zu beachten.

schweren psychische Erkrankungen nach wie vor oft den Verbleib im oder die Reintegration in den Arbeitsmarkt. Zudem können bestimmte Erkrankungen (wie HIV/AIDS) und Behinderungen zu einer Stigmatisierung und einer Diskriminierung führen, die ebenfalls auf die soziale Lage von Betroffenen negativ einwirken.

Die **«soziale Lage»** – früher auch soziale Position genannt – bezieht sich auf die Position, die ein Mensch in der Gesellschaft einnimmt. Das heisst, die soziale Lage drückt aus, ob eine Person im Vergleich zu anderen Mitgliedern der Gesellschaft benachteiligt oder privilegiert ist [7, 8].

6.4 Vermittelnde Faktoren (dritter Block)

Die ersten beiden Blöcke des Modells erklären, wie Personen in der Gesellschaft verortet werden bzw. wie soziale Ungleichheit entsteht. Der dritte Block der vermittelnden Faktoren konkretisiert, wie sich die soziale Lage bzw. soziale Ungleichheit auf die Gesundheit auswirkt.

Was sind vermittelnde Faktoren?

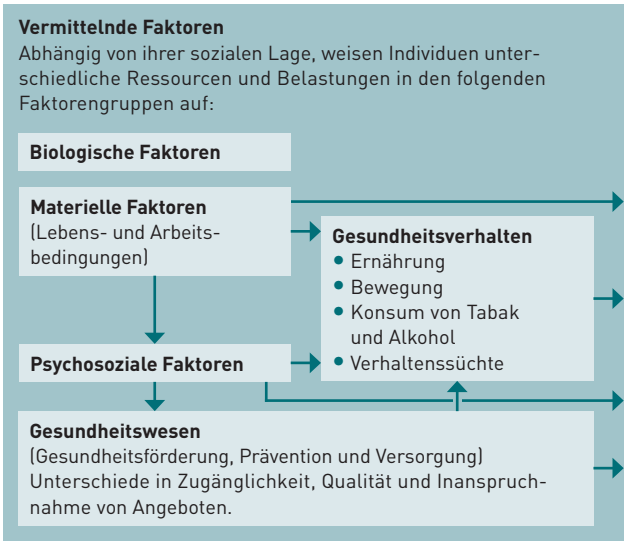
Mit der sozialen Lage sind so vielfältige Einflüsse auf die Gesundheit verbunden, dass es schwierig ist, sie alle im Einzelnen zu untersuchen. Im Wesentlichen geht es aber um die folgenden Faktorengruppen, anhand derer gesundheitliche Ungerechtigkeit heute gemeinhin erklärt wird[17] [5, 8, 31, 73]:

- **Materielle bzw. strukturelle Faktoren:** Dazu gehören insbesondere die finanziellen Ressourcen bzw. der finanzielle Spielraum, die Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Einflüsse der natürlichen Umwelt (wie Lärmemissionen, Luftverschmutzung oder der Zugang zu Erholungsgebieten).
- **Psychosoziale Faktoren:** Damit sind unterschiedliche Ressourcen und Belastungen auf der psychischen und der sozialen Ebene gemeint. Dazu gehören kritische Lebensereignisse, das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung, der selbstwahrgenommene soziale Status und der Stress aufgrund von Alltagsbelastungen und Diskriminierung. Auch Wissen und Kompetenzen, die individuelle Resilienz sowie interne Ressourcen wie Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus sind wesentliche psychosoziale Faktoren.
- **Soziokulturell-verhaltensbezogene Faktoren:** Dazu gehören das Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Ernährungs- und Bewegungsmuster, Tabak- und Alkoholkonsum und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Krebs-Screenings). Diese sind soziokulturell geprägt.

Die vermittelnden Faktoren entsprechen im Wesentlichen den sozialen Gesundheitsdeterminanten (siehe Kapitel 5.1). Entsprechend werden die **Begriffe «vermittelnde Faktoren» und «soziale Gesundheitsdeterminanten»** in diesem Bericht **synonym verwendet** [vgl. 73].

ABBILDUNG 7

Block 3: Vermittelnde Faktoren



17 Der Vorteil des Modells liegt in der Illustration eines komplexen Sachverhalts – gleichzeitig handelt es sich dabei um eine (notwendige) Vereinfachung. Das Ziel des Modells ist es, sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit zu erklären. Weil die materiell-strukturellen Verhältnisse dabei besonders wichtig sind, wird die strukturelle Prägung von Gesundheit ins Zentrum gestellt. Biologische und ökologische Faktoren werden hingegen weitgehend ausgeklammert [vgl. 6].

Das **Gesundheitssystem** wird als separate Determinante betrachtet [73] und umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Gesundheitsversorgung. Im Zentrum stehen dabei Unterschiede im *Zugang,* in der *Qualität der Angebote* und der *Inanspruchnahme* der Leistungen des Gesundheitssystems [32, 88, 89].

Diese Faktorengruppen existieren nicht losgelöst voneinander, sondern stehen in Wechselwirkung zueinander. So sind beispielsweise die psychosozialen Faktoren in der Regel eng mit den Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen einer Person verbunden.

Mithilfe der genannten Faktoren lässt sich ein Grossteil der gesundheitlichen Ungerechtigkeit erklären. Es sind jedoch, so das Fazit aus einem Meta-Review [31], insbesondere Unterschiede in den materiell-strukturellen Faktoren, die gesundheitliche Ungerechtigkeit erklären. Grund dafür ist, dass materielle und strukturelle Faktoren die Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt beeinflussen. Denn psychosoziale Faktoren wie Alltagsbelastungen, aber auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind massgeblich durch die Lebensbedingungen geprägt. Den materiellen Faktoren kommt in der Analyse und der Prävention von gesundheitlicher Ungerechtigkeit daher ein besonderer Stellenwert zu. Im Modell werden folglich die verhaltensbezogenen Faktoren den materiell-strukturellen und den psychosozialen Faktoren nachgelagert dargestellt.

Wie genau wirken vermittelnde Faktoren auf die Gesundheit ein?

Sozial benachteiligte Menschen weisen in der Regel ein erhöhtes Ausmass an Belastungen und gleichzeitig ein Defizit an Ressourcen in den genannten Faktorengruppen auf. Diese negative Bilanz ist entscheidend für die Gesundheit, weil sich diese aus dem Verhältnis von Belastungen und Ressourcen ergibt [vgl. 52]: Liegen über längere Zeit mehr Belastungen als Ressourcen vor, steigt das Krankheitsrisiko. Verfügt eine Person hingegen über die notwendigen Ressourcen, um Belastungen auszugleichen, wird die Gesundheit geschützt oder gefördert [vgl. 52].

Es sind folglich die vermittelnden Faktoren, die sich direkt in sozial bedingten Unterschieden bezüglich Krankheit und Sterblichkeit niederschlagen [8, 18, 32, 36, 38, 73]. Wie aber wirken sich diese vermittelnden Faktoren konkret auf die Gesundheit – bzw. auf die Verteilung von Belastungen und Ressourcen – aus? Im Folgenden werden einige *Wirkungsketten* illustriert, die empirisch gut belegt sind [vgl. 23, 38, 88].

Auf Ebene der **materiell-strukturellen Faktoren** führen unter anderem finanzielle Armut und prekäre Arbeitsbedingungen nachweislich zu erhöhten gesundheitlichen Belastungen. *Finanzielle Armut* wirkt sich auf verschiedene Weise negativ auf die Gesundheit aus: So lässt sich beispielsweise die tendenziell stärkere Prävalenz von Übergewicht bei sozial Benachteiligten unter anderem auf ökonomische Hürden zurückführen. Denn gesunde und ausgewogene Nahrungsmittel sind häufig mit höheren Kosten verbunden als energiedichte und ungesunde Lebensmittel [6]. Auch *prekäre Arbeitsbedingungen* können das Risiko für psychische und physische Erkrankungen erhöhen. Von prekären Arbeitsbedingungen spricht man unter anderem bei körperlich schwerer Arbeit, lärm- und abgasbelasteten Tätigkeiten, eintönigen Aufgaben, geringen Möglichkeiten des Mitentscheidens und Mitgestaltens sowie bei hoher Verausgabung ohne angemessene Entlohnung (in Form von Geld, Aufstiegschancen oder Arbeitsplatzsicherheit) [23, 79].

Belastungen auf der **psychosozialen Ebene** sind häufig mit den Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen einer Person verbunden [6]. Insbesondere die Erfahrung von chronischem Stress ist dabei gut untersucht. Der Zusammenhang von *Stress* und sozialer Benachteiligung wird mithilfe von zwei sich ergänzenden Hypothesen erklärt [6, 23]:

- Einerseits wird angenommen, dass die Anzahl und Intensität von Belastungen grösser ist bei Menschen in einer tiefen sozialen Lage (Hypothese der ungleichen Exposition). Zu denken ist dabei an finanzielle Sorgen, Einschränkung von Freizeitaktivitäten und sozialen Beziehungen aufgrund finanzieller Probleme, Lärm und Luftverschmutzung, Angst vor Arbeitsplatzverlust usw.
- Andererseits wird angenommen, dass sozial benachteiligte Personen vor allem weniger Möglichkeiten im Umgang mit Belastungen haben als privilegierte (Hypothese der ungleichen Vulnerabilität). Damit sind unzureichende Ressourcen wie Coping-Strategien und Einflussmöglichkeiten angesprochen. Selbst bei gleicher Stressbelastung sind in tieferen sozialen Lagen folglich mehr gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erwarten.

Aus diesem ungünstigen Verhältnis – mehr Belastungen, weniger Ressourcen – folgt, dass Menschen in einer tiefen sozialen Lage oft stärker von Stress belastet sind als privilegierte Personen. Stressbedingte Verhaltensweisen und Erkrankungen sind in

sozial schwächeren Gruppen entsprechend weiter verbreitet [6, 77]. Neben einem tiefen sozioökonomischen Status können auch Diskriminierung und Stigmatisierung zu chronischem Stress und einer schlechteren Gesundheit führen. Dies zeigt sich beispielsweise bei Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität [45, 46] sowie bei Rassismus [41].

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind ebenfalls *«als Reaktion auf [ein] soziales, kulturelles und wirtschaftliches Umfeld zu verstehen»* (Remund 2018) [78]. Dafür sprechen unter anderem die beiden folgenden Gründe: Erstens sind Handlungsspielräume und Entscheidungen abhängig von den materiell-strukturellen Möglichkeiten, die eine Person aufgrund ihrer sozialen Lage hat [6, 90]. Beispielsweise haben einkommensschwache Personen weniger Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf Wohnbedingungen, Freizeitaktivitäten und Lebensmittel als gutverdienende Personen. Zweitens werden Verhaltensweisen in einem sozialen Milieu erlernt und sie sind Ausdruck von sozialen Rollenerwartungen [6]. Beispielsweise werden Bewegungs- und Ernährungsmuster im Elternhaus vorgespurt oder in Peergroups ausprobiert. Auf diese Weise bilden äussere Lebensbedingungen *«meist lebenslang anhaltende feste Handlungsmuster, die auch als ‹Lebensstil› bezeichnet werden können»* (Mielck 2006, p. 25) [90].

Eine wichtige Ressource ist die **Gesundheitskompetenz,** das heisst die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz befähigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit [291]. Eine gesundheitskompetente Person ist fähig, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu bewerten und in Handeln umzusetzen [292, 293]. Die Gesundheitskompetenz ist nicht gleichmässig über die Bevölkerung verteilt. In der Schweiz ist der Anteil der Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz besonders in folgenden Gruppen erhöht: bei Personen, die in bescheidenen finanziellen Verhältnissen leben; bei Personen mit tiefem Bildungsniveau; in Teilen der Migrationsbevölkerung [84].

Obwohl das **Gesundheitssystem** in der Schweiz – insbesondere im internationalen Vergleich – eine gute Grundversorgung bietet, steht das System nicht allen Menschen in gleichem Ausmass offen. So finden sich sozial bedingte Unterschiede im *Zugang,* in der *Qualität der Angebote* und der *Inanspruchnahme* der Leistungen des Gesundheitssystems [88, 89]. Im Hinblick auf die Qualität des Gesundheitssystems und seiner Massnahmen wird zum Beispiel kritisch eingewendet, dass häufig stigmatisierte Bevölkerungsgruppen wie sexuelle und geschlechtliche Minderheiten (LGBTI) aufgrund von Diskriminierungserfahrungen mit medizinischem und pflegerischem Personal Gesundheitsdienste seltener nutzen [79]. Auch inadäquate Arbeitskonzepte wie binäre Klassifikationssysteme (männlich/weiblich), die der Lebensrealität von Trans- und Intersexuellen nicht gerecht werden, erschweren den Zugang zum Gesundheitssystem. Weiter können fehlende Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Diversität für Teile der Bevölkerung die Qualität und die Inanspruchnahme von Angeboten begrenzen. Gerade für Teile der Migrationsbevölkerung wird zudem auf sprachliche Verständigungsprobleme hingewiesen, die das Auffinden der richtigen Gesundheitsfachperson, die Verständigung und die effektive Umsetzung von Empfehlungen erschweren [91].

6.5 Verteilung von Gesundheit (vierter Block)

Als Ergebnis der drei vorangehenden Blöcke steht nun die gesundheitliche Ungerechtigkeit, die sich empirisch gut nachweisen lässt und die unter anderem die Lebenserwartung, die Häufigkeit nichtüber-

ABBILDUNG 8

Block 4: Verteilung von Gesundheit

Verteilung von Gesundheit
Aus der unterschiedlichen Bilanz von Ressourcen und Belastungen entstehen sozial bedingte Unterschiede bezüglich:

- **Sterblichkeit (Mortalität)**
- **Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität)**
- **Lebensqualität**
- **Wohlbefinden**

tragbarer Erkrankungen (NCDs) und psychischer Erkrankungen, die selbstwahrgenommene Gesundheit und Lebenszufriedenheit, die Lebenserwartung und die Sterblichkeit betrifft (siehe Kapitel 4).

6.6 Praxisrelevante Unterscheidung von zwei Determinanten

Im Modell werden zwei Arten von Determinanten unterschieden: die strukturellen Determinanten und die sozialen Gesundheitsdeterminanten (siehe Abb. 9). Diese Unterscheidung ist ein Kernanliegen der WHO [73] und ausschlaggebend für praktische Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

- Die **strukturellen Determinanten** setzen sich aus dem Kontext (erster Block des Modells) und der sozialen Lage (zweiter Block) zusammen [73]. Sie werden definiert als *«die zugrundeliegenden sozialen Strukturen und Prozesse, die Menschen systematisch unterschiedlichen sozialen Positionen [d. h. sozialen Lagen] zuordnen und die die sozialen Determinanten von Gesundheit in der Gesellschaft ungleich verteilen»*[18] [92]. Die strukturellen Determinanten sind wichtig, weil sie die Verteilung der gesundheitlichen Chancen sozialer Gruppen bestimmen [73].
- Die **sozialen Gesundheitsdeterminanten** wurden im dritten Block des Modells diskutiert und werden auch als intermediäre Determinanten bezeichnet. Sie werden definiert als *«Umstände, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, und die Systeme, die für den Umgang mit Krankheiten eingerichtet sind»* (WHO 2018) [43]. Die sozialen Gesundheitsdeterminanten wirken sich konkret auf die Gesundheit von Menschen aus.

Zusammenfassend wird unterschieden *«zwischen den Mechanismen, die soziale Hierarchien schaffen [also die strukturellen Determinanten], und den alltäglichen Lebensbedingungen, die aus diesen sozialen Hierarchien hervorgehen [also die sozialen Gesundheitsdeterminanten]»*[19] [73]. Die sozialen Determinanten der Gesundheit sind damit den strukturellen Determinanten kausal nachgelagert, das heisst, die strukturellen Determinanten prägen die sozialen Gesundheitsdeterminanten [73].

Unterschiedliche Arten von Determinanten erfordern unterschiedliche Massnahmen

Je nachdem, ob die strukturellen Determinanten oder die sozialen Gesundheitsdeterminanten verändert werden sollen, sind die Gesundheitspolitik und praktische Massnahmen anders zu gestalten [73]:

- Massnahmen im Zusammenhang mit **strukturellen Determinanten** reduzieren die soziale Benachteiligung aufgrund vertikaler und horizontaler Merkmale. Im Fokus stehen strukturelle Faktoren wie zum Beispiel die Verbesserung der Ausbildungschancen für benachteiligte Gruppen, die Reduktion ökonomischer und struktureller Ungleichheiten in der Gesellschaft sowie die Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung.
- Massnahmen im Zusammenhang mit den **sozialen Gesundheitsdeterminanten** versuchen, konkrete Belastungen zu reduzieren und gleichzeitig gesundheitsrelevante Ressourcen zu stärken.

ABBILDUNG 9

Unterscheidung von zwei Arten von Determinanten

18 Originalzitat: *«The underlying social structures and processes that systematically assign people to different social positions and distribute the social determinants of health unequally in society are the social determinants of health inequities»* (VicHealth 2015, p. 6) [92].

19 Originalzitat: *«A key aim of the framework is to highlight the difference between levels of causation, distinguishing between the mechanisms by which social hierarchies are created, and the conditions of daily life which then result»* (Solar & Irwin 2010, p. 4) [73].

Eine nachhaltige Reduktion der gesundheitlichen Ungerechtigkeit bedarf nicht nur Massnahmen zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten, sondern gerade auch zum Kontext (erster Block im Modell) und zum Prozess der gesellschaftlichen Hierarchisierung (zweiter Block) [73].

6.7 Die Lebenslaufperspektive als notwendige Ergänzung

Die im Modell diskutierten Benachteiligungen und Privilegien wirken sich von der Geburt bis zum Ende des Lebens auf die Gesundheit aus (siehe Kapitel 4.1). Erst die Lebenslaufperspektive ermöglicht es daher, die Entstehung und Dynamik von gesundheitlicher Ungerechtigkeit zu verstehen und die Dauer der Belastung nachzuzeichnen [8]. Aus diesem Grund ist die Lebenslaufperspektive eine entscheidende Ergänzung zu den materiell-strukturellen, psychosozialen und verhaltensbedingten Faktorengruppen (Kapitel 6.4). Erst eine kombinierte Analyse vermag gesundheitliche Ungerechtigkeit zu erklären und die Richtung für wirksame Interventionsansätze zu weisen [8].

Die **Lebenslaufperspektive** deckt auf, wie der Gesundheitszustand nicht nur die gegenwärtigen Bedingungen, sondern auch frühere Lebensumstände ab dem Zeitpunkt der Schwangerschaft widerspiegelt [93].

Soziale und gesundheitliche Belastungen vor der Geburt und in frühen Lebensjahren können die Gesundheit im späteren Leben auf drei verschiedene Arten beeinflussen [5, 68, 93]:

- **Latente Effekte:** Belastungen in entscheidenden Entwicklungsphasen können die Gesundheit nachhaltig und teilweise irreversibel beeinträchtigen. Beispielsweise können eine inadäquate vorgeburtliche Betreuung oder gesundheitsschädigende Bedingungen während der Schwangerschaft zu Folgeschäden führen, die sich im Laufe des Lebens manifestieren.
- **Richtungs-/Wegweisende Effekte** *(«Pathway effects»):* Gewohnheiten, die früh im Leben entwickelt werden, können das gesundheitsrelevante Verhalten während des ganzen Lebens prägen. So werden Bewegungsmuster aus der Kindheit und Jugend häufig das ganze Leben lang beibehalten, auch wenn diese im Erwachsenenleben prinzipiell geändert werden könnten.
- **Kumulative Effekte:** Damit ist die Dauer der Belastungen angesprochen. Ist ein Mensch langfristig schädlichen Umwelteinflüssen ausgesetzt oder erlebt eine Person Langzeitarmut, scheinen sich die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit zu kumulieren und zu verschärfen. Ein tiefes Einkommen im Erwachsenenalter scheint beispielsweise negativere Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen zu haben, die in einem einkommensschwachen Elternhaus aufwuchsen, als auf Menschen aus wohlhabenden Familien.

Ungleichheiten in frühen Lebensphasen – das heisst während der Schwangerschaft bis ins Kindes- und Jugendalter – können die Gesundheit also unabhängig von späteren Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten beeinflussen und so gesundheitliche Ungerechtigkeit zwischen sozialen Gruppen verursachen [68].

Das Modell ist folglich aus einer Lebenslaufperspektive zu lesen. Das bedeutet, soziale und gesundheitliche Belastungen in früheren Lebensphasen bzw. im Kindes- und Jugendalter zu beachten und den Blick zu schärfen für die Akkumulation von Belastungen im Lebensverlauf [3, 68]. Die Lebenslaufperspektive verdeutlicht auch, dass die Settings der Gesundheitsförderung und Prävention den Lebensphasen angepasst werden müssen [94]. Schliesslich sensibilisiert die Lebenslaufperspektive für schwierige Übergänge und kritische Lebensereignisse in der Biografie, die ein Gesundheitsrisiko darstellen, wenn sie nicht erfolgreich bewältigt werden können [87].

Die Erkenntnisse aus der Lebenslaufforschung unterstreichen die Bedeutung einer chancengerechten Frühförderung [3, 68]. Diese wiederum schmälert nicht die Rolle, die eine chancengerechte Gesundheitsförderung auch im Erwachsenenalter spielt. Denn wenn die Dauer der Belastung die gesundheitliche Ungerechtigkeit verschärft, dann lohnt es sich auch im Erwerbsalter und nach der Pensionierung, die *«Akkumulation von Phasen der sozialen Benachteiligung»* (Rathmann & Richter 2016, p. 39) [8] zu unterbrechen und neue, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten anzustossen [3, 68].

Teil 2: Analyse der Ursachen

7 Exkurs: Überschneidung von Benachteiligungen

Was im Erklärungsmodell (Kapitel 6) in einer logischen Abfolge dargestellt wird, ist in der Realität komplex und unübersichtlich. Es zeigt sich insbesondere, dass die Effekte eines ungleichheitsrelevanten Merkmals nicht alle konsequent in eine Richtung zeigen [36]. Beispielsweise sind die Auswirkungen des Merkmals «tiefes Einkommen» auf Belastungen und Ressourcen nicht eindeutig und können bei Menschen durchaus unterschiedlich ausfallen. Entscheidend für die Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit ist die Überschneidung von mehreren ungleichheitsrelevanten Merkmalen, die sich so gegenseitig verschärfen oder aber auch abschwächen können [32, 36].

Ein Ansatz, um über Identität und soziale Lagen nachzudenken

Um diese Wechselwirkungen zwischen Merkmalen zu verstehen, werden neue Denkansätze gefordert [95]. Ein solcher Denkansatz findet sich in der *Intersektionalität.* Dieser Ansatz geht von der Grundannahme aus, dass sich die Identität eines Menschen nie nur an einem Merkmal festmachen lässt: Eine Person ist beispielsweise nicht nur «Frau», sondern auch gutgebildet oder ungelernt, wohlhabend oder arm, homo- oder heterosexuell, in der Schweiz oder im Ausland geboren, religiös oder konfessionslos usw.

Genauso wie sich die Identität einer Person nicht auf eine Eigenschaft reduzieren lässt, ist auch ihre soziale Lage mehr als einem Merkmal geschuldet. Überschneiden sich Merkmale, die zu sozialer Ungleichheit führen, dann verschärft sich in der Regel die gesellschaftliche Benachteiligung[20]. Dies zeigt sich beispielsweise an der Lebenssituation von schwarzen Frauen, die gleichzeitig von Rassismus und Sexismus betroffen sind und dadurch unter anderem im Arbeitsmarkt grösseren Herausforderungen gegenüberstehen als weisse Frauen und schwarze Männer [96].

Ungleichheitsrelevante Merkmale kumulieren sich und sind in ihrem Gesamtbild zu betrachten

In der Realität lassen sich also vertikale Merkmale (Bildungshintergrund, Einkommen, Vermögen und Berufsstatus) und horizontale Merkmale (Geschlecht, ein allfälliger Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität usw.) häufig nicht voneinander abkoppeln [8][21]. Aus der Perspektive der Intersektionalität werden soziale Ungleichheiten und Diskriminierungen (aufgrund von Bildung, Einkommen, Geschlecht, Migrationshintergrund, usw.) deshalb nicht losgelöst voneinander, sondern in ihrem Zusammenspiel und als Gesamtbild betrachtet [4, 17]. Dabei ist es so, dass eine Ungleichheit und eine Diskriminierung häufig eine weitere nach sich ziehen und zu einer Konzentration von sozialer Benachteiligung in einer Person führen [74, 97]. Dazu ein Beispiel: Eine tiefe Bildung wirkt sich in der Regel negativ auf das Einkommen aus; ein tiefes Einkommen geht häufig mit ungünstigen Wohnbedingungen einher [98].

20 Die Überschneidung von Ungleichheitsmerkmalen kann nicht nur zu einer Kumulation, sondern auch zu einer Kompensation von Benachteiligung führen [36, 95]. Dies lässt sich am Beispiel einer jungen deutschen Professorin in der Schweiz illustrieren: Sie weist die Merkmale «Frau» und «Migrantin» auf, die ihre soziale Lage potenziell negativ beeinflussen können. Gleichzeitig verfügt sie mit ihrer guten Bildung, ihrem hohen Einkommen und ihrem jungen Lebensalter aber auch über Merkmale, die ihre soziale Lage positiv beeinflussen und so die negativen Effekte des Geschlechts und des Migrationshintergrunds teilweise kompensieren können [36]. Eine wirkliche Neutralisierung der Benachteiligung aufgrund eines Merkmals ist jedoch trotz Privilegierung durch andere Merkmale oft nicht möglich [103].

21 Siehe Kapitel 3.1 für eine Diskussion von vertikalen und horizontalen Ungleichheiten.

Erhöhtes Risiko für Krankheit und Sterblichkeit aufgrund der Überschneidung von Benachteiligung

Diese Überschneidung von ungleichheitsrelevanten Merkmalen entscheidet über Ressourcen, Macht und Möglichkeiten sowie Anerkennung einer Person (zweiter Block im Erklärungsmodell). In der Folge prägen diese Überschneidungen auch die Belastungen und Ressourcen, die eine Person im Alltag erlebt (dritter Block im Erklärungsmodell). Das Zusammenfallen verschiedener Ungleichheitsmerkmale in einer Person entfaltet kumulative Effekte und führt so zu einer besonderen gesundheitlichen Vulnerabilität: Je mehr ungleichheitsrelevante Merkmale in einer Person vereint sind, desto stärker kumulieren sich ihre gesundheitlichen Belastungen und desto geringer sind in der Regel ihre Ressourcen [68, 74, 97].

Teil 3: Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen

«Die Politik ist nichts weiter als Medizin im Grossen.»[22]

Rudolph Carl Virchow, deutscher Pathologe (1821–1902)

Aufbauend auf den theoretischen Erläuterungen lassen sich in diesem dritten Teil des Berichts verschiedene Empfehlungen und Grundsätze für die Praxis formulieren:

- In einem ersten Schritt werden ausgewählte **internationale und nationale Gesundheitsstrategien auf ihre Aussagen zur Chancengleichheit hin überprüft.** Dies dient einerseits der Legitimation einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention, andererseits lassen sich so Grundüberzeugungen und operative Leitlinien für konkrete Massnahmen entwickeln **(Kapitel 8).**
- Zur Entwicklung der Massnahmen gehört es auch, prioritäre Zielgruppen von Projekten und Programmen zu definieren. Aus diesem Grund werden in einem nächsten Schritt Grundsätze und Anregungen für die **Definition von Zielgruppen** einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention formuliert **(Kapitel 9).**
- Abschliessend werden **evidenzbasierte Ansätze und Erfolgskriterien von Massnahmen** vorgestellt, die nachweislich zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Damit wird konkret aufgezeigt, was in der Praxis getan werden kann, um die Gesundheit von sozial benachteiligten Zielgruppen zu fördern **(Kapitel 10).**

22 Der Armenarzt. Aus: Die medicinische Reform. Nr. 18, 3.11.1848. S. 125

Teil 3: Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen

8 Gesundheitspolitische Einbettung der Massnahmen

Gesundheitliche Ungerechtigkeit ist empirisch so deutlich belegt, dass sich heutige Gesundheitsstrategien durchgehend, wenn auch nicht immer gleich ausführlich, zum Thema Chancengleichheit äussern. In diesem Kapitel soll die Verankerung der gesundheitlichen Chancengleichheit in relevanten Strategien und Dokumenten zusammengefasst werden. Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund:

- Wie werden Aspekte der gesundheitlichen Chancengleichheit und gesellschaftlichen Diversität in Gesundheitsstrategien aufgenommen?
- Welche Kernaussagen zu Diversität und Chancengleichheit beinhalten diese Strategien?
- Welche Handlungsgrundsätze werden formuliert, welche Handlungsfelder definiert?

Dadurch wird einerseits ersichtlich, welche Grundsätze und Empfehlungen zur Chancengleichheit heute in der internationalen und nationalen Gesundheitspolitik propagiert werden. Dies gibt erste Anhaltspunkte, wie Massnahmen zu gestalten und umzusetzen sind. Andererseits lassen sich chancengerechte Massnahmen so in gesundheitspolitische Strategien einbetten und legitimieren.

8.1 Globale Strategien und Grundlagen der WHO

Im Laufe der letzten 70 Jahre sind Aspekte der Diversität und Chancengleichheit in zahlreiche internationale Gesundheitsstrategien eingeflossen. Werden diese Grundlagen in chronologischer Reihenfolge gelesen (d. h. zeitlich geordnet von 1950 bis heute), so offenbaren sich ein roter Faden und eine kontinuierliche Konkretisierung der Debatte: Die frühen Dokumente beginnen bei normativen Prämissen, spätere Dokumente ergänzen konzeptionelle Grundlagen, Argumente für mehr gesundheitliche Chancengleichheit und operative Empfehlungen.
Im Folgenden werden Kernaussagen aus diesen Grundlagen vorgestellt. Dabei wird in Klammer angegeben, welche gesundheitspolitische Strategie die jeweilige Aussage zum ersten Mal explizit formulierte. Spätere Grundlagen wiederholen und bekräftigen in der Regel die Kernaussagen der vorangehenden Dokumente.
Bei der Auswahl der diskutierten Strategien und Grundlagendokumente wurde darauf geachtet, dass diese a) für die Schweiz relevant sind und sich beispielsweise nicht explizit auf sogenannte «Entwicklungsländer» beziehen und b) unabhängig von soziodemografischen Merkmalen formuliert wurden und beispielsweise keinen exklusiven Fokus auf bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Flüchtlinge legen.

Gesundheitspolitische Überzeugungen und Ziele

Auf strategischer Ebene wurden über die letzten 70 Jahre folgende Grundüberzeugungen und Ziele zur gesundheitlichen Chancengleichheit formuliert:

- **Grundrecht:** Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen *(WHO-Verfassung 1948)*.
- **Soziale Gerechtigkeit:** Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein Menschenrecht und eine Frage der sozialen Gerechtigkeit *(Erklärung von Alma-Ata 1978)*.
- **Gemeinsame Verantwortung:** Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit sind nicht ausschliesslich Privatsache – sowohl Einzelpersonen als auch Regierungen und gesamte Gesellschaften sind verantwortlich dafür, dass alle Menschen eine möglichst gute Gesundheit erreichen können *(WHO-Verfassung 1948)*.
- **Gesamtgesellschaftliche Relevanz:** Gesundheitliche Chancengleichheit ist nicht nur ein ethisch-normatives Gebot, sondern auch entscheidend für die soziale Entwicklung und das Wirtschaftswachstum und damit in gesamtgesellschaftlicher Hinsicht höchst bedeutsam *(WHO-Strategie Health for All 1981)*.

- **Anwaltschaft für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit:** Analog zu betriebswirtschaftlichen Interessengruppen, benötigen die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit eine dauerhafte Interessensvertretung, die auf den Prinzipien der Menschenrechte und Solidarität fusst. Insbesondere der Gesundheitssektor, aber auch andere Politikbereiche sind aufgerufen, sich am Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit auszurichten *(WHO Bangkok-Charta 2005)*.

Operative Schwerpunkte und Leitlinien

Mit Blick auf die Umsetzung konkreter Massnahmen, wurden im Laufe der letzten 70 Jahre die folgenden Handlungsschwerpunkte und Leitlinien formuliert sowie kontinuierlich bekräftigt:

- **Stärkung eines chancengerechten Gesundheitswesens:** Ein chancengerechtes Gesundheitswesen (bestehend aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention) ist ein wichtiger Schlüssel zur Verwirklichung einer guten Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit *(Erklärung von Alma-Ata 1978).* Insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention sind dabei durch zusätzliche Investitionen zu stärken *(WHO Ottawa-Charta 1986)*.
- **Öffnung des Gesundheitswesens:** Um den Bedürfnissen einer heterogenen Bevölkerung gerecht zu werden, ist es wichtig, dass Angebote und Massnahmen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention für alle Mitglieder der Gesellschaft in gleichem Mass offenstehen sowie auf deren Herausforderungen und Bedürfnisse zugeschnitten sind *(WHO Ottawa-Charta 1986)*.
- **Soziale Gesundheitsdeterminanten als Schlüssel:** Die Gesundheit hängt in entscheidendem Masse von den äusseren Bedingungen ab, in denen Menschen leben. Aus diesem Grund kommt der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen eine vorrangige Bedeutung zu *(WHO Ottawa-Charta 1986)*.
- **Strukturelle Determinanten:** Die strukturellen Ursachen der sozialen Gesundheitsdeterminanten sind so zu gestalten, dass möglichst wenig soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft entsteht. Dabei geht es insbesondere um die ungleiche Verteilung von Mitsprachemöglichkeiten, von Geld und sozialer Anerkennung. Dazu gehören beispielsweise Massnahmen zur Gleichstellung der Geschlechter oder gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung der Migrationsbevölkerung oder der LGBTI-Community *(WHO «Closing the gap in a generation» 2008).* Gefordert werden dabei explizit auch eine gezielte Regulierung und Gesetzgebung zum Schutz der Gesundheit und zur Erhöhung der Chancengleichheit für Gesundheit und Wohlbefinden aller Menschen *(WHO Bangkok-Charta 2005)*.
- **Empowerment und Gesundheitskompetenz:** Damit Menschen mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt ausüben können, sind deren selbstbestimmte Handlungsfähigkeit generell und insbesondere in gesundheitlicher Hinsicht zu stärken. Im Zentrum stehen dabei die Gesundheitskompetenz und Selbstmanagementfähigkeiten *(WHO Ottawa-Charta 1986)*.
- **Widerstandsfähige Gemeinschaften und soziale Kohäsion:** Nicht nur individuelle Kompetenzen gilt es zu fördern, sondern auch kollektive Stärken und die Widerstandskraft von Gemeinschaften. Dazu gehören insbesondere die soziale Inklusion und Kohäsion sowie ein Gefühl der Zugehörigkeit *(WHO Jakarta-Erklärung 1997)*.
- **Partizipation:** Einzelne Gemeinschaften und die gesamte Zivilgesellschaft spielen eine entscheidende Rolle in einer bedürfnisgerechten und wirksamen Gesundheitsförderung und Prävention. Aus diesem Grund ist die Zivilgesellschaft aktiv an allen Phasen von Programmen und Projekten teilhaben zu lassen – von der Konzeption und Planung über die Umsetzung bis hin zur Evaluation *(WHO-Verfassung 1948)*.
- **Multisektorales Vorgehen:** Um gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen, reichen Massnahmen in der Gesundheitspolitik alleine nicht aus. Auch soziale und ökonomische Politikbereiche – wie Bildung, Arbeitsmarkt und Raumplanung – tragen entscheidend dazu bei, dass alle Menschen über die Möglichkeiten verfügen, ihr gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen *(Erklärung von Alma-Ata 1978)*.
- ***«Health in All Policies»:*** Im Anschluss an das multisektorale Vorgehen sind alle Politiksektoren aufgerufen, Gesundheitsüberlegungen in ihre Arbeit zu integrieren und gesundheitliche Konsequenzen von Entscheidungen abzuschätzen *(WHO Ottawa-Charta 1986)*.

- **Arbeitgeber als Schlüsselakteure:** Neben Regierungen und Entscheidungsträgern sowie Gemeinschaften und Zivilgesellschaft sind auch Firmen und private Arbeitgeber weitere Schlüsselakteure einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention, da die Arbeitsbedingungen direkte Auswirkungen auf die Gesundheit haben *(WHO Bangkok-Charta 2005)*.
- **Sensibilisierung, Information und Weiterbildung:** Dazu gehört, dass die Öffentlichkeit, Entscheidungsträger und Gesundheitsfachleute für sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit sensibilisiert werden und konkrete Praxisempfehlungen vermittelt werden – sowohl im Hinblick auf die Durchführung von Massnahmen als auch auf die Gestaltung von politischen Entscheiden und Strategien *(WHO-Bericht «Closing the gap in a generation» 2008)*.
- **Lebenslaufperspektive:** Gesundheitliche Ungerechtigkeit wird geprägt von frühen Lebensbedingungen und der Dauer der gesundheitlichen Belastung. Entsprechend sind Ziele und Massnahmen einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention unter einer Lebenslaufperspektive zu definieren und umzusetzen *(WHO Gesundheit2020 2012)*.
- **Bevölkerungsnahe Gesundheitssysteme:** Die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sind niederschwellig zu gestalten und an den konkreten Lebensverhältnissen auszurichten; Patientinnen und Patienten sind als Ressourcen und Partnerinnen und Partner anzuerkennen und aktiv in ihre Behandlung miteinzubeziehen *(WHO Gesundheit2020 2012)*.
- **Proportionaler Universalismus:** Die Definition von prioritären Zielgruppen orientiert sich daran, wer gesundheitlich am stärksten belastet ist und von den Angeboten des Gesundheitswesens bislang am wenigsten profitiert. Angebote stehen also grundsätzlich der gesamten Bevölkerung offen, allerdings sollte die Intensität der Massnahmen dem Grad der Benachteiligung der einzelnen Bevölkerungsgruppen entsprechen *(WHO Weltgesundheitserklärung 1998)*.
- **Mehr Investitionen:** Um nachhaltige Aktivitäten und Wirkungen zu erzielen sowie die Kapazitäten und die Qualität des Gesundheitswesens zu erhöhen, werden zusätzliche Investitionen in Politik, Massnahmen und Infrastrukturen gefordert *(WHO Bangkok-Charta 2005)*.
- **Monitoring und Evaluation:** Um die Ausprägung und Entwicklung gesundheitlicher Ungerechtigkeit besser zu verstehen, ist der Auf- und Ausbau von Monitoringsystemen unabdingbar. Um wirksame Massnahmen zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu identifizieren und zu multiplizieren, sind zusätzliche Anstrengungen im Bereich der Evaluation nötig *(WHO-Strategie Health for All 1981)*.
- **Rechenschaft:** Eng mit dem Monitoring und der Evaluation verbunden ist die Forderung, die Gesundheitspolitik an klareren Ergebnissen und Zielen zu messen und damit die Rechenschaft für die Zielerreichung zu erhöhen *(WHO Europa, Gesundheit 21 1998)*.

8.2 Schweizer Strategien und Grundlagen im Gesundheitsbereich

Analog zu den globalen Strategien wird auch für die Schweiz keine abschliessende Auflistung der relevanten Grundlagen angestrebt. Der Fokus liegt stattdessen ausschliesslich auf gesundheitspolitischen Dokumenten, die a) schweizweite Gültigkeit haben und b) sich allgemein zu den Themen Diversität und Chancengleichheit äussern. Das bedeutet, dass sowohl kantonale Grundlagen ausgeklammert werden als auch Strategien, die sich der Chancengleichheit einer bestimmten Bevölkerungsgruppe widmen (z. B. der Migrationsbevölkerung oder Frauen[23]).
Im Gegensatz zur globalen Ebene werden die Schweizer Strategien und Grundlagen einzeln vorgestellt und ihre Aussagen zur gesundheitlichen Chancengleichheit zusammengefasst.

23 Aus diesem Grund wird beispielsweise die Schweizerische Integrationspolitik als Grundlage für Aktivitäten im Migrationsbereich (https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/berichte/integration.html; aufgerufen am 20.06.2019) ebenso ausgeklammert wie das Nationale Programm Migration und Gesundheit 2002–2017 (https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html; aufgerufen am 20.06.2019).

8.2.1 Schweizerische Bundesverfassung

Die grundlegendsten Ausführungen zur Chancengleichheit in der Schweiz finden sich in der Bundesverfassung. In Artikel 2 wird im zweiten Abschnitt festgehalten, dass die Schweizerische Eidgenossenschaft die *«gemeinsame Wohlfahrt, die nachhaltige Entwicklung, den inneren Zusammenhalt und die kulturelle Vielfalt des Landes [fördert]»;* im dritten Abschnitt wird festgehalten, dass die Schweizerische Eidgenossenschaft dabei *«für eine möglichst grosse Chancengleichheit unter den Bürgerinnen und Bürgern [sorgt]».* Diese Aufgabe, für möglichst gleiche Chancen in der Bevölkerung zu sorgen, erstreckt sich auf alle Bereiche der Gesellschaft, also auch auf den Gesundheitsbereich. Die Bundesverfassung bildet damit den rechtlichen Rahmen, aus dem sich das **Ziel der gleichen gesundheitlichen Chancen für alle Mitglieder der Gesellschaft** ableiten lässt (vgl. Kapitel 3.4).

8.2.2 Strategien Gesundheit2020 und Gesundheit2030

Die Strategie Gesundheit2020[24] widerspiegelt die aktuellen gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Dank dieser Strategie soll das Schweizer Gesundheitssystem auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen ausgerichtet werden. Gesundheit2020 legt zu diesem Zweck vier übergeordnete Handlungsfelder fest:

1. Lebensqualität sichern
2. Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken
3. Versorgungsqualität sichern und erhöhen
4. Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren

Die gesundheitliche Chancengleichheit erscheint damit prominent auf der gesundheitspolitischen Agenda, das heisst, auch in der Schweiz sind die *«Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und ein chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung zentrale Leitbegriffe für das Handeln in der öffentlichen Gesundheit»* (BAG 2018, p. 1) [99].

Gesundheit2020 sieht vor, dass Massnahmen in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Suchterkrankungen und psychische Gesundheit umgesetzt werden [1]. Die in den folgenden Kapiteln diskutierten Strategien und Grundlagendokumente widmen sich spezifisch diesen drei Bereichen.

Auch in der neuen gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates Gesundheit2030 ist Chancengleichheit als Leitprinzip präsent. Als Vision ist formuliert, dass die Menschen in der Schweiz unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrem sozioökonomischen Status in einem gesundheitsförderlichen Umfeld leben. Anders als Gesundheit2020 fokussiert die neue Strategie unter anderem auf ausgewählte Gesundheitsdeterminanten (Umwelt und Arbeit) mit dem Ziel, die Chancen auf ein Leben in Gesundheit zu erhöhen.

8.2.3 NCD-Strategie und Massnahmenplan 2017–2024

Die gesundheitliche Chancengleichheit ist bereits in der Vision der NCD-Strategie[25] prominent und explizit verankert: *«Die Menschen werden unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status befähigt, einen gesunden Lebensstil in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu pflegen»* (BAG & GDK 2016, p. 4) [51]. Ausserdem ist es ein spezifisches Ziel der NCD-Strategie, die Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern (spezifisches Ziel 4).

Im Massnahmenplan zur NCD-Strategie erscheint die gesundheitliche Chancengleichheit prominent als eines von vier Fokusthemen. Das heisst, dass das *«Prinzip der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei der Planung und der Umsetzung sämtlicher Massnahmen in allen drei Massnahmenbereichen der NCD-Strategie berücksichtigt werden soll und relevant für alle Lebensphasen ist»* (BAG; GDK; GFCH 2016, p. 16) [39].

Ein wesentliches Element ist dabei das Gesundheitswesen, das an den Bedürfnissen der Menschen in der Schweiz ausgerichtet, für alle zugänglich sein und qualitativ hochstehende Leistungen anbieten soll **(Öffnung des Gesundheitswesens)** [39]. Während sich die Leistungen des Gesundheitswesens grundsätzlich an alle Personen in der Schweiz richten sollen, wird die Gesundheit von benachteiligten

24 Hier zu finden: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html (aufgerufen am 20.06.2019).

25 Hier zu finden: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html (aufgerufen am 20.06.2019).

Gruppen, wenn notwendig, mit spezifischen Massnahmen gefördert **(proportionaler Universalismus).** Dazu sollen zielgruppenspezifische, niederschwellige Angebote und Informationen für Menschen in vulnerablen Situationen entwickelt werden, die ihren spezifischen Bedürfnissen Rechnung tragen (Handlungsfeld 6 der Strategie, Massnahme D.2 des Massnahmenplans) [39, 51].

Im Anschluss an Gesundheit2020 werden die **Mitverantwortung von Individuen für ihre Gesundheit** und ihre **individuelle Gesundheitskompetenz** auch in der NCD-Strategie betont (Handlungsfeld 1 und spezifisches Ziel 2 der Strategie). Bereits in ihrer Vision betont die Strategie aber ebenfalls die Notwendigkeit, ein gesundheitsförderliches Umfeld zu schaffen (**soziale Gesundheitsdeterminanten,** Handlungsfelder 1 und 7 sowie spezifisches Ziel 3 der Strategie, Massnahme E des Massnahmenplans). Denn, so wird postuliert, *«gerade Menschen in vulnerablen Situationen profitieren am meisten von verhältnispräventiven Massnahmen»* (BAG & GDK 2016, p. 47) [51].

Ausgehend von der Überzeugung, dass *«Massnahmen zur Bekämpfung von NCDs in Zusammenhang mit vielen Politik- und Lebensbereichen (z. B. Wirtschaft, Umwelt, Bildung, Verkehr, Raumplanung) stehen»* (BAG & GDK 2016, p. 7) [51], fordert auch die NCD-Strategie ein **multisektorales Vorgehen** (Handlungsfeld 3 der Strategie, Massnahmen A und E.2 im Massnahmenplan). Insbesondere um gesundheitsförderliche Verhältnisse zu schaffen und um *«dem Aspekt der Chancengleichheit Rechnung zu tragen, ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Politikbereichen von zentraler Bedeutung»* (BAG & GDK 2016, p. 4) [51].

Schliesslich spricht sich die NCD-Strategie für das Prinzip der ***«Health in All Policies»*** aus und bekennt sich zu einer **sozialen Verantwortung für Gesundheit** (Handlungsfeld 7 der Strategie, Massnahme E.2 des Massnahmenplans).

8.2.4 Nationale Strategie und Massnahmenplan Sucht 2017–2024

Die Chancengleichheit und die besondere Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen sind sowohl als strategische Ziele als auch in einzelnen Handlungsfeldern der Nationalen Strategie Sucht verankert[26, 27]. Im Rahmen des Handlungsfelds 1 der Strategie soll die Früherkennung von Risikoverhalten, Sucht und damit verbundenen Problematiken generell gestärkt werden. Dabei wird präzisiert, dass *«besonders vulnerable Menschen und Risikogruppen frühzeitig Hilfe und Unterstützung finden»* sollen **(Prinzip proportionaler Universalismus)** (BAG 2015, p. 53) [57]. Auch der Massnahmenplan hält fest, dass ein *«zentraler Aspekt in der Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht die Berücksichtigung des Prinzips der gesundheitlichen Chancengleichheit ist. Damit verbunden sind Bemühungen, allen Menschen – unabhängig vom Geschlecht, sozioökonomischen Status, kulturellen Hintergrund oder Alter – Informationen und Hilfsangebote zugänglich zu machen»* (BAG 2016, p. 5) [100].

Die Suchthilfe und -prävention, so fordert die Strategie, habe in ihrer Arbeit die ganze Diversität der Gesellschaft zu berücksichtigen [101]. Eine **bedürfnisorientierte und diversitätssensible Suchtarbeit** ist notwendig, weil Menschen aller Altersklassen und unabhängig von ihrem sozialen und kulturellen Hintergrund von Suchterkrankungen betroffen sein können [57]. Gleichzeitig weist das Suchtphänomen unterschiedliche Gesichter auf: Erstens unterscheiden sich Muster des Substanzkonsums je nach sozioökonomischem Status oder Geschlecht der betroffenen Personen [57]. Zweitens weisen bestimmte Risikogruppen in der Gesellschaft ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen auf [57]. Aus diesen Gründen ist es ein strategisches Ziel im Handlungsfeld 2, die Behandlungs- und Beratungsangebote am Bedarf und an den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Behandlungszielen auszurichten [57]. Die Suchtstrategie setzt damit im Wesentlichen auf eine **Öffnung des Gesundheitswesens und von dessen Angeboten.**

Auf Angebotsseite sollen die gesellschaftliche Diversität und die Situation von vulnerablen Gruppen unter anderem dadurch berücksichtigt werden, dass **Risikogruppen gezielt und niederschwellig informiert und sensibilisiert werden** (Handlungsfeld 7). Damit geht einher, dass die **Erreichbarkeit von Risikogruppen** unabhängig von Geschlecht, Alter oder soziokulturellem Hintergrund erhöht und de-

26 Hier zu finden: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html (aufgerufen am 20.06.2019).

27 Der Stellenwert der Chancengleichheit in der Strategie Sucht wurde an anderer Stelle systematisch diskutiert [101].

ren **Zugang zu Angeboten** verbessert werden sollen (Handlungsfeld 2) [57].

Die Chancengleichheit wird auch im Rahmen der **Qualität und Qualitätssicherung** berücksichtigt, indem das entsprechende Referenzsystem revidiert wurde, um nun sämtliche Aspekte der Diversität anzusprechen [101]. Fragen der Diversität und der Chancengleichheit fliessen auch explizit in die **Aus- und Weiterbildung** von Gesundheits- und Suchtfachleuten ein. So sollen Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen für die besonderen Anliegen von abhängigen Menschen und vulnerablen Gruppen sensibilisiert werden (Handlungsfeld 6). Und auch im internationalen **Wissens- und Erfahrungsaustausch** legt die Schweiz gemäss Suchtstrategie einen Schwerpunkt auf das Thema Chancengleichheit (Handlungsfeld 8).

Weil Sucht ein komplexes bio-psycho-soziales Krankheitsbild ist [57], erkennen Strategie und Massnahmenplan eine **individuelle und** eine **gesellschaftliche Verantwortung** in Suchtfragen. So ist einerseits jede und jeder Einzelne gefordert, Verantwortung für die eigene Gesundheit und das eigene Verhalten zu übernehmen. Entsprechend sollen **Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung** der betroffenen Menschen und ihres Umfelds gestärkt werden (Handlungsfeld 1) [100]. Andererseits fördert die Strategie die **Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen** (Handlungsfeld 1) [57].

Um gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln, sieht auch die Suchtstrategie eine **multisektorale Zusammenarbeit** mit verschiedenen Politikbereichen vor (Handlungsfeld 5 in der Strategie, Massnahmen 4.2, 5.1, 5.2, 5.3 im Massnahmenplan). Für eine wirksame und kohärente Suchthilfe ist die Vernetzung und Zusammenarbeit mit vielfältigen Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, der Bildung, der Justiz, der Polizei, des Arbeitsmarkts und der Wirtschaft sowie der Verkehrs- und Infrastrukturpolitik entscheidend [57]. Eine **gute Koordination** ist dabei auf Gemeinde-, Kantons- oder Bundesebene notwendig, da alle Staatsebenen angesprochen sind (Massnahme 5) [100]. Ergänzend zur multisektoralen Zusammenarbeit stützt sich die Suchtstrategie auf das Prinzip der ***«Health in All Policies»*** [57].

8.2.5 Psychische Gesundheit: Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» und Bericht «Suizidprävention in der Schweiz»

Als Grundlage für Aktivitäten zur psychischen Gesundheit wurden der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz»[28] und der Bericht «Suizidprävention in der Schweiz»[29] gemeinsam von BAG, GDK und GFCH erarbeitet. Die Berichte verweisen explizit auf die **Bedeutung von sozialen Gesundheitsdeterminanten** für die Entstehung von psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen. Insbesondere Armut, Arbeitslosigkeit oder fehlende Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, werden als chronisch belastende Lebensumstände genannt, die die psychische Gesundheit gefährden [102].

Der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» definiert die folgenden vier Handlungsfelder, wobei jedem Handlungsfeld zwei prioritäre Massnahmenbereiche zugeordnet wurden:

1. Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information
2. Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung
3. Advocacy und Wissensgrundlage
4. Strukturen und Ressourcen

Die Chancengleichheit ist ein Querschnittsthema, das es im Rahmen aller definierten Handlungsfelder und zugehörigen Massnahmen zu berücksichtigen gilt [102]. So sollen beispielsweise im Bereich der **Sensibilisierung und Information** (Handlungsfeld 1) neben der Gesamtbevölkerung und den Fachleuten explizit auch Risikogruppen angesprochen werden. Zudem soll ein **niederschwelliger und bedürfnisgerechter Zugang zu Angeboten** in den Regionen sichergestellt werden: Massnahmen und Angebote sollen dabei den sozialen Gesundheitsdeterminanten gerecht werden, die unterschiedlich ausgeprägt

28 Hier zu finden: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-Gesundheit.html (aufgerufen am 02.07.2019).

29 Hier zu finden: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html (aufgerufen am 02.07.2019).

sind und divergierende Bedürfnisse zur Folge haben (Handlungsfeld 2). Damit wird die **Diversität von Belastungen und Ressourcen** explizit anerkannt und betont [102]. Daraus wird gefolgert, dass verschiedene Bevölkerungsgruppen in unterschiedlicher Weise mit Programmen und Massnahmen erreicht werden müssen, um die psychische Gesundheit wirksam zu verbessern [102].

Um Massnahmen kohärent umsetzen zu können, werden Rückhalt und Unterstützung verschiedener Akteurinnen und Akteure benötigt. Dazu sollen gesundheitsrelevante Inhalte und Anliegen vermehrt in Verwaltung und Politik sowie in Wirtschaftsverbänden, Berufsverbänden und NGOs verankert werden (Handlungsfeld 3, Massnahmenbereich 5, ***«Health in All Policies»***). In der Umsetzung setzt der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» ebenfalls auf die **multisektorale Zusammenarbeit.** Denn neben dem Gesundheitssektor schaffen auch die Bildungs-, die Arbeits-, die Sozial- sowie die Kinder- und Jugendpolitik in hohem Masse die Voraussetzungen für eine gute psychische Gesundheit (Handlungsfeld 4, Massnahmenbereich 7) [102].

Teil 3: Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen

9 Empfehlungen zur Zielgruppendefinition

Eine Grundanforderung an die Gesundheitsförderung und Prävention liegt in der Definition von klaren Zielgruppen für Massnahmen und Angebote [6, 63]. Die Zielgruppendefinition ist in der Regel komplex und ein laufender Annäherungsprozess. Welche Grundsätze dabei zu beachten sind, zeigt dieses Kapitel.

9.1 Herausforderungen in der Zielgruppendefinition

Hinter der Forderung nach einer klaren Zielgruppendefinition steht der Wunsch, Massnahmen mit denjenigen Gruppen zu entwickeln, deren Gesundheit aufgrund sozialer Benachteiligung am stärksten eingeschränkt ist. Damit soll die Gesundheitsförderung und Prävention «effizienter» ausfallen. Mit dieser Forderung geraten wir – und eben dies verdeutlicht die Perspektive der Intersektionalität – in ein (mehrfaches) Dilemma:

1) Es ist schwierig, privilegierte und benachteiligte Gruppen eindeutig und einheitlich zu definieren. Die Intersektionalitätsperspektive zeigt, dass viele Überschneidungen von soziodemografischen Merkmalen möglich sind und **vielfältige Wechselwirkungen** zwischen den Merkmalen bestehen [36, 95].
2) Weil gesundheitliche Ungerechtigkeit aus der Überschneidung von Benachteiligungsfaktoren hervorgeht, lassen sich Zielgruppen – wie es aktuell häufig geschieht – nicht anhand eines einzigen Merkmals definieren (z. B. *die* Migrationsbevölkerung, *die* Frauen, *die* einkommensschwache Bevölkerung). Die Intersektionalitätsperspektive warnt also davor, ***«soziale Gruppen** [zu] **bilden, die es in dieser reinen Form gar nicht gibt»*** (Domenig & Cattacin 2015, p. 121) [17]. Mit dem Beispiel der «Migrationsbevölkerung» gesprochen heisst dies: Die Lebenssituationen von Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich je nachdem, ob es sich um gutgebildete Professorinnen oder ungelernte Hilfskräfte handelt, um reiche oder einkommensschwache Personen, um Bürgerinnen und Bürger von EU-Ländern oder Asylsuchende mit prekärem Aufenthaltsstatus, um Frauen oder Männer usw. [vgl. 103]. Ein Migrationshintergrund wird sich also nicht eindeutig und für alle Menschen gleich auf deren Gesundheit auswirken [36]. Es ist folglich davon abzusehen, die Lebenssituation und die gesundheitlichen Bedürfnisse eines Menschen auf einen einzigen Aspekt seiner Identität zurückzuführen.
3) Schliesslich birgt die Definition von spezifischen Zielgruppen stets auch das Risiko in sich, zu **stigmatisieren und zu diskriminieren.** In Kapitel 3.3 wurde darauf hingewiesen, dass die Hervorhebung bestimmter Gruppen zu Stigmatisierung und einem *«victim blaming»* führen kann [49, 53]. Die Intersektionalitätsperspektive sensibilisiert uns für eine weitere Form der Diskriminierung: Aufgrund von komplexen Identitäten und Benachteiligungssituationen kann die Gleichbehandlung von Menschen mit einem vermeintlich identischen Hintergrund ungerecht sein und ebenfalls zu Diskriminierung führen [17]. So kann eine Massnahme, die ausschliesslich auf einkommensschwache Migranten ausgerichtet ist, eine Person mit Migrationshintergrund diskriminieren, wenn deren prekärer Aufenthaltsstatus oder Status als Alleinerziehende in der Analyse und Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme keine Rolle spielen.

Die Definition von benachteiligten Gruppen kann sich überdies im Laufe der Zeit wandeln und ist nicht einheitlich für den gesamten Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Welche soziale Gruppe in den Vordergrund gestellt wird, hängt vielmehr von zwei Faktoren ab [63, 79]:

1) **Thematischer Fokus einer Massnahme:** Je nach Thema eines Projekts oder Programms (z. B. Ernährung, psychische Gesundheit, Rauchstopp) wird sich die prioritäre Zielgruppe unterscheiden.

2) **Zur Verfügung stehende Daten:** Es ist nicht möglich, die Faktoren, die in der Schweiz zu sozialer Benachteiligung bzw. gesundheitlicher Vulnerabilität führen, abschliessend aufzulisten und zu priorisieren. Denn in der Schweiz werden zahlreiche Merkmale nicht systematisch in Studien untersucht und entsprechend ergibt sich ein substanzieller blinder Fleck in Gesundheitsstatistiken. Es muss folglich davon ausgegangen werden, dass es mehr Merkmale gibt, die mit gesundheitlicher Ungerechtigkeit einhergehen, als dies bisherige Studien aufdecken [38].

9.2 Allgemeine Empfehlungen zur Zielgruppendefinition

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es weder möglich noch zweckdienlich ist, eine allgemeingültige Liste der Merkmale vorzulegen, die mit erhöhter Krankheitslast in Verbindung stehen. Dies ist nicht möglich, weil a) die Zielgruppen je nach Thema und Massnahme variieren, b) substanzielle blinde Flecken in den Gesundheitsstatistiken bestehen, die eine abschliessende Aufzählung und Priorisierung der benachteiligten Personenkreise verunmöglichen, und weil c) die Wechselwirkungen zwischen Benachteiligungsmerkmalen komplex sind.
Stattdessen sollen im Folgenden einige Grundsätze formuliert werden, die bei der Definition von benachteiligten Zielgruppen hilfreich und handlungsleitend sein können.

- **Prinzip des «proportionalen Universalismus» bei der Prioritätensetzung:** Das Ziel einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention ist stets die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung – allerdings entspricht die Intensität der Bemühungen dabei idealerweise dem Grad der Benachteiligung einzelner Bevölkerungsgruppen *(«proportionate universalism»)* [3, 7, 19, 68]. Das heisst, Massnahmen legen idealerweise einen besonderen Fokus auf sozial und gesundheitlich benachteiligte Personenkreise und entsprechen damit den sozialen Realitäten, die zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit führen [3]. Dieses Prinzip schliesst an den sozialen Gradienten der Gesundheit an (vgl. Kapitel 4.1) und findet sich heute in den meisten gesundheitspolitischen Grundlagen wieder (vgl. Kapitel 8).
- **Nicht in fixen Gruppenkategorien denken, sondern Überschneidungen ungleichheitsrelevanter Merkmale berücksichtigen:** Dreh- und Angelpunkt in der Zielgruppendefinition sind der Blick auf die Überschneidungen ungleichheitsrelevanter Merkmale und die Wechselwirkungen dazwischen [61]. Durch Kombinationen von Merkmalen lassen sich *«Subgruppen bilden, die jeweils spezifische gesundheitliche Belastungen, spezifische Ressourcen und Präventionspotentiale aufweisen»* (Fehr et al. 2014, p. 2) [63]. Damit lässt sich der Vorstellung vorbeugen, dass soziale Gruppen homogen sind und sich ihre Lebenssituationen und gesundheitlichen Bedürfnisse auf nur einen Aspekt ihrer Identität reduzieren lassen. Dank einer Zielgruppendefinition anhand der intersektionalen Perspektive lassen sich gesundheitliche Ungerechtigkeit präziser fassen und gezieltere – und damit wirksamere – Massnahmen ableiten [95][30].
- **Überschneidung von vertikalen und horizontalen Merkmalen besonders beachten:** Eine erhöhte Betroffenheit von Erkrankungen lässt sich nicht ausschliesslich auf die materielle Armut zurückführen (vertikale Achse), sondern auch auf Faktoren wie soziale Herkunft, Bildungsferne, Geschlecht oder Migrationshintergrund (horizontale Achse) [79]. Besondere Formen der Vulnerabilität ergeben sich, wenn sich sozioökonomische Merkmale und horizontale Benachteiligungsmerkmale überschneiden [38].
- **Prozesse der Benachteiligung und Vulnerabilität analysieren:** Anstelle eines Denkens in fixen Gruppenkategorien wird vorgeschlagen, bei der Definition von Zielgruppen auf Prozesse der Benachteiligung zu fokussieren [3, 95]. Entscheidend für die Zielgruppendefinition ist – nebst der Berücksichtigung überschneidender Merkmale – eine genaue Analyse der Prozesse, die für die Zuordnung der sozialen Lage der Menschen verantwortlich sind. Als Beispiel für eine Zielgruppendefinition, die anstelle von fixen Gruppen konkrete Formen der Benachteiligung betont, sei auf die Schwerpunktsetzung des BAG und von Pro Senectute verwiesen (siehe unten).

30 Als konkretes Beispiel, wie sich die Intersektionalitätsperspektive in der Zielgruppendefinition anwenden lässt, sei auf die Publikation *«Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit Vielfalt der KlientInnen»* der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht Infodrog verwiesen [286].

9.3 Prozess der Zielgruppendefinition

Aufbauend auf diesen Empfehlungen lässt sich die Zielgruppe einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention in zwei Schritten näher umreissen. Die beiden Schritte tragen zu einer begründeten und differenzierten Zielgruppendefinition bei.

Erster Schritt: Ausgangspunkt für die Zielgruppendefinition sind idealerweise empirische Ergebnisse, die aufzeigen, welche Gruppen von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen und/oder gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen betroffen sind. Gesundheitsdaten geben Hinweise auf soziale Gruppen, die besondere Belastungen und fehlende Ressourcen aufweisen. Aktuelle statistische Daten weisen jedoch beträchtliche blinde Flecken auf, und folglich lassen sich nicht alle sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen aus Gesundheitsstatistiken herauslesen. Ergänzend sind deshalb Hinweise auf benachteiligte Gruppen zu berücksichtigen, die auf Praxiserfahrungen oder theoretischen Überlegungen beruhen.

Diese empirischen Einsichten (sowie Praxiserfahrungen und theoretischen Überlegungen) geben erste Anhaltspunkte für die Zielgruppendefinition, erklären die erhöhte Erkrankungsanfälligkeit bestimmter Gruppen aber noch nicht. In einem zweiten Schritt ist deshalb genauer zu analysieren, welche Faktoren tatsächlich erklären, warum diese Gruppen häufiger von Erkrankungen und Einschränkungen betroffen sind *(Prozesse der Benachteiligung und Vulnerabilität analysieren)*. Besonders wichtig ist dabei der Blick auf die Überschneidung von ungleichheitsrelevanten soziodemografischen Merkmalen.

Erster Schritt: Wichtigste ungleichheitsrelevante Merkmale in der Schweiz

Soziale Benachteiligung und Privilegierung entstehen nicht in allen Gesellschaften auf die gleiche Weise. Während beispielsweise in Australien Unterschiede zwischen indigener und nicht indigener Abstammung bedeutsam sind, führt in Indien die Kastenzugehörigkeit nach wie vor zu sozialer Strukturierung, und in den USA verläuft die gesellschaftliche Besser- und Schlechterstellung häufig entlang der Hautfarbe/Ethnizität [5].

An dieser Stelle soll eine Übersicht über die wichtigsten Benachteiligungsmerkmale gegeben werden, die in der Schweiz – alleine und insbesondere in Kombination miteinander – die *Wahrscheinlichkeit* für soziale Benachteiligung und gesundheitliche Vulnerabilität erhöhen[31].

Bei den **vertikalen Merkmalen** steht insbesondere der sozioökonomische Status (SES) im Vordergrund, wobei es sich empfiehlt, den SES in die Faktoren Einkommen, Vermögen, Bildung sowie beruflicher Status aufzuteilen. Bei Kindern und Jugendlichen ist insbesondere die soziale Herkunft (Einkommen und Bildung der Eltern) zu beachten [6, 8, 79]. Während lange Zeit angenommen wurde, dass die einzelnen sozioökonomischen Faktoren ungefähr dasselbe abbilden, wird heute zunehmend erkannt, dass sie sich zwar gegenseitig beeinflussen, aber dennoch unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben [8].

Im Hinblick auf gesundheitliche Ungerechtigkeit scheinen insbesondere die folgenden **horizontalen Merkmale** einflussreich zu sein [79]:

- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (LGBTI)

Es ist zu beachten, dass sich diese Benachteiligungsmerkmale unterschiedlich operationalisieren, das heisst messbar machen lassen. Stamm et al. [32] schlagen spezifisch für die Schweiz vor, wie sich die wichtigsten ungleichheitsrelevanten Merkmale operationalisieren lassen, und diskutieren relevante Quellen für empirische Daten zu den einzelnen Merkmalen.

Zweiter Schritt: Faktoren identifizieren, die die erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität erklären

Um einem Denken in fixen Gruppenkategorien und damit zu grosser Unschärfe und Stigmatisierungen vorzubeugen, sind die **ungleichheitsrelevanten**

31 Daneben gibt es Faktoren der individuellen Beeinträchtigung, die das Risiko für gesundheitliche Vulnerabilität erhöhen (siehe Kapitel 3.3). Dazu gehören insbesondere die Einbettung in soziale Netzwerke (soziale Isolation), schwierige Umstände in der frühen Entwicklung, hohes Alter, Behinderung, Krankheit, Kriminalität, häusliche Gewalt, Randständigkeit und Obdachlosigkeit, Status als alleinerziehender Elternteil, Pflege von kranken Angehörigen [79].

Merkmale zu **präzisieren** und zu **kombinieren.** Damit soll konkretisiert werden, wie ein Merkmal zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit führt.
Projektverantwortliche können spezifisch für ihr geografisches und thematisches Tätigkeitsgebiet die folgenden Leitfragen beantworten, um gesundheitliche Belastungen und Ressourcen genauer zu beschreiben [63]:
Welche gesundheitlichen Risiken sind mit den in Schritt 1 identifizierten ungleichheitsrelevanten Merkmalen verbunden? Bei den Merkmalen sozioökonomischer Status, Geschlecht, Migrationshintergrund sowie sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität ist beispielsweise an die folgenden Faktoren zu denken:

- Sozioökonomischer Status: Mit geringem Einkommen/Vermögen, tiefer Bildung und niedrigem Berufsstatus können zum Beispiel gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, Wohnumgebungen und Gesundheitsverhaltensweisen sowie Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug verbunden sein.
- Migrationshintergrund: Besondere gesundheitliche Belastungen in der Migrationsbevölkerung können mit Expositionen im Herkunftsland verbunden sein (z. B. durch dortige soziale Bedingungen, politische und/oder religiöse Verfolgung), aber auch mit der Migration selbst (z. B. psychische und körperliche Traumata während der Migration oder der Flucht) oder mit Herausforderungen im neuen Residenzland (z. B. fehlende Kenntnisse einer Landessprache, mangelnde ökonomische Integration oder Arbeit im Niedriglohnbereich, prekärer Aufenthaltsstatus oder Diskriminierungserfahrungen) sowie mit «sozio-kulturell» geprägten Tabus, Verhaltensweisen und Werten (z. B. eine Skepsis gegenüber Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit).
- Geschlecht: Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern können im Zusammenhang mit sozialen Einflussfaktoren (verschiedene Positionen der Geschlechter in der Gesellschaft und deren Auswirkungen auf Bildung, Arbeit, Einkommen, gesellschaftliche Teilhabe, Zugang zum Gesundheitssystem usw.) und biologischen Einflussfaktoren stehen.
- Sexuelle Orientierung und/oder Geschlechtsidentität: Mitglieder der LGBTI-Community können Diskriminierungen und Stigmatisierungen in sozialer, rechtlicher und ökonomischer Hinsicht ausgesetzt sein, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken. Damit kann auch ein erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem verbunden sein. Zurückführen lässt sich dieser u. a. auf (die Furcht vor) Stigmatisierungen durch Gesundheitsfachpersonen oder inadäquate Arbeitskonzepte wie binäre Klassifikationssysteme (männlich/weiblich), die der Lebensrealität von Trans- und Intersexuellen nicht gerecht werden.

Parallel zu den Belastungen ist auch nach den Ressourcen zu fragen, an die in der Gesundheitsförderung und Prävention angeknüpft werden kann [63]: Welche gesundheitlichen Ressourcen und Präventionspotenziale sind bei diesen sozialen Gruppen vorhanden (bzw. nicht vorhanden)? Dabei ist unter anderem an Coping-Strategien, starke soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Gesundheitskompetenz und eine Sensibilität für die Angebote und Anliegen der Gesundheitsförderung und Prävention zu denken.
Durch die Kombination von ungleichheitsrelevanten Merkmalen – die notwendig ist, weil Menschen mehreren Untergruppen angehören (siehe Kapitel 7) – lassen sich spezifische gesundheitliche Belastungen und Ressourcen zusätzlich präzisieren.
Aufbauend auf der Beschreibung von konkreten Belastungen und Ressourcen lassen sich schliesslich ein spezifischer Handlungsbedarf erkennen und ein klarer Fokus von Interventionen setzen. Das folgende Kapitel 10 zeigt, mithilfe welcher Interventionen die identifizierten Belastungen abgebaut und fehlende Ressourcen aufgebaut werden können.

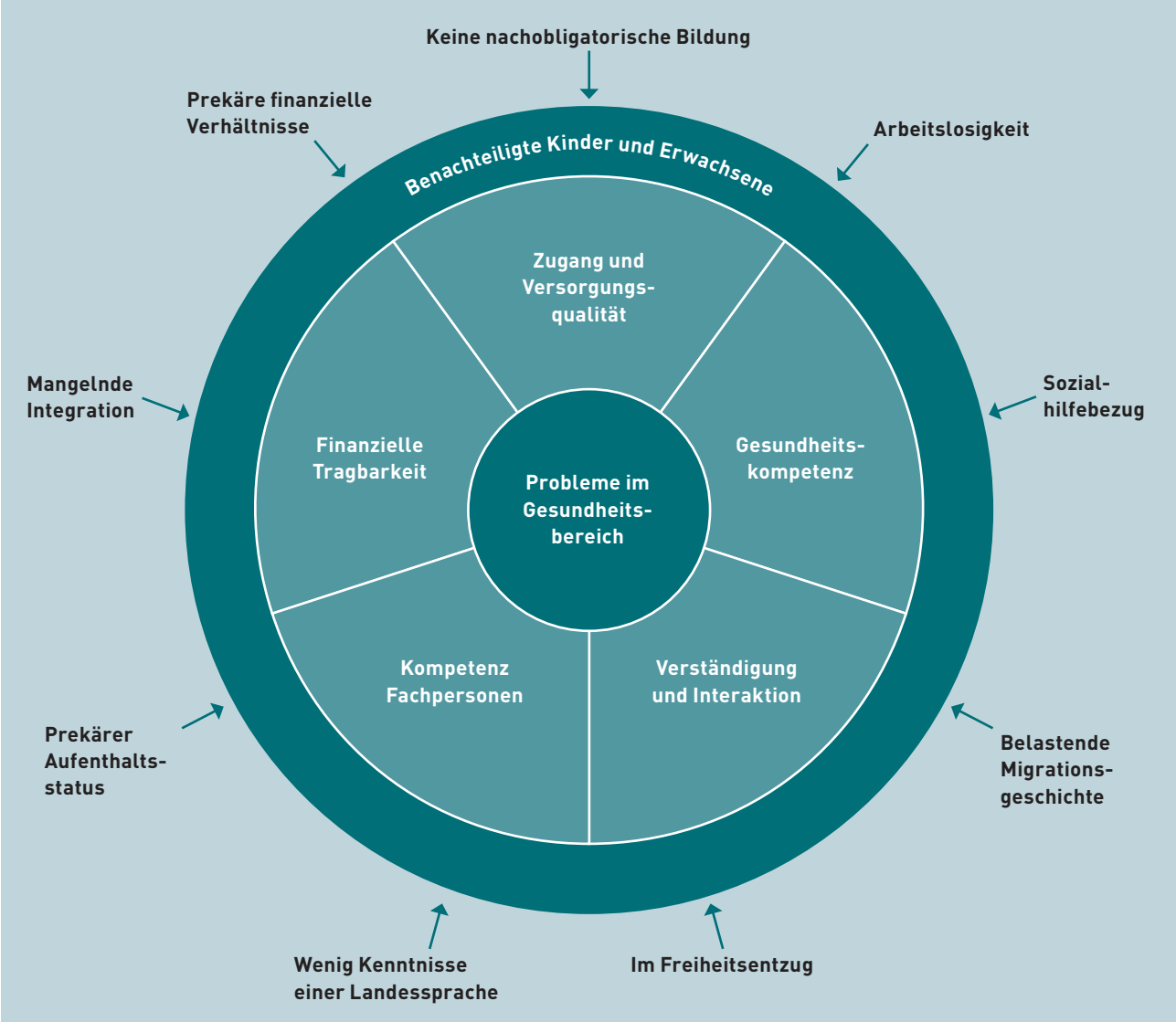
Fallbeispiele aus der Schweiz

Wie eine solche Präzisierung in der Praxis aussehen kann, lässt sich an den Beispielen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und von Pro Senectute aufzeigen. Die Sektion «Gesundheitliche Chancengleichheit» des BAG identifiziert beispielsweise für die Merkmale «Migrationshintergrund» und «sozioökonomischer Status» einzelne, mit diesen Merkmalen verbundene Faktoren, die in besonderer Wei-

se soziale Benachteiligung begründen können (siehe Abb. 10).
Demgemäss führt ein Migrationshintergrund per se nicht zwingend zu sozialer Benachteiligung, sondern allenfalls die Faktoren «fehlende Kenntnisse einer Landessprache», «mangelnde soziale und ökonomische Integration», «belastende Migrationsgeschichte» oder ein «prekärer Aufenthaltsstatus», die allesamt mit einem Migrationshintergrund verbunden sein *können*, aber nicht müssen. Analog dazu lässt sich der sozioökonomische Status anhand der Faktoren «Armut», «Sozialhilfebezug», «fehlende nachobligatorische Bildung» oder «Arbeitslosigkeit» genauer beschreiben und es lassen sich damit verbundene Risiken für die Gesundheit konkretisieren.

ABBILDUNG 10

Arbeitsschwerpunkte des BAG im Bereich Chancengleichheit[32]



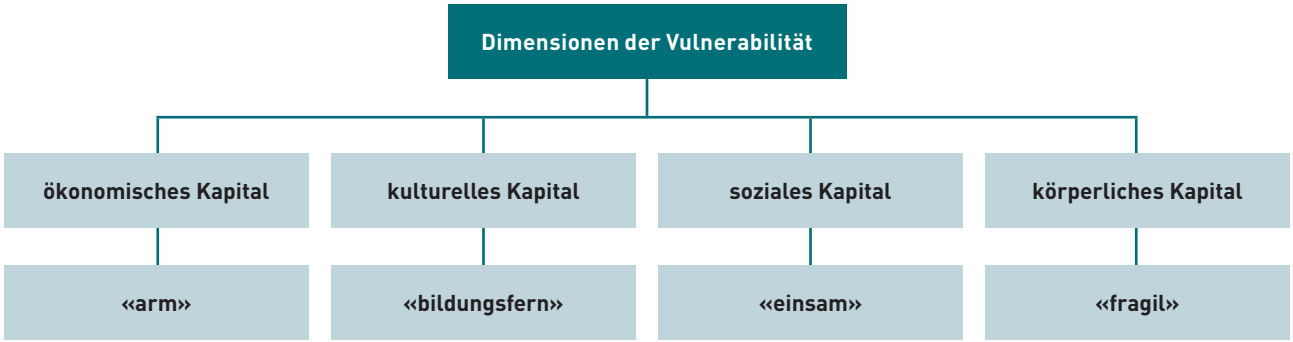
32 Quelle der BAG-Grafik: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/aktivitaeten-chancengleichheit/faktenblatt-chancengleichheit.pdf.download.pdf/BAG%20Aktivit%C3%A4ten%20GCG.pdf (aufgerufen am 20.06.2019).

Auch Pro Senectute geht davon aus, dass «*Faktoren wie die Nationalität oder das Geschlecht die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, zu vulnerablen Gruppen zu gehören, sie aber nicht die Faktoren sind, die per se die Vulnerabilität bestimmen*» (Gasser et al. 2015, p. 53) [56]. Die erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen und Beeinträchtigung wird von Pro Senectute stattdessen auf ein Defizit in verschiedenen Kapitalformen zurückgeführt. In Anlehnung an den Soziologen Pierre Bourdieu gelten Menschen als gesundheitlich vulnerabel, die arm (ökonomisches Kapital), bildungsfern (kulturelles Kapital), einsam (soziales Kapital) und/oder fragil (körperliches Kapital) sind (siehe Abb. 11). Dabei wird ebenfalls betont, dass eine besondere gesundheitliche Vulnerabilität entsteht, wenn Defizite in mehreren Kapitalformen bestehen.

In dieser Logik wird beispielsweise die erhöhte Erkrankungsprävalenz bei Personen mit Migrationshintergrund auch von Pro Senectute auf Faktoren wie Armut, tiefe Bildung und/oder fehlende soziale Einbettung zurückgeführt. Das heisst, auch Pro Senectute stellt nicht ein soziodemografisches Merkmal (Migrationshintergrund) ins Zentrum, sondern erklärende Faktoren wie Armut und Bildung. Diese erklärenden Faktoren werden folglich zum Fokus ihrer Massnahmen: Das erklärte Ziel von Massnahmen «*zur Begrenzung und Behebung von Vulnerabilität liegt auf der Stärkung vorhandener Kapitalformen und auf der Kompensation von Lücken bei einer Kapitalform durch eine andere*» (Gasser et al. 2015, p. 44) [56].

ABBILDUNG 11

Dimensionen der Vulnerabilität im Verständnis von Pro Senectute [56]



Teil 3: Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen

10 Evidenzbasierte Ansätze und Erfolgskriterien

Welche konkreten Massnahmen sind nun geeignet, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen? Im folgenden Kapitel soll eine Brücke zwischen den theoretischen Kapiteln zu den Ursachen von gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Kapitel 6 und 7) und der Arbeit in der Praxis geschlagen werden. Darauf aufbauend werden Ansätze und Erfolgskriterien von Massnahmen vorgestellt, die nachweislich die gesundheitliche Chancengleichheit erhöhen.
An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass anhand der gewählten Methode – eine umfassende Literaturrecherche – aufgezeigt werden kann, was sich zur Verbesserung der Gesundheit von sozial benachteiligten Menschen machen lässt. Operative Fragen zu einzelnen Vorgehensschritten, zu notwendigen Finanz- und Personalressourcen oder konkreten Umsetzungspartnern in der Schweiz lassen sich anhand der Literaturrecherche jedoch nicht beantworten.

10.1 Einleitung

10.1.1 Übergang von der Theorie zu den Praxisempfehlungen

Was lässt sich aus den theoretischen Überlegungen für die Praxis mitnehmen? Das Erklärungsmodell aus Kapitel 6 weist eine Handlungsorientierung auf, indem es aufzeigt, in welchen Politikbereichen und bei welchen Gesundheitsdeterminanten sich ansetzen lässt, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen.

Persönliche und gesellschaftliche Verantwortung

Einzelpersonen und Gesellschaften tragen eine Verantwortung für die Reduktion gesundheitlicher Ungerechtigkeit. Dieser gesundheitspolitische Grundsatz wird im Modell nachvollziehbar begründet. Das Modell zeigt, dass oft Verhaltensweisen wie Rauchen oder unausgewogene Ernährung direkt ausschlaggebend für Erkrankungen sind. Hier sind es einzelne Personen, die die Entscheidung treffen, zu rauchen, zu viel zu trinken oder zu essen, sich zu wenig zu bewegen [19].
Das Modell zeigt aber auch auf, dass vermeintlich individuelle Entscheidungen und Verhaltensweisen in bestimmte Lebens- und Arbeitsbedingungen eingebettet sind. Zeichnen sich regelmässige soziale Muster in Verhaltensweisen ab, dann liegt es nahe, dass weiter gefasste, soziale Faktoren am Werk sind [19]. Es wäre beispielsweise verfehlt, sozial bedingte Unterschiede in den Ernährungsmustern von Jugendlichen darauf zurückzuführen, dass diese Jugendlichen strikt individuelle Entscheide treffen. Vielmehr sind diese Ernährungsmuster auch eine Reaktion auf ihr soziales Umfeld [19].
Die persönliche Verantwortung ist auch in Gesundheitsfragen zentral und deshalb gezielt zu fördern [vgl. 1]. Wenn aber unser Handlungsspielraum durch unsere Lebensbedingungen geprägt ist, dann blendet die ausschliessliche Zuschreibung von persönlicher Verantwortung für das Gesundheitsverhalten die tatsächliche Komplexität von gesundheitlicher Ungerechtigkeit aus. Michael Marmot schreibt dazu: *«Menschen können keine Verantwortung übernehmen, wenn sie nicht kontrollieren können, was ihnen widerfährt»*[33] (Marmot 2015, p. 51) [19]. Es geht also nicht nur darum, mit welchen Strategien jemand auf eine belastende Lebenssituation reagieren *will,* sondern auch reagieren *kann.*
Vor dem Hintergrund des Modells liegen zwei Schlussfolgerungen für Politik und Praxis nahe: Erstens lässt sich die Meinung, wonach Verhaltensmuster von Individuen frei und bewusst gewählt werden, in dieser Absolutheit nicht aufrechterhalten [vgl. 23]. Zweitens sind Gesellschaften angesichts der Wirkung von strukturellen Determinanten aufgefordert, eine Verantwortung für gesundheitliche Ungerechtigkeit anzuerkennen und wahrzunehmen.

33 Originalzitat: *«People cannot take responsibility if they cannot control what happens to them»* (Marmot 2015, p. 51) [19].

Lebensbedingungen sind noch vor dem Gesundheitsverhalten zu beachten

Das Modell zeigt, dass gesundheitliche Ungerechtigkeit ein sozial bedingtes Problem ist. Heute wissen wir, dass materiell-strukturelle Faktoren direkt, aber auch indirekt über das Verhalten und psychosoziale Faktoren auf die Gesundheit einwirken. Materiell-strukturelle Faktoren haben deshalb die grösste Erklärungskraft hinsichtlich der Entstehung gesundheitlicher Ungerechtigkeit [31]. Gemäss dem Grundsatz, dass ein Problem auf der Ebene zu lösen ist, auf der es entsteht, können Massnahmen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit deshalb nicht allein beim Verhalten einzelner Menschen ansetzen. Ein strukturelles Problem lässt sich folglich nicht ausschliesslich durch individuumszentrierte Massnahmen lösen.

Bei strukturellen Determinanten und sozialen Gesundheitsdeterminanten ansetzen

In der Praxis sind zwei Arten von Determinanten zu unterscheiden und zu bearbeiten, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Dabei handelt es sich erstens um die *sozialen Gesundheitsdeterminanten,* also die unmittelbaren Lebens- und Arbeitsbedingungen, die sich auf unsere Gesundheit auswirken. Das wesentliche Ziel von Massnahmen zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten liegt in der Reduktion von Belastungen und in der Förderung von Ressourcen. Damit erhalten alle Menschen bessere Möglichkeiten, ihre gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen zu gestalten und die Kontrolle über ihr Leben zu erhöhen [3, 19].

Eine nachhaltige Wirkung setzt aber nicht nur Massnahmen zu den direkten Lebensverhältnissen voraus, sondern auch zu den Faktoren, die diese Lebensverhältnisse prägen. Die zweite Art von Interventionen sind deshalb die sogenannten *strukturellen Determinanten.* Um die Chancengleichheit in der Gesundheit nachhaltig zu erhöhen, ist die soziale Ungleichheit direkt anzugehen und zu reduzieren [7, 49, 73, 104].

Vor diesem Hintergrund werden die evidenzbasierten Ansätze und Erfolgskriterien im Folgenden unterteilt nach strukturellen Determinanten und sozialen Gesundheitsdeterminanten und in einer vereinfachten Version des Erklärungsmodells (siehe Abb. 12) dargestellt.

ABBILDUNG 12

Vereinfachte Version des Erklärungsmodells

Multisektorale Zusammenarbeit und *«Health in All Policies»*

Da gesundheitliche Ungerechtigkeit verschiedene Ursachen haben kann, sind unterschiedliche Interventionen notwendig, um die Gesundheit von sozial benachteiligten Gruppen zu fördern. Die sozialen Gesundheitsdeterminanten und insbesondere die strukturellen Determinanten können aber nicht alleine vom Gesundheitswesen beeinflusst werden. Hier braucht es eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen der Gesundheitspolitik und der Sozial-, Wirtschafts-, Bildungs- und Raumplanungspolitik [73]. Es sind insbesondere auch diese Politikbereiche, die die Bedingungen dafür schaffen, dass Menschen ihr Leben gesund gestalten können [68]. Die multisektorale Zusammenarbeit orientiert sich am Prinzip der *«Health in All Policies»*.

Wichtig in der Praxis ist, dass nicht alle Akteurinnen und Akteure alles machen müssen und machen können, sondern dass die Zuständigkeitsbereiche und Kompetenzen der jeweiligen Fachpersonen und -institutionen gut koordiniert werden und sich optimal ergänzen.

Chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention aus einer Lebenslaufperspektive

Soziale Benachteiligung in der frühen Kindheit kann sich ein Leben lang negativ auf die Gesundheit auswirken – sogar wenn im späteren Leben keine Benachteiligung mehr vorliegt [68]. Eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention sollte deshalb unter einer Lebenslaufperspektive geplant werden und in allen Phasen des Lebens ansetzen. Um eine systematische Planung über den Lebenslauf zu erleichtern, werden die evidenzbasierten Ansätze und Erfolgskriterien im Folgenden (wenn möglich) nach Lebensphase differenziert dargestellt.

10.1.2 Fragestellung, Ziele und Anwendungszweck des Kapitels

Das vorliegende Kapitel zeigt auf, was in der Praxis getan werden kann, um ungleiche gesundheitliche Chancen anzugehen und sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit abzubauen. Im Zentrum stehen dabei die folgenden Fragestellungen:

- Welche Ansätze reduzieren nachweislich die gesundheitliche Ungerechtigkeit in den Bereichen Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit und Sucht?
- Welche Ansätze verschärfen allenfalls sogar die gesundheitliche Chancenungleichheit in diesen Bereichen?
- Was sind die Erfolgskriterien in der Umsetzung von wirksamen Massnahmen bei benachteiligten Gruppen?

Ziel des Kapitels ist die **Identifikation von Interventionsansätzen und Erfolgskriterien[34], die sich in der Praxis bisher als wirksam erwiesen haben,** das heisst, die tatsächlich zu einer Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit von benachteiligten Bevölkerungsgruppen beigetragen haben. Es folgt also keine abschliessende Sammlung von Ansätzen und Erfolgskriterien, die in der Praxis angewendet und von Gesundheitsorganisationen empfohlen werden. Vielmehr werden jene Ansätze und Erfolgskriterien diskutiert, die sich in Reviews und Meta-Analysen (und nicht nur in Einzelstudien) als wirksam erwiesen haben[35]. Dieses Vorgehen erlaubt es, evidenzbasierte Empfehlungen für die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei benachteiligten Gruppen zu formulieren.

34 Unter Erfolgskriterien werden Bedingungen und Modalitäten verstanden, die zu einer erfolgreichen Umsetzung eines Ansatzes bzw. einer Massnahme führen. Während also ein Ansatz aufzeigt, was getan werden kann, beziehen sich die Erfolgskriterien auf die Frage, wie etwas getan werden sollte.

35 Wenn bestimmte Ansätze und Erfolgskriterien im Folgenden nicht diskutiert werden, heisst dies nicht zwangsläufig, dass diese unwirksam sind. Ihr Fehlen kann auch darin begründet sein, dass aktuell noch keine Reviews oder Meta-Analysen zu deren Wirksamkeit durchgeführt wurden und deshalb Wirksamkeitsnachweise von hoher Qualität fehlen.

10.1.3 Aufbau des Kapitels

Auf einer ersten Ebene werden die **Empfehlungen thematisch** gegliedert. Das heisst, pro Unterkapitel werden jeweils spezifische Empfehlungen zu den drei Interventionsthemen Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit und Sucht (am Beispiel der Tabakprävention) formuliert[36, 37].

Innerhalb der thematischen Unterkapitel werden die Empfehlungen **unterteilt nach** Massnahmen, die sich auf die **strukturellen Determinanten** beziehen **und** solchen, die die **sozialen Gesundheitsdeterminanten** betreffen. Damit lassen sich die empfohlenen Massnahmen konzeptionell verorten sowie systematisch planen und umsetzen.

Weil eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention aus einer Lebenslaufperspektive geplant werden muss, werden die Massnahmen zusätzlich – wann immer möglich und sinnvoll – spezifisch für die **Lebensphasen** Schwangerschaft/frühe Kindheit (–9 Monate bis 3 Jahre), Kindheit und Jugend (4 bis 20 Jahre), Erwachsene im Erwerbsalter (21 bis 64 Jahre) und Erwachsene im höheren bis hohen Alter (ab 65 Jahren) **differenziert** formuliert.

Die **Kapitel** zu den strukturellen Determinanten und den sozialen Gesundheitsdeterminanten fokussieren auf **sozioökonomisch benachteiligte Personen[38].** Dieser Fokus begründet sich dadurch, dass der sozioökonomische Status das zentrale Merkmal ist, anhand dessen Menschen einer Position in der Gesellschaft zugeordnet werden. Um aber der Erkenntnis gerecht zu werden, dass auch andere – sogenannte horizontale – Merkmale die gesundheitlichen Chancen einer Person bedeutend prägen, werden anschliessend **in spezifischen Kapiteln** die Merkmale **Gender, Migrationshintergrund sowie sexuelle Orientierung und/oder Geschlechtsidentität (LGBTI)** explizit diskutiert[39].

Die thematischen Kapitel werden jeweils ergänzt mit **Beispielen guter Praxis aus der Schweiz.** Die Auswahl an Praxisbeispielen erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

In einem abschliessenden Kapitel werden **Ansätze zur Organisationsentwicklung** empfohlen. Diese Ansätze tragen dazu bei, die Chancengleichheit systematisch als Ziel in die Arbeit von Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention zu integrieren (Kapitel 10.5). Die Organisationsentwicklung ist eine Querschnittsaufgabe, die sich in allen drei Interventionsthemen – Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit und Sucht – stellt.

Quelle des Kapitels

Dieses Kapitel fasst die Erkenntnisse eines Berichts zusammen, der im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit erarbeitet wurde [281].

Anhand einer Analyse der wissenschaftlichen Literatur der vergangenen fünf Jahre wurden evidenzbasierte Interventionsansätze und Erfolgskriterien von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit identifiziert. Um auf möglichst gesichertes Wissen zurückzugreifen, wurden primär systematische Reviews und/oder Meta-Analysen ausgewertet. Um das aus der Literaturrecherche erworbene Wissen zu festigen und Schweizer Praxiserfahrungen einfliessen zu lassen, wurden zwei Begleitgruppen einberufen: eine mit Fachpersonen aus der Wissenschaft und eine mit Fachpersonen aus der Praxis.

36 Die Auswahl dieser Themen wird in Kapitel 1 begründet.

37 Die Empfehlungen werden thematisch unterteilt, weil wissenschaftliche Studien in der Regel gesundheitsförderliche Massnahmen unterteilt nach Interventionsthema untersuchen. In der Praxis ist es – insbesondere in der Gesundheitsförderung im Alter – jedoch wichtig, Massnahmen zu diesen Interventionsthemen nicht losgelöst voneinander umzusetzen, sondern kombiniert und systematisch zu planen und zu implementieren.

38 Die Begriffe «sozioökonomisch benachteiligte Menschen» und «tiefer sozioökonomische Status (SES)» beziehen sich auf Personen mit tiefem Einkommen, wenig Vermögen, tiefer formaler Bildung und tiefem Berufsstatus (siehe Kapitel 3.1).

39 Die Auswahl der horizontalen Ungleichheitsmerkmale stützt sich auf die Kapitel 3.1 und 3.3.

10.2 Themenbereich Bewegung und Ernährung

In diesem Kapitel werden evidenzbasierte Ansätze **(fett markiert)** und Erfolgskriterien (unterstrichen) für eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Bewegung und Ernährung vorgestellt.

10.2.1 Massnahmen zu strukturellen Determinanten bei tiefem sozioökonomischem Status

In der Literatur werden unterschiedliche Ansätze diskutiert, die regelmässige Bewegung und ausgewogene Ernährung von Menschen mit einem tiefen sozioökonomischen Status (SES) fördern können (jedoch in der Regel nur, wenn untenstehende Erfolgskriterien angewendet werden):

- **Anpassung der Lebensmittelpreise** über eine Erhöhung der Preise für «ungesunde» Nahrungsmittel oder **finanzielle Anreize für gesunde Ernährung** in Form von Subventionen für gesundes Essen [105, 106].
- **Strukturelle Massnahmen an Schulen,** zum Beispiel über Leitlinien, Strategien und Konzepte zur Förderung von Bewegung und Ernährung [106].
- **Vergünstigungen und steuerliche Abzüge für Sportkurse für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien.** Diese Vergünstigungen und Abzüge bieten einen Anreiz für Eltern. Sie senken die finanziellen Hürden, um die eigenen Kinder für Sportkurse anzumelden und deren körperliche Aktivität zu steigern [105, 107].

Evaluationen zeigen, dass diese strukturellen Massnahmen nicht durchwegs zu einer gesundheitsförderlichen Veränderung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens von Menschen mit tiefem SES beitragen. Vielmehr sind insbesondere die folgenden Voraussetzungen zu schaffen, damit Massnahmen zu den strukturellen Determinanten wirksam werden.
Strukturelle Massnahmen entfalten in diesem Themenbereich meist erst dann eine Wirkung, wenn sie mit Interventionen auf individueller Ebene kombiniert werden [106, 108–111]. Ausschlaggebend ist also die Verknüpfung von Massnahmen auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene. Diese Kombination empfiehlt sich sowohl in der Kindheit und Jugend [58] als auch im Erwachsenenalter [105]. So sind beispielsweise diejenigen Schulen am erfolgreichsten in der Veränderung von gesundheitsschädigenden Ernährungs- und Verhaltensmustern, die neben strukturellen Massnahmen wie Leitlinien, Strategien und Konzepte auch die Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen, Schülerinnen und Schülern sowie Eltern durch Information und Sensibilisierung fördern [106].
Als weitere zentrale Erfolgskriterien zeigen sich die zielgruppenspezifische Ausrichtung der Intervention und die Partizipation der Zielgruppe in allen Phasen der Intervention bzw. des Projekts wie der Planung, Umsetzung und Evaluation [112]. Beispielsweise wurden erfolgreiche schulische Konzepte partizipativ entwickelt, das heisst, sowohl Familien als auch die Schulkreise und/oder Gemeinden wurden in die Entwicklung und Umsetzung einbezogen [106].

10.2.2 Massnahmen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten bei tiefem sozioökonomischem Status

Die folgenden Massnahmen zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten, die sich in der Förderung einer regelmässigen Bewegung und ausgewogenen Ernährung von Menschen mit tiefem SES bewährt haben, werden – wenn möglich – nach Lebensphasen der Zielgruppen unterteilt.

10.2.2.1 Lebensphasenübergreifend

Generell bewährt sich die **Gestaltung der materiell-strukturellen Lebensbedingungen.** Dazu gehören Veränderungen der physischen Umwelt wie die Erhöhung der Anzahl Spielplätze oder Grünflächen in einer Stadt, die Förderung der Alltagsbewegung durch den Ausbau von Spazier- und Velowegen oder die Einschränkung des motorisierten Verkehrs [106, 113]. Als eine weitere mögliche Massnahme wird die Zurverfügungstellung von kommunalen Sporteinrichtungen für Gemeindebewohnerinnen und -bewohner erwähnt, wenn diese nicht für den Schulunterricht genutzt werden [110].
Darüber hinaus haben sich unter bestimmten Bedingungen auch Interventionen als wirksam erwiesen, die **das lokale Angebot an gesundem Essen** in benachteiligten Quartieren förderten [106, 109].
Analog zu den Massnahmen, die die strukturellen Determinanten betreffen (siehe Kapitel 10.2.1), führen auch Interventionen zu den physischen Lebensbedingungen alleine nicht oder nur beschränkt zu einer Erhöhung der Chancengleichheit [108]. So

zeigte beispielsweise der alleinige Umbau von Parkanlagen, Spielplätzen und schulischen Pausenplätzen in Quartieren mit einem hohen Anteil an Personen mit tiefem SES nur einen geringen Einfluss auf die körperliche Aktivität dieser Personen (Erwachsene und Kinder) [106]. Zu den wichtigsten Erfolgskriterien, die Interventionen zu den materiellen Lebensbedingungen wirksam werden lassen, gehört auch hier eine Verbindung von Massnahmen auf der Verhältnis- und der Verhaltensebene [106]. Eine Anpassung der physischen Umwelt ist auch hier idealerweise mit individuellen Beratungen zu Verhaltensmustern zu kombinieren [106, 109, 110].

Eine erfolgversprechende Strategie, Verhaltens- und Verhältnismassnahmen zu kombinieren, sind breit angelegte Projekte, die mehrere Ebenen und Komponenten verbinden [112, 114]. Als Beispiel sei eine Intervention erwähnt, die das lokale Angebot an gesundem Essen nicht nur in Supermärkten, sondern auch an Take-Away-Ständen, an Schulen, Arbeitsplätzen, bei Kirchen und in zivilgesellschaftlichen Institutionen förderten und gleichzeitig mit Kommunikationsstrategien die Nachfrage nach gesunden Nahrungsmitteln zu steigern versuchten (z. B. mit Postern und Regaletiketten in den Verkaufsstellen sowie Flyern und Veranstaltungen in der Gemeinschaft). Zur aktiven Einbindung der benachteiligten Gruppen wurden zudem partizipative Elemente wie Workshops zur Planung und Durchführung der Projekte veranstaltet. Gemessen an verschiedenen psychosozialen und verhaltensbasierten Grössen – und auch gemessen am BMI – konnte dieses Projekt Erfolge verbuchen [112]. Eine andere Studie belegt, dass sich die Nutzung von neuen Gehwegen durch begleitende Kommunikationsstrategien wie *Social Marketing* deutlich erhöhen lässt [114].

10.2.2.2 Schwangerschaft und frühe Kindheit (–9 Monate bis 3 Jahre)

Um körperliche Aktivität und Ernährung zu fördern, sind im Vorschulalter die Settings Elternhaus, Regelversorgung und Gemeinde besonders geeignet. Insbesondere **Interventionen zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle** gelten in der Lebensphase «Schwangerschaft und frühe Kindheit» als wirksam, um die Ernährungsweise von jungen Kindern aus Familien mit tiefem SES gesundheitsförderlich zu gestalten [108]. Die folgenden Erfolgskriterien sind dabei besonders wichtig [108, 115]:

- Im Zentrum stehen Bildungsansätze *(educational approaches),* die Verhaltensänderungstechniken anwenden und beim Aufbau von konkreten Fähigkeiten unterstützen (z. B. Kochen, Kommunikation, Problemlösen, Konfliktbewältigung). Dazu gehört beispielsweise das Lernen anhand konkreter Fallbeispiele (sogenannte Vignetten), in denen eine Ausgangslage skizziert und konkrete Lösungen aufgezeigt werden.
- Solche Interventionen lassen sich in unterschiedlichen Settings erfolgreich durchführen, wie zum Beispiel im Elternhaus, im Rahmen von pädiatrischen Untersuchungen und in der Vorschule / im Kindergarten. Es sind aber insbesondere Interventionen im Setting der Gemeinde, die das Übergewicht bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern wirksam verringerten. Erfolgreiche Beispiele sind die auf benachteiligte Kinder ausgerichteten Frühförderungsprogramme *Head Start* in den USA und *Sure Start* im Vereinigten Königreich.
- Wichtig scheint die frühzeitige Beratung von Müttern hinsichtlich des Stillens oder Einführens von festen Nahrungsmitteln, die schon in der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt einsetzt [115].
- Empfehlenswert sind zudem ein multithematischer Fokus (z. B. neben dem Thema Übergewicht auch ein Fokus auf Alltagsroutinen, Medien- und Schlafgewohnheiten), die Unterstützung beim Setzen von Zielen, die Förderung sozialer Kontakte und die Information zu weiteren Unterstützungsangeboten in der Gemeinde.

Familien mit tiefem SES sind in **Interventionen zur Gewichtsreduktion** bei bereits übergewichtigen Kindern oft schwer zu rekrutieren und untervertreten [116]. Als Barrieren für benachteiligte Familien wurden unter anderem Zeitprobleme identifiziert und eine fehlende Überzeugung der Eltern, dass das Gewicht des Kindes problematisch ist [116]. Wirksame Interventionen zur Gewichtsreduktion gehen das Verhalten von Kindern und Eltern in mehreren Bereichen an (Ernährung, Bewegung und meist auch Medienkonsum) und nutzen eine Kombination unterschiedlicher Ansätze (z. B. Selbst-Monitoring, Stimulus-Kontrolle, pädagogische Strategien, praktische Komponenten wie Degustationen oder gemeinsame körperliche Aktivität) [116]. Darüber hin-

aus nutzen solche Interventionen für die Rekrutierung am besten Kinderärztinnen und -ärzte, zielgruppenspezifische Settings (z. B. medizinische Einrichtung, andere Unterstützungsprogramme). Sie binden die Eltern partizipativ in die Programmentwicklung ein und verwenden kulturell angepasste und farbcodierte BMI-Diagramme [116].

10.2.2.3 Kindheit und Jugend (4–20 Jahre)

Bei benachteiligten Kindern und Jugendlichen bewähren sich **Bewegungs- und Ernährungsinterventionen im Setting Schule.** Dazu gehören Anpassungen der materiellen Bedingungen (z. B. Anpassungen des Essensangebots und die Ausweitung der Gelegenheiten zur sportlichen Betätigung) und auch Massnahmen auf Verhaltensebene wie die Thematisierung von gesundheitsförderlicher Bewegung und Ernährung im (Sport-)Unterricht [106].

Die Massnahmen zeigten sich am wirksamsten, wenn sie die folgenden Erfolgskriterien beachteten:

- Die Themen Ernährung und Bewegung werden in Lehrpläne und Lektionen eingebettet [108].
- Reguläre Lektionen werden durch körperliche Übungen oder Entspannungsübungen ergänzt [108].
- Massnahmen sind multithematisch ausgerichtet und gehen mehrere individuelle Verhaltensweisen gleichzeitig an (z. B. Bewegung, Ernährung, Medienkonsum) [108, 117, 118].
- Ausserschulische, sportliche Aktivitäten werden gefördert, bekannt oder zugänglich gemacht [108].
- Massnahmen werden von Akteurinnen und Akteuren umgesetzt, die direkt mit benachteiligten Gruppen in Kontakt sind [105, 107].
- Die Interventionen werden soziokulturell an die jeweilige Zielgruppe angepasst [117].
- Die Interventionen umfassen mehrere Ebenen [108]. Die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention bzw. der Einbezug der strukturellen Ebene sind auch hier zentral. Dies kann zum Beispiel über Leitlinien, die Einbettung des Themas in den Lehrplan, die Integration von Bewegungsübungen in reguläre Lektionen, Anpassungen der physischen Umwelt und über die Änderung von Schulmahlzeiten erfolgen [108, 117–119]. Im Sinne von Mehrebeneninterventionen können Massnahmen im schulischen Setting auch gut mit Interventionen in anderen Settings verbunden werden, zum Beispiel im Elternhaus in Form der Reduktion der Zeit am Bildschirm oder als familienbasierte Bildung und Verhaltenstherapie [120].

Die Situation von Kindern aus Familien mit tiefem SES ist bei der Projektplanung, aber auch beim Monitoring explizit zu berücksichtigen. Denn sogenannte universelle – das heisst nicht an eine bestimmte Zielgruppe angepasste – Interventionen fördern die Gesundheit von sozioökonomisch benachteiligten Kindern teilweise weniger als jene von bessergestellten Kindern [121]. Dadurch verschärfen sie die gesundheitliche Chancenungleichheit zusätzlich.

Im Hinblick auf benachteiligte Jugendliche ist es schwierig, altersspezifische und eindeutige Ansätze mit soliden Wirksamkeitsnachweisen zu finden [108, 122]. Zwar wurden in einigen Studien erfolgreiche Interventionen identifiziert, allerdings zeigten die gleichen oder ähnliche Ansätze in anderen Untersuchungen kaum Effekte [122]. Die analysierten Interventionen kombinierten meist Verhaltenstechniken mit edukativen Komponenten und/oder strukturellen Massnahmen, wurden aber in unterschiedlichen Settings (Schulen, Gemeinde, Gesundheitswesen, Sommerlager) durchgeführt und strebten unterschiedliche Outcomes an (d. h. Förderung von Bewegung, Ernährung und/oder gesundem Medienkonsum) [122]. Fast alle Interventionen beinhalteten praktische Vorführungen von bestimmten Verhaltensweisen und übten diese mit den Jugendlichen ein (z. B. das gemeinsame Zubereiten von gesunden Snacks) [122].

Ausschlaggebend dafür, ob Interventionen erfolgreich waren oder nicht, scheint die Art der Umsetzung zu sein. Als primäre Erfolgskriterien werden die Einbindung der Eltern, erlebnisbasierte körperliche Aktivitäten (z. B. Ausflüge, Outdoor-Aktivitäten) und die Partizipation der Jugendlichen in Programmentwicklung und Durchführung (z. B. mittels *peer leaders*) genannt [122]. Mit dem «*Peer Leader*»-Ansatz führten Schülerinnen und Schüler zum Beispiel Teile der Intervention selbst durch oder sie wurden angeregt, gesunde Verhaltensweisen zu Hause zu fördern [123]. Generell scheinen benachteiligte Jugendliche für Änderungen der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten noch stark auf die Unterstützung der Eltern angewiesen zu sein. Die aktive Einbindung von Eltern über individuelle oder gruppenbasierte Beratung oder Mahlzeiten- und Snack-

pläne ist deshalb zu empfehlen [122]. Zudem scheint eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten in dieser Lebensphase – wie auch in anderen Lebensphasen – eher möglich als eine Veränderung der körperlichen Aktivität oder des BMI [122].

10.2.2.4 Erwachsene im Erwerbsalter (Fokus Familie, Beruf – 21–65 Jahre)

Im Hinblick auf das Erwachsenenalter gibt es nur wenige Studien, die Bewegungs- und Ernährungsinterventionen mit Menschen mit tiefem SES untersuchten. Zudem sind die verwendeten Interventionskomponenten relativ heterogen. Bei den untersuchten Bewegungsinterventionen handelte es sich meist um vergleichsweise **komplexe Multikomponenteninterventionen, die beispielsweise Verhaltenstechniken, edukative Komponenten und strukturelle Veränderungen der physischen Umwelt kombinieren** [108]. Vielen Interventionen gemeinsam war, dass sie von einer Gesundheitsfachperson durchgeführt wurden [124]. Um klare Aussagen über erfolgreiche Ansätze in dieser Lebensphase zu machen, fehlen ausreichende Studienergebnisse.

Grundsätzlich gibt es jedoch Hinweise, dass Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität insgesamt auch bei benachteiligten Erwachsenen leichte Effekte zeigen, und auch im Bereich der Ernährung und des Gewichtsverlusts konnten Verbesserungen festgestellt werden [124–126].

Allerdings sind universelle Interventionen auch im Erwachsenenalter weniger erfolgreich bei benachteiligten Personen als bei sozioökonomisch privilegierteren Teilnehmenden [125, 126]. Durch zielgruppenspezifische Anpassungen ist deshalb zu gewährleisten, dass die sozial bedingten Unterschiede in der Gesundheit nicht noch verstärkt werden.

Sogar wenn Standardansätze spezifisch auf benachteiligte Zielgruppen zugeschnitten werden, führen diese häufig zu schlechteren Ergebnissen als dies in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist [126]. Damit sind besondere Herausforderungen angesprochen, die sich in der Gesundheitsförderung und Prävention mit benachteiligten Personen ergeben. Im Ernährungsbereich zeigt sich beispielsweise, dass besonders sozioökonomisch benachteiligte Personen mit Ernährungsempfehlungen häufig Schwierigkeiten haben. Diese werden von benachteiligten Personen oft als missverständlich, unübersichtlich und gar als gegensätzlich empfunden [111]. Es ist daher auf eine niederschwellige, barrierefreie Kommunikation zu achten.

Weitere Hürden, die benachteiligte Personen an der Teilnahme präventiver Interventionen hindern, sind neben einer zu komplizierten Sprache fehlende Zeit, fehlende Möglichkeiten der Kinderbetreuung, geringe Lesefähigkeit und fehlende Transportmöglichkeiten [126].

Folgende Empfehlungen zur Überwindung dieser Hürden lassen sich aus den Studien ableiten [108, 110, 111]:

- Im Gegensatz zu früheren Lebensphasen scheinen Massnahmen bei benachteiligten Erwachsenen erfolgreicher, wenn sie sich lediglich auf die Veränderung *einer* anstatt mehrerer Verhaltensweisen konzentrieren.
- Auch im Erwachsenenalter gibt es Anzeichen dafür, dass der Einbezug mehrerer Ebenen zum Erfolg von Interventionen beitragen kann. So kann die Effektivität von verhaltens- und wissensbezogenen Bewegungs- und Ernährungsinterventionen gesteigert werden, wenn die Gemeinde in der Entwicklung und Implementierung der Massnahme involviert und/oder die Infrastruktur innerhalb der Gemeinde für die Intervention angepasst wird.
- Die Angebote werden gruppenbasiert umgesetzt – im Schnitt kann eine Steigerung der körperlichen Aktivität um zusätzliche 70 Minuten pro Woche erreicht werden, wenn in Interventionen der Effekt der sozialen Unterstützung genutzt wird [127].
- Ein enger, persönlicher Kontakt fördert den Erfolg ebenso wie wenn die durchführenden Personen aus der Zielgruppe stammen oder mit der Zielgruppe gut vertraut sind.
- Botschaften werden inhaltlich und sprachlich möglichst einfach gehalten.
- Die Interventionen sind stark auf Motivation und Empowerment ausgerichtet und setzen auf Veränderungen in kleinen Schritten.
- Interventionen sind erfolgreicher, wenn der Zusammenhang zwischen Bewegung/Ernährung und Gesundheit deutlich erkennbar wird und gesunde Nahrungsmittel schmackhaft und ansprechend erscheinen.
- Die Interventionen enthalten praktische Übungen, achten auf konkrete Umsetzbarkeit (z. B. in der Form von Fallvignetten) und sind inhaltlich an die

Zielgruppe angepasst (z. B. passende Rezepte oder Bewegungsaktivitäten).
- Interventionen werden mit einem Kinderhütedienst kombiniert.

Das Setting scheint in dieser Lebensphase weniger relevant als in der Kindheit [108]. Auch der Einbezug mehrerer Ebenen kann zwar den Erfolg von Interventionen steigern – beispielsweise wenn die Gemeinde in die Entwicklung und Implementierung der Massnahme einbezogen wird –, allerdings scheint dies weniger ausschlaggebend als in anderen Lebensphasen [108, 128].

Generell gilt das **Setting Arbeitsplatz** als besonders gut geeignet, um Erwachsene im Erwerbsalter zu erreichen. Allerdings gibt es bislang wenig Forschung zur chancengerechten Bewegungs- und Ernährungsförderung in diesem Setting. Die limitierten Erkenntnisse lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Interventionen im Setting Arbeitsplatz scheinen dann chancengerecht zu sein, wenn sie zielgruppenspezifisch sind, das heisst auf sozioökonomisch benachteiligte Arbeitnehmende fokussieren [129]. Universelle Massnahmen enthalten das Risiko, sogar zu einer Verschärfung der gesundheitlichen Chancenungleichheit beizutragen. Als Erfolgskriterium erwies sich hingegen, dass die Interventionen konkrete Angebote zur körperlichen Betätigung (z. B. Gehen, Joggen, Velofahren) enthielten und nicht nur auf Bildung und Beratung basierten [129]. Wirksame Veränderungen des Arbeitsumfelds sind beispielsweise die Aufwertung von Treppenhäusern und die Verbesserung des Angebots an gesunden Lebensmitteln in Essensautomaten und Mensen.

Erfolgversprechend, aber noch wenig untersucht im Hinblick auf benachteiligte Gruppen, sind **technologiebasierte Interventionen,** bei denen zum Beispiel SMS, Smartphones und/oder Fitness-Tracker zum Einsatz kommen [110, 130]. Diese Instrumente haben den Vorteil, dass sie zeitlich flexibel und interaktiv sind, individuell angepasst werden können und Hindernisse wie Transportkosten oder fehlende Kinderbetreuung umgehen [110, 130]. In der Allgemeinbevölkerung konnte bereits nachgewiesen werden, dass zum Beispiel ein Fitness-Tracker allein eine erfolgreiche Intervention darstellen kann, jedoch zusätzliche Verhaltensinterventionen den Erfolg noch verstärken können [131]. Wichtig mit Blick auf sozial Benachteiligte ist die Erkenntnis, dass Fitness-Tracker besonders körperlich inaktive Personen zur Bewegung animiert haben [131].

10.2.2.5 Erwachsene im höheren und hohen Alter (ab 65 Jahren)

Auch im Hinblick auf das höhere Lebensalter gibt es bislang wenig Evidenz zu chancengerechten Bewegungs- und Ernährungsinterventionen. In der Folge lassen sich keine spezifischen Ansätze identifizieren, zu denen solide Wirksamkeitsnachweise vorliegen[40]. Wenn auch Reviews und Meta-Analysen zu ihrer Wirksamkeit fehlen, werden in der Literatur insbesondere die folgenden Ansätze diskutiert:
- Individuelle und gruppenbasierte Massnahmen zur **Bewegungsförderung im Rahmen von Alltagsaktivitäten,** die im Setting der Gemeinde durchgeführt werden und zum Beispiel edukative Ansätze mit Verhaltensänderungstechniken kombinieren. Diese Interventionen führen insgesamt zu einer Verbesserung der physischen und der psychischen Gesundheit, einer Steigerung der Vitalität und insbesondere auch zu einer Verringerung von Depressionen [132].
- Auch **technologiebasierte Interventionen** (z. B. über das Telefon, Internet oder mit einem Fitness-Tracker wie einem Schrittzähler) können zur Steigerung der körperlichen Aktivität im höheren Alter beitragen [133, 134]. Diese kombinierten Interventionen geben Feedback zur aktuellen körperlichen Betätigung und individualisierte Verhaltenstipps.
- **Präventive Hausbesuche durch Gesundheitsfachleute,** die zum Thema körperliche Aktivität im höheren Alter sensibilisieren [135]. Diese führten zu einer Stabilisierung der körperlichen Aktivität, obwohl sich unterschiedliche Wirkungen nach Alter und Geschlecht der Teilnehmenden feststellen liessen (die Interventionen waren bei älteren und weiblichen Personen erfolgreicher).

40 An dieser Stelle wird nochmals darauf hingewiesen, dass ein Fehlen von soliden Wirksamkeitsnachweisen nicht bedeutet, dass bisher umgesetzte Interventionen nicht erfolgreich sind und bezüglich gesundheitlicher Ungerechtigkeit im höheren Alter nichts zu machen ist. Dies kann auch einfach bedeuten, dass noch keine Reviews und/oder Meta-Analysen zu chancengerechten Bewegungs- und Ernährungsinterventionen im höheren Alter durchgeführt wurden.

- Präventive Hausbesuche lassen sich kombinieren mit dem Versand von computergenerierten, motivierenden **Briefen mit individualisierten Bewegungsauswertungen und konkreten Tipps zu Aktivitäten in der unmittelbaren Umgebung** [136]. Diese Empfehlung ist deshalb interessant, weil die positive Wirkung der Briefe nicht abhängig vom Bildungsniveau der älteren Personen zu sein scheint.

Demgegenüber lassen sich evidenzbasierte Erfolgskriterien für die Ernährungs- und Bewegungsförderung bei älteren Menschen formulieren. In der Allgemeinbevölkerung ist die Förderung der Bewegung bei älteren Personen dann am erfolgreichsten, wenn sie gruppenbasiert erfolgt und möglichst konkrete Angebote zur körperlichen Betätigung bietet (in der Gemeinde oder zu Hause) [133]. Zudem gelten Lebensphasenübergänge, (z. B. die Pensionierung) als geeignete Zeitfenster, um das eigene Verhalten gesundheitsförderlicher zu gestalten [133].
Spezifisch für sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen lassen sich die folgenden Erfolgskriterien identifizieren [132]:

- Eine inhaltliche und sprachliche Anpassung an den soziokulturellen Kontext. Dazu gehören beispielsweise eine Anpassung des schriftlichen Informationsmaterials für Teilnehmende, spezifische Musik zur Begleitung von Turnübungen oder Kursleitende aus dem soziokulturellen Umfeld der Teilnehmenden *(peer educators)*.
- Empowerment fördern, beispielsweise über einen personenzentrierten Ansatz.
- Das Vermitteln von Gesundheitsinformationen.
- Die Kombination von edukativen Ansätzen und Verhaltensänderungstechniken.
- Die Durchführung der Interventionen durch qualifiziertes Gesundheitspersonal.

Weitere Erfolgskriterien der Gesundheitsförderung mit benachteiligten älteren Menschen sind der Einbezug der Hausärztinnen und Hausärzte, präventive Hausbesuche und die soziale (Re-)Integration (z. B. über Gruppenangebote, Gemeinwesenarbeit) [29].

10.2.3 Fokus: Gender, Migrationshintergrund, LGBTI

Im Anschluss an die vorangehenden Empfehlungen, die im Hinblick auf Menschen mit einem tiefen SES formuliert wurden, fokussiert dieses Kapitel auf die horizontalen Benachteiligungsmerkmale Gender, Migrationshintergrund sowie sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität. Im Zentrum des Kapitels steht die Frage: Was sollte eine chancengerechte Förderung der psychischen Gesundheit spezifisch im Hinblick auf diese Merkmale beachten?

10.2.3.1 Gender

Im Bewegungs- und Ernährungsbereich zeigen Interventionen nicht selten geschlechterabhängige Wirkungen [114, 137–139]. Der Effekt geht dabei in unterschiedliche Richtungen, das heisst, manchmal profitieren Männer mehr als Frauen und umgekehrt. Dieser geschlechterabhängige Effekt kann sich in Bezug auf Verhaltensänderungen und Nutzungsweisen einer Massnahme zeigen. So stellte beispielsweise ein Review zur Nutzung von öffentlichen Parkanlagen – eine Massnahme zur Aufwertung der materiellen Lebensbedingungen – fest, dass zwar ungefähr gleich viele Frauen wie Männer die Pärke nutzten, die beiden Geschlechter aber unterschiedlichen Aktivitäten nachgingen: Männer nutzten diese häufiger für intensivere körperliche und sportliche Aktivitäten, während Frauen eher spazierten oder körperlich inaktiv waren [137].
Die Gründe für diese Geschlechterunterschiede in Nutzung und Wirkung sind anhand der gesichteten Studien nicht abschätzbar. Aus den empirischen Einsichten lassen sich dennoch einige allgemeine Empfehlungen für die Praxis ableiten:

- Eine gleichförmige Wirkung von Bewegungs- und Ernährungsinterventionen auf die Geschlechter kann nicht a priori vorausgesetzt werden, und deshalb ist das Merkmal *Gender* bei der Konzeption und Umsetzung sowie beim Monitoring und der Evaluation systematisch zu berücksichtigen.
- **Spezifische Interventionen,** die sich gezielt an Frauen (insbesondere mit einem Migrationshintergrund) richten, haben sich bewährt, wenn sie soziokulturelle und sprachliche Anpassungen vornahmen, partizipativ ausgerichtet waren, mit Gesundheitspromotorinnen aus der Zielgruppe arbeiteten oder in Settings der spezifischen Gemeinschaften (z. B. in Kirchen) durchgeführt wurden [130]. Auch im Hinblick auf die Förderung des Teamsports bei Mädchen wurden ähnliche Erfolgskriterien identifiziert, u. a. eine direkte Konsultation der Mädchen zur Frage, welche Sportart sie ausüben möchten, und die Förderung der Motivation zur Bewegung, zum Beispiel über

einen motivierenden, partizipativen Trainingsstil oder humorvolle Trainerinnen und Trainer [140].
- Ein wesentlicher Geschlechterunterschied liegt auch in der Untervertretung von Männern in Bewegungs- und Ernährungsinterventionen [141–143]. Dabei handelt es sich vor allem um die Frage der geeigneten **Rekrutierung von Männern** und – im Sinne der Chancengerechtigkeit – insbesondere der Rekrutierung von *sozioökonomisch benachteiligten* und *älteren* Männern. Um Männer vermehrt anzusprechen, werden unter anderem folgende Erfolgskriterien empfohlen: ein Fokus auf körperliche Aktivität und die Steigerung/Erhaltung der körperlichen Leistung, sprachliche Anpassungen (z. B. «Training» statt «Gymnastik») und die Rekrutierung und Durchführung in «Männersettings» (z. B. Vereinen, Organisationen, Sportclubs) [142, 144]. Es hat sich zudem gezeigt, dass ältere Männer insbesondere im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen (Pensionierung, körperliche Einschränkung, Tod von nahestehenden Personen) eine höhere Motivation aufweisen, sich mit den Themen Bewegung und Ernährung auseinanderzusetzen [144].

10.2.3.2 Migrationshintergrund

Bislang untersuchten erst wenige Studien explizit, wie sich Massnahmen zu den strukturellen Determinanten auf die Migrationsbevölkerung auswirken. Mehr Forschung ist deshalb nötig, um beurteilen zu können, wie solche Massnahmen idealerweise zu gestalten und umzusetzen sind.

Auf Ebene der sozialen Gesundheitsdeterminanten lassen sich hingegen einige klare Erfolgskriterien von Bewegungs- und Ernährungsinterventionen mit Migrantinnen und Migranten erkennen. Interventionen sind dann am erfolgreichsten, wenn sie …
- … inhaltlich und sprachlich an die Zielgruppe angepasst werden,
- … partizipativ sind,
- … im Rahmen von existierenden Strukturen und Settings innerhalb der Migrationsgemeinden stattfinden,
- … durch Personen aus der Zielgruppe oder durch bilinguales Personal durchgeführt werden [130, 145],
- … die Ebene der Familie einbeziehen (z. B. familienspezifische Werte ansprechen, Familienmitglieder involvieren) [146].

Ein Schweizer Grundlagenbericht zu Chancengleichheit und gesundem Körpergewicht betont ebenfalls die Bedeutung der Partizipation von Gesundheitsakteurinnen und -akteuren und Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen aus den Communities der Migrationsbevölkerung [58].

Gerade auch für die Migrationsbevölkerung liegen positive Wirkungsnachweise zu **webbasierten Angeboten** vor [147]. In Studien zur Gewichtsreduktion bei Minderheitengruppen in den USA erzielten webbasierte Angebote aussergewöhnlich hohe Halteraten von über 70 % [147], was das Potenzial und die Akzeptanz solcher Ansätze in benachteiligten Gruppen unterstreicht. Webbasierte Interventionen werden – nach heutigem Wissensstand – idealerweise mit punktueller persönlicher Unterstützung kombiniert [147] sowie sprachlich und inhaltlich an die Zielgruppe angepasst [148].

Ausserdem werden **zielgruppenspezifische Medienkanäle** als wichtiges Erfolgskriterium in Kampagnen bei der Migrationsbevölkerung genannt[41], das bislang jedoch eher vernachlässigt wurde [149, 150].

In Bezug auf Kinder mit Migrationshintergrund scheinen ähnliche Ansätze erfolgreich zu sein wie für allgemein sozioökonomisch benachteiligte Kinder (vgl. Kapitel 10.2.2.3) [145].

10.2.3.3 Sexuelle Orientierung und Genderidentität

Die sexuelle Orientierung und/oder die Genderidentität fanden in bisherigen Studien zu chancengerechten Bewegungs- und Ernährungsinterventionen noch kaum Beachtung – weder auf Ebene der strukturellen Determinanten noch im Hinblick auf soziale Gesundheitsdeterminanten [151, 152]. Dies steht im Kontrast zu empirischen Ergebnissen, wonach auch Mitglieder der LGBTI-Gemeinschaft von Gewichtsproblemen und sogar von einem erhöhten Risiko für Essstörungen betroffen sind [152, 153]. Die durchgeführte Literaturrecherche konnte folglich nur wenig Evidenz zu Ernährungs- und Bewegungsinterventionen finden, die zielgruppenspezifisch auf LGBTI-Menschen zugeschnitten waren.

41 Vgl. Kampagnen zur Tabakprävention in Kapitel 10.4.1.

Aus den USA sind einige erfolgreiche **zielgruppenspezifische Interventionen** zur Förderung der Bewegung und gesunden Ernährung mit lesbischen und bisexuellen Frauen bekannt [154]. Erfolgskriterien in diesen Interventionen sind die Durchführung im Gruppensetting und mit lokalen Organisationen der Zielgruppe sowie ein Fokus auf körperliche Aktivität anstelle der Thematisierung des Gewichts, da Letzteres als Ausdruck eines heteronormativen Körperbildes verstanden werden kann [154].

Eine weitere Studie weist darauf hin, dass **geschlechterneutrale Umkleidekabinen** in Sporteinrichtungen (Damen und Herren) insbesondere für Transmenschen, aber teilweise auch für homosexuelle und bisexuelle Menschen ein Hindernis auf dem Weg zu mehr körperlicher Aktivität abbauen können [152]. Explizite Studien, die die Wirkung von geschlechterneutralen Umkleidekabinen auf das Bewegungsverhalten untersuchten, liessen sich im Rahmen der Literaturrecherche jedoch nicht finden.

Mehrere Studien erwähnen, dass die **Auseinandersetzung mit normierten Körperbildern** einen geeigneten Anknüpfungspunkt für die Bewegungs- und Ernährungsförderung bei LGBTI-Jugendlichen darstellen könnte [152, 153]. Das Thema «Positives Körperbild» erlaubt eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Aspekten wie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, Essstörungen und psychische Gesundheit.

10.2.4 Praxisbeispiele aus der Schweiz

Im Folgenden werden einige Schweizer Projekte zur chancengerechten Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung vorgestellt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass a) die Projekte gut dokumentiert sind, b) die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Ansätze und Erfolgskriterien illustriert werden und c) die Beispiele verschiedene Lebensphasen und ungleichheitsrelevante Merkmale abdecken. Die Auswahl erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Zahlreiche beispielhafte Projekte konnten aus Platzgründen nicht aufgeführt werden.

- **Frühförderprogramme für Kinder, z. B. schritt:weise** (https://www.a-primo.ch/de/angebote/schritt-weise/uebersicht): Sozial benachteiligte Familien werden von geschulten Laien (oft selbst Migrantinnen) zu Hause besucht und zu Themen der kindlichen Frühförderung, des Bildungssystems in der Schweiz und der Gesundheitsförderung beraten. Des Weiteren wird die soziale Integration der Familien gefördert.
- **Beratung von Eltern mit Migrationshintergrund zur Förderung von Bewegung und Ernährung ab der Geburt, z. B. Miges Balù** (https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Steckbrief_MigesBalu_082017.pdf): Die Mütter- und Väterberatung ist ein bestehendes niederschwelliges Angebot im Setting der Gemeinde, das antizipierte Beratungen für Eltern anbietet. Miges Balù unterstützt diese darin, Familien mit Migrationshintergrund besser zu erreichen und eine ausgewogene Ernährung und regelmässige Bewegung ab der Geburt zu fördern. Dies geschieht mithilfe von interkulturell Vermittelnden und über Weiterbildungen zu den Themen transkulturelle Kompetenz, Bewegung und Ernährung, Körperwahrnehmung usw. für Mütter-Väter-Beratende und für interkulturell Vermittelnde.
- **Tanzangebot für Mädchen und junge Frauen, z. B. roundabout** (http://www.roundabout-network.org/home): Das Tanzangebot fördert nebst der körperlichen Aktivierung von Mädchen und jungen Frauen auch deren Selbstwertgefühl. Obwohl die Tanzkurse nicht ausschliesslich benachteiligte Mädchen und junge Frauen ansprechen, nutzen Mädchen oder junge Frauen aus tieferen sozioökonomischen Schichten das Angebot roundabout häufiger als andere konventionelle Tanzangebote.
- **Geburtsvorbereitungskurse mit interkulturell Dolmetschenden, z. B. Mamamundo** (http://www.mamamundo.ch): In Vorbereitungskursen werden schwangere Frauen mit Migrationshintergrund in die Themen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eingeführt. Zudem praktizieren sie gemeinsam Körperübungen. Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen oder medizinisch Betreuende aus Spitälern erleichtern den Zugang zu diesen Frauen.
- **Gesundheitsförderung und Prävention in der Familie, Runde Tische für Migrantinnen und Migranten, z. B. FemmesTische oder Männer-Tische bzw. Väter-Foren** (https://femmestische.ch/): FemmesTische bietet Frauen die Möglichkeit, sich in ungezwungenen Diskussionsrunden mit Fragen zu Erziehung und Gesundheit auseinanderzusetzen. Im privaten Rahmen lädt eine Gastgeberin sechs bis acht Mütter aus ihrem Bekanntenkreis zu sich nach Hause ein. Die Mode-

ration regt mit einem kurzen Film, thematischen Bildern oder anderen Materialien das Gespräch über das gewählte Thema unter den Beteiligten an. An diesen Gesprächsrunden erhalten Frauen mit Migrationshintergrund verständliche Informationen, wie sie ihre Gesundheit und jene ihrer Kinder fördern können. Spezifische Module zur Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung von Kindern im Vorschul- und im Primarschulalter sowie der Frauen selbst stehen zur Verfügung. Auch Materialien zur Tabakprävention und neu auch zur Stärkung der psychischen Gesundheit liegen vor. Der *«Peer Group Education»*-Ansatz ist in der niederschwelligen Elternbildung und insbesondere im Migrationsbereich ein vielversprechender Ansatz.

- **Feierabendtreffs für ältere Männer, z. B. «Feierabendtreff Männer 60-plus»** (http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_304.pdf): In Feierabendtreffs werden Männer 60+ zum Beispiel über die Pensionierung in Kombination mit dem Thema Partnerschaft informiert. Den Zugang zu diesen Männern erleichterten mehrere Organisationen wie Pro Senectute Region Bern/ZIA, Pfarreien und das Forum Männergesundheit. Das Projekt ist partizipativ aufgebaut und könnte speziell auch für benachteiligte Männerzielgruppen adaptiert werden.

10.2.5 Zusammenfassung

Die skizzierten Ansätze werden im Folgenden in einer vereinfachten Version des Erklärungsmodells dargestellt (siehe Kapitel 6). Dieses handlungsorientierte Modell will zusammenfassend illustrieren, wie sich die gesundheitliche Chancengleichheit im Ernährungs- und Bewegungsbereich erhöhen lässt. Für unterschiedliche Politikbereiche und Gesundheitsdeterminanten lassen sich so konkrete und praxisbewährte Massnahmen aufzeigen. Dank dieser Darstellungsweise wird ersichtlich, wie die verschiedenen Massnahmen zusammenhängen und kombiniert werden können. Beispielsweise wird die Massnahme «Förderung des Angebots an gesundem Essen in benachteiligten Quartieren» (auf der Ebene der materiellen Lebensbedingungen) sinnvollerweise ergänzt durch Massnahmen zu strukturellen Determinanten wie «Anpassung von Lebensmittelpreisen» oder «finanzielle Anreize für eine gesunde Ernährung». Das Modell erleichtert somit die systematische Planung einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention.

ABBILDUNG 13

Wirksame Ansätze zur Förderung von Ernährung und Bewegung mit sozial Benachteiligten

Strukturelle Determinanten

Ziel der Massnahmen
Reduktion von sozialer Ungleichheit bzw. sozialer Benachteiligung aufgrund von vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmalen. Die Massnahmen betreffen die übergeordnete politische und soziostrukturelle Ebene.

Wirtschaftspolitik (allgemein)
- Anpassung der Lebensmittelpreise (Erhöhung der Preise für «ungesunde» Nahrungsmittel)
- Finanzielle Anreize für gesunde Ernährung (Subventionen)
- Vergünstigungen und steuerliche Abzüge für Sportkurse für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien

Soziale Determinanten der Gesundheit

Ziel der Massnahmen
Unterschiede in Ressourcen und Belastungen in den folgenden Faktorengruppen ausgleichen:

Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Gestaltung der Umwelt (Erhöhung der Anzahl Spielplätze oder Grünflächen, Förderung der Alltagsbewegung durch Spazier- und Fahrradwege)
- Zurverfügungstellung von kommunalen Sporteinrichtungen
- Förderung des Angebots an gesundem Essen in benachteiligten Quartieren
- Strukturelle Massnahmen an Schulen zur Förderung von Bewegung und Ernährung (Leitlinien, Strategien und Konzepte)
- Ausweitung des Angebots an gesundem Essen in Schulen
- Ausweitung der Gelegenheiten zur sportlichen Betätigung in Schulen
- Spezifische Bewegungs- und Ernährungsinterventionen am Arbeitsplatz
- Geschlechterneutrale Umkleidekabinen in Sporteinrichtungen

Psychosoziale Faktoren
- Interventionen zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle
- Auseinandersetzung mit normierten Körperbildern

Gesundheitsverhalten
- Multikomponenteninterventionen, die Verhaltenstechniken, Sensibilisierung und Information sowie Anpassungen der Lebensbedingungen kombinieren
- Präventive Hausbesuche durch Gesundheitsfachleute zur Sensibilisierung für das Thema körperliche Aktivität
- Bewegungsförderung im Rahmen von Alltagsaktivitäten
- Zielgruppenspezifische Medienkampagnen und -kanäle zur Sensibilisierung für die Themen körperliche Aktivität und Ernährung
- Technologiebasierte Interventionen (z.B. Fitness-Tracker)

Gesundheit

Angestrebter Impact
Reduzierte gesundheitliche Ungerechtigkeit im Hinblick auf die Sterblichkeit (Mortalität), die Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität), die Lebensqualität und das Wohlbefinden

10.3 Themenbereich Psychische Gesundheit

In diesem Kapitel werden evidenzbasierte Ansätze **(fett markiert)** und Erfolgskriterien (unterstrichen) einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit vorgestellt.

10.3.1 Massnahmen zu strukturellen Determinanten bei tiefem sozioökonomischem Status

Massnahmen zu den strukturellen Determinanten sind in der Förderung der psychischen Gesundheit generell bedeutsam – und insbesondere, wenn die psychische Gesundheit von Menschen mit tiefem SES verbessert werden soll.

Eine spezifische Massnahme zur Förderung der psychischen Gesundheit liegt in der Veränderung von gesellschaftlichen Normen und Werten. Dies wird durch **Kampagnen zur Reduktion der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Erkrankungen** angestrebt[42]. Die Reduktion der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen gilt als eine wichtige Massnahme, um psychische Gesundheit zu fördern [155]. Üblicherweise werden im Rahmen von Kampagnen eine oder mehrere der folgenden Strategien angewendet [156]:

- die Kontaktherstellung zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen,
- die Verbreitung von audiovisuellem Material mit persönlichen Geschichten von Betroffenen,
- die Wissensvermittlung zur Entstehung und den Folgen von psychischen Erkrankungen,
- die Schulung von medizinischem Fachpersonal zur Kontaktaufnahme mit Betroffenen,
- Advocacy, das heisst öffentliche Kampagnen, die für ein Ende der Stigmatisierung einstehen.

Gemäss heutigem Wissenstand scheint eine Kombination von Kontaktherstellung zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen sowie Wissensvermittlung am effektivsten zu sein [156].

Abgesehen von dieser spezifischen Massnahme werden in der Literatur vorwiegend strukturelle Massnahmen diskutiert, die sich nicht ausschliesslich oder explizit auf die psychische Gesundheit beziehen. Diese Interventionen zu den strukturellen Determinanten können die psychische Gesundheit nicht immer direkt und messbar beeinflussen [157]. Sie schaffen aber vielfach die Vorbedingungen, um gesundheitliche und soziale Probleme überhaupt anzugehen [158]. Zudem – und das zeigt das Erklärungsmodell (siehe Kapitel 6) – tragen diese Massnahmen zu einer Reduktion der sozialen Ungleichheit bei und beugen damit auch der Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit vor. Die allgemeinen strukturellen Massnahmen, die sich in der Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen mit tiefem SES bewährt haben, werden im Folgenden skizziert:

- Der **Armutsabbau** gilt als eine der prioritären Massnahmen, um die psychische Gesundheit von benachteiligten Personen zu fördern und psychischen Erkrankungen vorzubeugen [158, 159]. Die Stabilisierung der ökonomischen Situation von Familien mit Kindern ist dabei von besonderer Bedeutung: Ein tiefer sozioökonomischer Status ist mit diversen negativen Einflüssen auf die psychische Gesundheit assoziiert, die sich auch im Erwachsenenalter noch negativ auf die Gesundheit auswirken können [160]. Unter Armutsabbau werden unterschiedliche Massnahmen subsummiert wie die Förderung von fairen Mindestlöhnen, die Umverteilung von Geldern in der Gesellschaft oder die Vorbeugung gegen Schulden(-fallen). Dabei ist zu bedenken, dass benachteiligte Gruppen eventuell zusätzliche Unterstützung auf individueller Ebene brauchen, um von den bestehenden Angeboten zur Armutsbekämpfung überhaupt Gebrauch zu machen und die eigene finanzielle Situation optimieren zu können [161].
- Ein **erleichterter Zugang zum Arbeitsmarkt** hat gleichzeitig einen positiven Einfluss auf den Armutsabbau und auf die psychische Gesundheit [158]. Zwei Erfolgskriterien scheinen dabei besonders bedeutsam zu sein: Erstens, dass die Programme auf benachteiligte Personen ausgerichtet sind. Und zweitens, dass eine gute Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitssystem aktiv entwickelt wird [158].
- Im Hinblick auf Erwachsene im Erwerbsalter haben sich zudem die Erleichterung der Arbeits-

42 Als Beispiel sei auf die *«See Me»*-Kampagne zum Abbau der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen verwiesen: https://www.seemescotland.org/

suche und Wiedereingliederungsprogramme bewährt. **Trainingsprogramme zur Erleichterung der Arbeitssuche** waren vor allem dann erfolgreich, wenn sie gruppenbasiert waren, den Teilnehmenden eine aktive Partizipation ermöglichten und konkrete Fähigkeiten vermittelten (z. B. soziales Netzwerk nutzen, Bewerbungsunterlagen erstellen, Bewerbungsgespräch meistern) [158]. In Bezug auf Personen mit existierenden psychischen Erkrankungen (oder mit psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit) scheinen **Wiedereingliederungsprogramme** in den primären Arbeitsmarkt die psychische Gesundheit stärker zu fördern als Beschäftigungsprogramme. Wichtige Erfolgskriterien sind dabei die Vermittlung zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden sowie die Betreuung der Arbeitnehmenden während des beruflichen Wiedereinstiegs [162, 163].

- Ein universeller **Zugang zu qualitativ guten Betreuungsangeboten für Kleinkinder** hilft sozioökonomische Unterschiede zu verringern, da Kinder aus benachteiligten Verhältnissen tendenziell stärker von diesen Angeboten profitieren als Gleichaltrige aus bessergestellten Familien [164]. Diese Massnahme kann eine wesentliche Grundlage für eine positive kindliche Entwicklung legen und zeigt positive Wirkungen auf den späteren schulischen Erfolg und den sozioökonomischen Status im Erwachsenenleben [165]. Da gesundheitliche Ungerechtigkeit unter einer Lebenslaufperspektive zu betrachten ist, enthalten solche Angebote ein grosses und nachhaltiges Potenzial.

10.3.2 Massnahmen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten bei tiefem sozioökonomischem Status

Die folgenden Massnahmen zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten, die sich in der Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen mit tiefem SES bewährt haben, werden – wenn möglich – nach Lebensphasen unterteilt.

10.3.2.1 Lebensphasenübergreifend

In der Literatur wird eine Reihe an Massnahmen zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten beschrieben, die die psychische Gesundheit von sozioökonomisch benachteiligten Menschen wirksam fördern. Dazu gehören die folgenden Massnahmen [158, 159]:

- Die **Verbesserung der Wohnsituation** ist einer der am besten belegten Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit von benachteiligten Personen [158]. Dabei sind unterschiedliche Massnahmen denkbar und wirksam: a) Förderung von Strukturen, die benachteiligte Personen darin unterstützen, sich eine Wohnung überhaupt leisten zu können, b) Förderung der sozialen Durchmischung in Quartieren und c) Förderung von Sanierungs- und Renovierungsarbeiten von Wohnungen in benachteiligten Gegenden (ohne Erhöhung der Mietpreise).
- Sozioökonomisch Benachteiligte erleben unterschiedliche Schwierigkeiten beim Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen (siehe Kapitel 6.4.2). Die **Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsinformationen** trägt deshalb zur Verbesserung der physischen, aber auch der psychischen Gesundheit bei [158]. Der Zugang zu Gesundheitsangeboten kann mithilfe von unterschiedlichen Massnahmen niederschwellig gestaltet werden. Einerseits können Gemeinden mit einflussreichen Peers aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen zusammenarbeiten, die die Bedürfnisse ihrer Gruppe mitteilen (und so mithelfen, die Angebote zielgruppengerecht zu gestalten). Sie können aber auch helfen, die Gesundheitsangebote in ihrer Community bekannt zu machen. Andererseits können Gemeinden mit Sozialarbeitenden zusammenspannen, die ihrerseits benachteiligte Personen aufsuchen und diese zur Inanspruchnahme von universellen Angeboten motivieren. Schliesslich kann für die Angebote oder durch das medizinische Fachpersonal eine zielgruppenspezifische Sprache gewählt werden (vereinfacht, deutlich, auf Bedürfnisse eingehend, Vorurteile gegenüber dem Regelsystem abbauend) [158].
- Zahlreiche Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen dem **Zugang zu Erholungsräumen** (Pärke, Wälder und Wasserstellen) und der psychischen Gesundheit hin [155, 158]. In der letzten europäischen Erhebung zur Lebensqualität [170] zeigte sich: Die psychische Gesundheit von Bevölkerungsgruppen mit tiefem SES näherte sich umso mehr der psychischen Gesundheit von sozioökonomisch privilegierten Personen an, je besser ihr Zugang zu Erholungsräumen war. Während der Ausbau von Erholungsräumen also nicht automatisch die körperliche Aktivität von benachtei-

ligten Bevölkerungsgruppen erhöht (siehe Kapitel 10.2.1), scheint der Zugang zu Erholungsräumen bezüglich der psychischen Gesundheit umso relevanter zu sein.
- Soziale Isolation erhöht das Risiko für psychische Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund trägt die **Förderung von Strukturen, die die soziale Integration von benachteiligten Personen begünstigen,** wesentlich zur Erhöhung der psychischen Gesundheit bei [158].

10.3.2.2 Schwangerschaft und frühe Kindheit (–9 Monate bis 3 Jahre)

In der frühen Kindheit sind **Unterstützungsprogramme für Eltern** der zentrale Ansatz, der nachweislich eine positive Wirkung auf die Erziehungskompetenzen von Eltern und damit verbunden auf das psychische Wohlbefinden von benachteiligten Kindern hat [158]. Diese Programme werden oft im Gruppensetting angeboten, aber auch Hausbesuche oder eine Kombination beider Formen sind möglich [164]. Ein zentrales Instrument der Interventionen sind meist Situationsvignetten aus dem Erziehungsalltag [171] – also konkrete Fallbeispiele, in denen eine Ausgangslage skizziert wird und konkrete Lösungen aufgezeigt werden.
Folgende Erfolgskriterien für gruppenbasierte Unterstützungsprogramme mit benachteiligten Eltern liessen sich aus der Literaturstudie ableiten:
- Beginn der Programme bereits während der Schwangerschaft, das heisst, dass eine chancengerechte Förderung der psychischen Gesundheit idealerweise möglichst früh ansetzt, um psychischen Problemen im Erwachsenenalter vorzubeugen [158, 159, 162, 164, 172].
- Die Rekrutierung und Durchführung in der Gemeinde statt in der medizinischen Regelversorgung [173].
- Das Anbieten des Programms im Rahmen der Einschulung [173].
- Die zeitliche Anpassung des Programminhalts an die Bedürfnisse der Zielgruppe (z. B. Behandlung eines Themas / einer Situation, bis diese gemeistert werden kann) [173].
- Die frühzeitige partizipative Einbindung von Organisationen der Zielgruppe in die Entwicklung oder Adaptierung der Programme [174].

Neben dem Gruppensetting können Unterstützungsprogramme für Eltern auch im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt werden. Dabei ist besonders eine Kombination von Hausbesuchen mit gruppenbasierten Angeboten sowohl für die Eltern als auch für die Kinder erfolgversprechend [164]. Die Person, die Hausbesuche durchführt, sollte gut qualifiziert sein, das heisst entweder eine Fachperson oder ein Laie mit spezifischem Training [158, 164].

10.3.2.3 Kindheit und Jugend (4–20 Jahre)

In der Kindheit und Jugend ist die **Schule das zentrale Setting zur Förderung der psychischen Gesundheit.** Im schulischen Setting werden verschiedene Ansätze angewandt, in deren Zentrum häufig die Förderung der psychosozialen Faktoren steht:
- Insbesondere die **Stärkung der Resilienz, der sozio-emotionalen Kompetenzen und der Lebenskompetenzen** (vor allem **achtsamkeitsbasierte Ansätze**) haben sich als wirksam zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erwiesen [158, 175–179]. Ansätze zu sozio-emotionalen Kompetenzen bzw. Lebenskompetenzen beinhalten unter anderem die Förderung von Selbstvertrauen, Selbstmanagement, der Beziehungsfähigkeiten und der Entscheidungsfähigkeit [176]. Resilienz-fokussierte Ansätze zielen auf die Stärkung von schützenden Faktoren ab, wobei neben kognitiver Verhaltenstherapie wiederum die Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen, aber auch Achtsamkeitstrainings oder der Ansatz der positiven Psychologie zielführend sein können [175].
- Weiter konnten **schulische Interventionen zu *Mental Health Literacy*, Einstellungen zur psychischen Gesundheit und Verhaltensänderungen** (z. B. im Sinne einer vermehrten Beanspruchung von Hilfe) Erfolge erzielen. Dabei zeigte sich, dass sich insbesondere die *Mental Health Literacy* verbessern liess (also Wissen und Kompetenzen im Vorbeugen, Erkennen und Management von psychischen Erkrankungen), während Einstellungen und Verhaltensweisen schwieriger zu verändern waren [180]. Letzteres gilt auch für Interventionen zur Suizidprävention [181].

Diese Ansätze sind auch bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern und solchen mit Minoritätshintergrund erfolgreich [167, 178]. Unabhängig vom Ansatz haben sich die folgenden Erfolgskriterien in schulischen Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit von benachteiligten Kindern bewährt [158, 165, 182]:

- die Durchführung durch Peers,
- ein Fokus auf interaktive Aktivitäten,
- periodische Follow-ups,
- der Einbezug mehrerer Ebenen,
- themenübergreifende Kombinationen, wobei sich insbesondere die folgenden Schwerpunkte einzeln und in Kombination als wirkungsvoll erwiesen: psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, gesunde Ernährung und körperliche Aktivität,
- der *«Health promoting school approach»* der WHO (1996), eine längerfristige, die gesamte Schule umfassende Intervention auf mehreren Ebenen (Eltern, Lehrpersonen, Schülerinnen und Schüler).

Während es für die Lebensphase Kindheit kaum Evidenz zur Wirkung und Chancengerechtigkeit von Ansätzen in nicht schulischen Settings gibt, finden sich für die Jugend eine kleine Zahl an Studien zu Massnahmen in ausserschulischen Settings:

- **Familienzentrierte, zielgruppenspezifische Interventionen** konnten das Wohlbefinden von benachteiligten Jugendlichen erfolgreich steigern [183]. Alle waren sie gruppenbasiert, richteten sich an Eltern und Jugendliche gleichzeitig und stärkten Erziehungskompetenzen sowie ein funktionierendes Familienleben. Ein weiteres Erfolgskriterium war die Durchführung der Interventionen in der Muttersprache der Teilnehmenden [183].
- Uneinigkeit besteht bezüglich der Wirksamkeit von **Freizeitangeboten zur positiven Entwicklung in der Jugend** *(positive youth development)* [165, 181]. Ein Review, der diese bei benachteiligten Jugendlichen als wirksam einstuft, identifiziert als Erfolgskriterien die Anwendung der SAFE-Prinzipien *(sequenced, active, focused, and explicit;* zu Deutsch: aufeinander folgend, aktiv, fokussiert, klar definiert) und die gezielte Förderung von mindestens einer der folgenden Lebenskompetenzen mittels evidenzbasierter Methoden: Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Selbstbeherrschung, Problemlösung, Leadership, Entscheidungsfindung und Konfliktlösung [165].
- **Gemeindeweite Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention von Verhaltensproblemen** bei Kindern und Jugendlichen wurden u. a. im Programm *Communities that Care* erfolgreich erprobt [166]. Bei diesem Programm handelt es sich um ein Planungssystem, das die Vernetzung unter den relevanten Akteurinnen und Akteuren auf Gemeindeebene fördert und sie bei der Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsplänen unterstützt [167]. Das Programm konnte nachweislich das Risiko für kriminelles Verhalten [168], Gewalt und Substanzkonsum (u. a. Tabak) bei Jugendlichen verringern [169]. Zudem konnte eine Stärkung von protektiven Faktoren für eine gesunde Entwicklung gemessen werden, wie zum Beispiel mehr Gelegenheiten für eine positive soziale Beteiligung auf Gemeindeebene *(prosocial involvement),* mehr Interaktionen mit prosozialen Peers und eine Stärkung von sozialen Fähigkeiten [166].

Wie in der Lebensphase Kindheit gibt es auch bei benachteiligten Jugendlichen bislang kaum belastbare Evidenz zu **technologiebasierten Interventionen** [181, 184] sowie zur Förderung der psychischen Gesundheit mittels **körperlicher Aktivität** [181].

10.3.2.4 Erwachsene im Erwerbsalter (Fokus Beruf – 21–65 Jahre)

Das Setting des Arbeitsplatzes spielt eine zentrale Rolle in der Förderung der psychischen Gesundheit von erwerbstätigen Menschen[43]. In diesem Setting können insbesondere die **Regulierung von Arbeitsbedingungen** und die **Veränderung der Arbeitsorganisation** den Stress am Arbeitsplatz verringern und die psychische Gesundheit von Arbeitnehmenden positiv beeinflussen [165]. Dazu gehören gesicherte Arbeitsverhältnisse und gesundheitsförderliche Arbeitsmodelle (z. B. in Bezug auf Schichtarbeit). Spezifische Untersuchungen zur Chancengerechtigkeit dieser Massnahmen konnten jedoch nicht gefunden werden. Grundsätzlich scheint für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen insbesondere die Regulierung von Arbeitsbedingungen im Tieflohnbe-

43 Bewährte Massnahmen mit Erwachsenen, die nicht ins Erwerbsleben integriert sind, wurden bereits im Kapitel 10.3.1 diskutiert.

reich von Bedeutung[44]. Positive Wirkungsnachweise erbrachten zudem **Arbeitgeberschulungen** zum Thema psychische Gesundheit und Massnahmen zur Förderung der Arbeitnehmenden in **Kommunikations- und Stressbewältigungsstrategien** [172].

Die Reduktion der sozialen Isolation von benachteiligten Personen mittels ***social prescribing*** ist gegenwärtig ebenfalls noch wenig erforscht, wird aber von verschiedenen Autoren als erfolgversprechend eingestuft [158, 162]. Dieser Ansatz setzt auf sogenannte *link workers*, die einsamen Personen Möglichkeiten zu sozialen Aktivitäten aufzeigen. *Social prescribing* geschieht bisher vor allem in England, Kanada und Holland über die Gesundheitsversorgung und soziale Dienste.

Weiter werden **technologiebasierten Interventionen** im Erwachsenenalter ein grosses Potenzial zur Förderung der psychischen Gesundheit von benachteiligten Gruppen zugeschrieben [185]. Dies unter anderem, weil sie den Zugang zu Angeboten erleichtern und dank grösserer Anonymität eine Stigmatisierung verhindern. Vereinzelte Studien zu technologiebasierten Interventionen mit benachteiligten Gruppen liegen vor, in denen mehrheitlich eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit festgestellt wurde [185]. Benachteiligte Personen selbst nahmen den Zugang zu diesen Interventionen jedoch nicht immer als einfacher und anonymer wahr als zu herkömmlichen Angeboten (z. B. bestanden Zweifel zur Datensicherheit) [185].

10.3.2.5 Erwachsene im höheren und hohen Alter (ab 65 Jahren)

Die Förderung der psychischen Gesundheit von älteren benachteiligten Personen ist noch unzureichend erforscht. An dieser Stelle werden Ansätze und Erfolgskriterien vorgestellt, die sich generell in der Förderung der psychischen Gesundheit im Alter bewährt haben und die auch für ältere Menschen mit tiefem SES relevant sein dürften.

Kritische Lebensereignisse, die für das höhere Alter typisch sind, gehen häufig mit einem Verlust von sozialen Beziehungen einher und erhöhen das Vereinsamungsrisiko (wie Pensionierung, Mobilitätseinschränkungen aufgrund von Erkrankungen oder der Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin oder von Freundinnen und Freunden). Aus diesem Grund sind im höheren Alter **Massnahmen zur sozialen (Re-) Integration** ein zentraler Aspekt der Förderung der psychischen Gesundheit [186]. Dabei ist insbesondere auf geeignete Zugangswege zu achten, um von Einsamkeit betroffene Personen zu erreichen. Der Zugang sollte möglichst niederschwellig, situationsgerecht und wertschätzend gestaltet und der Mobilität der betroffenen Personen angepasst sein [187]. Im Hinblick auf Personen mit eingeschränkter Mobilität beinhaltet dies aufsuchende Angebote sowie Angebote mit Fahrdiensten. Zudem sollte der Zugang frühzeitig gesucht werden, wobei kritische Lebensereignisse als Anknüpfungspunkt genutzt werden können. Weiter werden sich wiederholende Angebote sowie eine personelle und örtliche Kontinuität empfohlen. Bei aufsuchenden Angeboten ist schliesslich auch auf gegenseitige Sympathie und auf gemeinsame Interessen zwischen Interventionsnutzenden und -anbietenden zu achten [187].

Generell haben sich im höheren Alter **multidimensionale Ansätze** zur Förderung der psychischen Gesundheit als wirksam erwiesen [132, 188]. Unter multidimensional werden Interventionen verstanden, die mehrere Ziele gleichzeitig verfolgen, wie zum Beispiel die Steigerung von sozialen Aktivitäten und Gemeinwesenarbeit, die Steigerung der körperlichen Aktivität und das Training bestimmter Fähigkeiten oder des Gedächtnisses [188]. Spezifisch für benachteiligte Gruppen wurden folgende Erfolgskriterien für multidimensionale Interventionen identifiziert [132]:

- soziokulturelle und sprachliche Anpassungen,
- ein personenzentrierter, auf Empowerment ausgerichteter Ansatz,
- das Vermitteln von Gesundheitsinformationen,
- die Förderung der körperlichen Aktivität,
- die Durchführung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal.

10.3.3 Fokus: Gender, Migrationshintergrund, LGBTI

Nachdem in den beiden vorangehenden Kapiteln Ansätze und Erfolgskriterien im Hinblick auf Menschen mit tiefem SES formuliert worden sind, fokussiert dieses Kapitel auf die horizontalen Benach-

44 Im Hinblick auf arbeitslose Erwachsene scheint sich insbesondere die (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt nachweislich positiv auf die psychische Gesundheit auszuwirken. Solche Massnahmen werden im Kapitel zu den strukturellen Determinanten diskutiert.

teiligungsmerkmale Gender, Migrationshintergrund sowie sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität. Im Zentrum des Kapitels steht die Frage: Was sollte eine chancengerechte Förderung der psychischen Gesundheit spezifisch im Hinblick auf diese Merkmale beachten?

10.3.3.1 Gender

Das Geschlecht – binär verstanden als Mann und Frau – ist ein wichtiges Merkmal, das die Planung, die Umsetzung und die Wirkung von Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in unterschiedlicher Weise beeinflusst:

- Ungleich verteilte *psychosoziale Ressourcen und ungleiche Belastungen* können zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen führen [189].
- Frauen und Männer können unterschiedlichen *Ursachen von Stress* ausgesetzt sein [190].
- Universelle – das heisst nicht zielgruppenspezifische – Interventionen können *unterschiedliche Effekte* bei Frauen und Männern zeigen (siehe Kapitel 10.2.3.1). So fördern beispielsweise universelle, schulbasierte Interventionen die psychische Gesundheit von Mädchen und Jungen nicht zwingend im gleichen Ausmass [191].

Vor diesem Hintergrund werden in der Literatur verschiedene Strategien diskutiert, wie mit geschlechtsspezifischen Differenzen in der Gesundheitsförderung und Prävention umgegangen werden kann. Im Hinblick auf die strukturellen Determinanten lassen sich insbesondere die folgenden drei Ansätze identifizieren:

- Insbesondere **bei Männern** gilt es, die **Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Erkrankungen zu fördern und zu entstigmatisieren** [190]. In diesem Zusammenhang sei beispielhaft auf die Kampagne *Man Up* aus Australien hingewiesen, die einen Dokumentarfilm zum Thema Männlichkeit und Suizid mit einer Kampagne in sozialen Medien kombiniert [192].
- Der in Kapitel 10.3.1 diskutierte Zugang zu **qualitativ guten Betreuungsangeboten für Kleinkinder** ist nicht nur im Hinblick auf einen tiefen sozioökonomischen Status wichtig, sondern auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Dieser Ansatz ist geeignet, die genderspezifischen Ungleichheiten auszugleichen, indem er beide Elternteile darin unterstützt, Berufsleben und Familienarbeit zu vereinen.
- Um Genderstereotypisierungen vorzubeugen, wird generell empfohlen, dass mögliche Auswirkungen von politischen Entscheiden und Massnahmen auf beide Geschlechter systematisch reflektiert werden ***(Gender Mainstreaming)*** [193].

Mit Blick auf die sozialen Gesundheitsdeterminanten nimmt die **Förderung von psychosozialen Faktoren** bzw. von Ressourcen und Resilienz einen zentralen Stellenwert ein. Empfehlenswert scheinen Interventionen, die gezielt genderspezifische Ungleichheiten ausgleichen und beispielsweise psychosoziale Ressourcen von Frauen fördern. Bei stark benachteiligten Frauen, die obdachlos sind oder Opfer von häuslicher Gewalt wurden, haben sich zielgruppenspezifische psychologische Interventionen bewährt [160]. Als erfolgreich erwiesen sich unter anderem die **kognitive Verhaltenstherapie, motivierende Gesprächsführung, edukative Ansätze (Information und Sensibilisierung)** und ***therapeutic communities*** (eine partizipative Gruppenintervention beispielsweise in Frauenhäusern) [160].

10.3.3.2 Migrationshintergrund

Die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen kann in einzelnen Gruppen der Migrationsbevölkerung erhöht sein und dadurch die Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen oder therapeutischen Angeboten erschweren [194]. Auch «soziokulturelle» Krankheits- und Heilungskonzepte können schulmedizinische Angebote als wenig relevant erscheinen lassen [156]. Diese Faktoren können – neben einer nicht diversitätsgerechten Ausgestaltung des Gesundheitssystems – zu sozial bedingten Unterschieden in der Gesundheit beitragen. Zum Zeitpunkt der Literaturrecherche konnten keine konkreten Interventionsansätze mit soliden Wirkungsnachweisen identifiziert werden, die zur Überwindung dieser «soziokulturellen» Hürden beitragen. Als mögliche Erfolgskriterien von zukünftigen Interventionen werden aber eine lebensweltliche Einbettung von Interventionen und eine partizipative Einbindung der Migrationsgemeinden genannt [194]. Auch zur Förderung von psychosozialen Faktoren in der Migrationsbevölkerung – als wichtige soziale Gesundheitsdeterminante – liessen sich kaum Reviews finden. Eine Ausnahme ist der **achtsamkeitsbasierte Ansatz,** der erfolgreich die psychische Ge-

sundheit von Jugendlichen aus Minoritätsgruppen in den USA stärken konnte [195, 196]. Bedeutsam ist auch, dass eine generell hohe Achtsamkeit ein persönlicher Schutzfaktor ist, der die negativen Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit abfedern kann [197, 198].

Ein wesentlicher Ansatz, der auf das Gesundheitssystem fokussiert, liegt im erleichterten **Zugang zu Gesundheitsinformationen.** Dies kann unter anderem durch eine einfache Sprache ohne Fachjargon, Angebote in der Herkunftssprache der Interventionsnutzenden und Hilfestellungen zum Finden von vertrauenswürdigen Informationen im Web gewährleistet werden [199].

10.3.3.3 Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität

Obwohl Mitglieder der LGBTI-Gemeinschaft einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen, Suizidalität usw.) ausgesetzt sind [200], gibt es erst wenige Reviews zur Förderung der psychischen Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe.

Auf Ebene der strukturellen Determinanten werden folgende Ansätze genannt, um die Chancengleichheit von LGBTI-Menschen im Bereich der psychischen Gesundheit zu verbessern:

- **Antidiskriminierungsgesetze und -policies, Sensibilisierungskampagnen** sowie weitere Ansätze, die sich mit gesellschaftlichen Normen und Werten befassen und entstigmatisierend wirken. Studien belegen die positive Wirkung von Antidiskriminierungsgesetzen auf die psychische Gesundheit [201, 202]. Als Erfolgskriterien für Sensibilisierungskampagnen werden der Fokus auf sexuelle Diversität und persönliche Geschichten genannt [203].
- Regulatorische Anpassungen in der Gesundheitspolitik, wie der **Abbau von finanziellen und rechtlichen Hürden im Bereich der Geschlechtsanpassung,** sind für Transmenschen zentral. Dazu gehören u. a. die Gewährleistung der Pubertätsverzögerung, der Zugang zu körperlichen Behandlungen ohne Altersgrenzen sowie die amtliche Geschlechtsanpassung auch ohne körperliche Eingriffe [203].
- Die positive Wirkung von **Anti-Mobbing-Leitlinien an Schulen** auf die psychische Gesundheit ist ebenfalls gut belegt [201, 202, 204]. Diese Massnahme soll zu einem offenen Schulklima beitragen und ist eine der Interventionen mit der besten Evidenzbasierung. Anti-Mobbing-Leitlinien fördern die psychische Gesundheit von jungen LGBTI-Menschen allerdings nur dann, wenn sie die sexuelle Orientierung explizit miteinbeziehen. Generelle Erfolgskriterien sind dabei die Schaffung von *Gay-Straight*-Allianzen[45], die Integration von LGBTI-relevanten Gesundheitsinformationen in den Lehrplan, ein Verbot von Mobbing aufgrund der sexuellen Orientierung und Genderidentität, die gezielte Weiterbildung von Lehrpersonen zur Schaffung eines sicheren Schulklimas sowie die Vernetzung mit Gesundheitsanbietern mit einem spezifischen Fokus auf LGBTI [201].

Mit Blick auf die sozialen Gesundheitsdeterminanten lassen sich zwei primäre Handlungsansätze unterscheiden, die gemäss der verfügbaren Literatur empfehlenswert sind. Der erste Ansatz liegt in der Stärkung von psychosozialen Faktoren und bezieht sich damit auf die einzelnen Mitglieder der LGBTI-Gemeinschaft (Stärkung der Ressourcen und Gesundheitskompetenz):

- Studien belegen, dass die **Stärkung von psychosozialen Ressourcen** von LGBTI-Jugendlichen wirksam Depressionen verringert und/oder zu einem besseren Umgang mit Stress führt. Dazu gehören u. a. die Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen mittels kognitiver Verhaltenstherapie und mittels positiver Identitätsbildung [205, 206] sowie die Förderung der sozialen Unterstützung und Vernetzung mit Peers durch ein Beratungs- und Austauschangebot [207]. Letztere Angebote werden nicht nur für LGBTI-Jugendliche selbst, sondern auch für deren Familien gefordert [203].
- Zur Förderung der psychischen Gesundheit mit erwachsenen LGBTI-Menschen ist lediglich eine Interventionsstudie (aus Genf) bekannt, die mithilfe einer zielgruppenspezifischen Kampagne zum Thema Depression die ***Mental Health Literacy*** und Aspekte der psychischen Gesundheit von schwulen Männern verbessern konnte [208].

45 *Gay-Straight*-Allianzen sind von Schülerinnen und Schülern aller sexuellen Orientierungen organisierte Clubs zur Förderung eines offenen Schulklimas und zur Sensibilisierung für LGBTI-Anliegen.

Der zweite Ansatz betrifft das Gesundheitssystem und verfolgt dabei insbesondere die Öffnung eines bislang heteronormativ geprägten Systems – also eines Gesundheitssystems, das auf Menschen ausgerichtet ist, die heterosexuell sind und sich mit dem bei Geburt zugeordneten Geschlecht identifizieren (sogenannte *«Cisgender»*). In der Literatur werden hierzu die folgenden Massnahmen diskutiert:

- Die **Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Regelversorgung** für das erhöhte Risiko von LGBTI-Menschen im Bereich der psychischen Gesundheit und die Anerkennung dieser Problematik seitens wichtiger Stakeholder. Zur Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren der Regelversorgung für die Anliegen von Transmenschen haben sich Interventionen bewährt, die den Kontakt zwischen Fachpersonen der Grundversorgung und Transmenschen herstellen [209].
- Der **Abbau von Barrieren in der Regelversorgung bzw. eine Steigerung von diversitätskompetenten Angeboten.** Um den Zugang zu Leistungen der psychischen Regelversorgung zu erleichtern, eignen sich diversitätsgerechte Anamnese-Tools (die sexuelle Orientierung und Genderidentität umfassend thematisieren) und spezifische *«Gay-friendly»*-Angebote, wie sie in mehreren Schweizer Städten bereits in der Form von sogenannten Checkpoints bestehen [203].
- Weiter wird eine gezielte **Öffnung der Suizidprävention für die Anliegen von LGBTI** gefordert [163]. Damit sind bestehende Angebote wie Hotlines und Sensibilisierungskampagnen sowie die klinische Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie angesprochen. Eine Öffnung der Angebote beinhaltet die Sensibilisierung von Fachpersonen und Schulen, die Identifizierung von LGBTI-freundlichen Interventionsangeboten, die partizipative Weiterentwicklung bestehender Angebote, sowie ein Peer-Support-Ansatz. Der Stärkung von psychosozialen Ressourcen soll dabei ein besonderes Gewicht zukommen und die gesamte Familie soll unterstützt werden. Neben der Öffnung von bestehenden Angeboten ist die **Schaffung von LGBTI-zielgruppenspezifischen Angeboten** zu prüfen [163]. So hat sich beispielsweise in den USA eine LGBTI-spezifische Suizidhotline bewährt [210].

Neben der Öffnung des Gesundheitssystems ist auch die Abbildung der gesellschaftlichen Diversität in Gesundheitsdaten zu verbessern. In den meisten Erhebungen und Interventionsstudien werden gegenwärtig noch kaum Daten zur sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität erhoben, was substanzielle blinde Flecken in den statistischen Daten zur Folge hat [211]. Um die Evidenzbasis zu erhöhen, ist die **Berücksichtigung der sexuellen Orientierung und der Genderidentität in Monitorings und Evaluationen** deshalb dringend zu empfehlen.

10.3.4 Praxisbeispiele aus der Schweiz

Im Folgenden werden einige Schweizer Projekte zur chancengerechten Förderung der psychischen Gesundheit vorgestellt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass a) die Projekte gut dokumentiert sind, b) die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Ansätze und Erfolgskriterien illustriert werden und c) die Beispiele verschiedene Lebensphasen und ungleichheitsrelevante Merkmale abdecken. Die Auswahl erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zahlreiche beispielhafte Projekte konnten nicht aufgeführt werden.

- **Sensibilisierung für sexuelle Orientierung, Diversität, z. B. GLL – Das andere Schulprojekt** (https://www.gll.ch): Das Schulprojekt GLL (Gleichgeschlechtliche Liebe Leben) führt Schulbesuche und Workshops zum Thema sexuelle Orientierung und Anderssein durch. Die Auseinandersetzung mit dem Thema geschieht über die persönlichen Lebensgeschichten und das Coming-out der Personen, die zu einem Schulbesuch eingeladen werden. Ein sachlicher Überblick über das Thema wird geboten. Die Schulbesuche sollen auch ein positives Klassenklima fördern.
- **Kampagne zum Umgang mit Suizidgedanken, z. B. Suizidprävention Kanton Zürich oder Pro Juventute** (http://www.reden-kann-retten.ch/ bzw. https://www.147.ch/de/suizidpraevention/): Die nationale Suizidpräventionskampagne Reden kann retten wurde von der SBB und Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich zusammen mit weiteren Partnerinnen und Partnern lanciert. Ziel ist, Suizidgedanken zu enttabuisieren und Personen zu befähigen, mit Betroffenen über dieses Thema zu sprechen. Insbesondere die Kampagne für Jugendliche im Jahr 2018 arbeitet mit persönlichen Geschichten: Menschen,

die in der Vergangenheit einen Suizidversuch überlebt haben, wollen andere Betroffene mithilfe ihrer Erfahrungen ermutigen, über Suizidgedanken zu sprechen.

- **Austauschtreffen für homosexuelle Männer, z. B. *Être Gai Ensemble*** (http://www.dialogai.org/services/etre-gai-ensemble/ und https://www.santegaie.ch/medias/2017/10/Evaluation_EGE-2005-1.pdf): Das Programm *Être Gai Ensemble* wird von der Organisation Dialogai getragen und beinhaltet unter anderem die Durchführung von Austauschateliers, Referaten und Ausstellungen zum Thema Homosexualität. Die psychische Gesundheit von homosexuellen Männern soll gefördert werden, indem diese darin unterstützt werden, die eigene Homosexualität zu akzeptieren und ein tragendes soziales Netzwerk aufzubauen.
- **Offene Gesprächsnachmittage für sozial isolierte Personen, z. B. für verwitwete Frauen in Zürich** (http://www.vefz.ch/treffpunkte/): Älteren, verwitweten Frauen wird die Möglichkeit geboten, ihre Anliegen und Fragen mit Frauen in der gleichen Situation zu thematisieren und gleichzeitig neue Kontakte zu knüpfen. Sie werden zusätzlich in die Planung und Gestaltung gemeinsamer Aktivitäten einbezogen und darin unterstützt, selbst gemeinsame Anlässe durchzuführen.
- **MigrantInnen leben gesund im Alter** (https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/aeltere-menschen/projekte.html). Das Projekt will die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten ab 65 Jahren im Bereich der psychischen Gesundheit stärken und sie sowie ihre Angehörigen mit den bestehenden Entlastungs- und Unterstützungsangeboten vertraut machen. Dabei werden insbesondere Suchtbelastungen anvisiert und zu entstigmatisieren versucht. Die Zielgruppen werden via Medienarbeit für die Thematik der psychischen Gesundheit und den risikoreichen Alkoholkonsum sensibilisiert. Methodisch baut das Projekt auf einem beziehungsgeleiteten und aufsuchenden Vorgehen sowie einem Multiplikatoransatz auf. Das Projekt geht über die reine Informations- und Wissensvermittlung durch externe Fachpersonen hinaus und verankert die Themen psychische Gesundheit und risikoreicher Alkoholkonsum mittels Veranstaltungen in den Strukturen der Migrationsgemeinschaften.

10.3.5 Zusammenfassung

Die skizzierten Ansätze werden im Folgenden in einer vereinfachten Version des Erklärungsmodells dargestellt (siehe Kapitel 6). Dieses handlungsorientierte Modell will zusammenfassend illustrieren, wie sich die gesundheitliche Chancengleichheit im Bereich der psychischen Gesundheit erhöhen lässt. Für unterschiedliche Politikbereiche und Gesundheitsdeterminanten lassen sich so konkrete und praxisbewährte Massnahmen aufzeigen. Dank dieser Darstellungsweise wird ersichtlich, wie die verschiedenen Massnahmen zusammenhängen und kombiniert werden können. Studien belegen beispielsweise, dass sich die Förderung der psychosozialen Ressourcen von LGBTI-Jugendlichen positiv auf deren psychische Gesundheit auswirkt. Um aber die psychische Gesundheit dieser Zielgruppe nachhaltig zu verbessern, empfehlen sich auch Massnahmen auf der vorgelagerten Ebene der strukturellen Determinanten. Denn durch eine Veränderung der gesellschaftlichen Werte und Normen sind LGBTI-Jugendliche weniger Diskriminierung und folglich weniger psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Das Modell erleichtert somit die systematische Planung einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention.

ABBILDUNG 14

Wirksame Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit mit sozial Benachteiligten

Strukturelle Determinanten

Ziel der Massnahmen
Reduktion von sozialer Ungleichheit bzw. sozialer Benachteiligung aufgrund von vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmalen. Die Massnahmen betreffen die übergeordnete politische und soziostrukturelle Ebene.

Arbeitsmarktpolitik
- Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtern
- Trainingsprogramme zur Erleichterung der Arbeitssuche

Sozialpolitik
- Armutsabbau (z.B. Förderung von fairen Mindestlöhnen, Vorbeugung gegen Schuldenfallen oder Umverteilung von Geldern in der Gesellschaft)
- Wiedereingliederungsprogramme in den Arbeitsmarkt
- Zugang zu qualitativ guten Betreuungsangeboten für Kleinkinder

Bildungspolitik
- Anti-Bullying-Leitlinien an Schulen bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität

Gesundheitspolitik
- *Gender Mainstreaming*
- Abbau von finanziellen und rechtlichen Hürden im Bereich der körperlichen und der amtlichen Geschlechtsanpassung

Gesellschaftliche Normen und Werte
- Kampagnen zur Reduktion der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen
- Zielgruppenspezifische Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen bei Männern
- Antidiskriminierungsgesetze und -leitlinien bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität
- Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungskampagnen bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität

Soziale Determinanten der Gesundheit

Ziel der Massnahmen
Unterschiede in Ressourcen und Belastungen in den folgenden Faktorengruppen ausgleichen:

Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Zugang zu Erholungsräumen
- Verbesserung der Wohnsituation
- Arbeitgeberschulungen zum Thema psychische Gesundheit
- Gesundheitsförderliche Veränderung der Arbeitsorganisation

Psychosoziale Faktoren
- Massnahmen zur sozialen (Re-)Integration
- Förderung von Strukturen zur sozialen Integration
- Schulbasierte Interventionen zur Förderung der psychosozialen Ressourcen
- Stärkung der Resilienz
- Stärkung der sozio-emotionalen Kompetenzen und der Lebenskompetenzen
- Achtsamkeitsbasierte Ansätze
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Erhöhung der *Mental Health Literacy*
- Familienzentrierte Interventionen (Erziehung und Familienleben)
- Unterstützungsprogramme für Eltern – in Gruppen und über Hausbesuche
- Freizeitangebote zur positiven Entwicklung in der Jugend
- Aufzeigen von Freizeitaktivitäten *(social prescribing)*
- Förderung von Arbeitnehmenden in Kommunikations- und Stressbewältigungsstrategien
- Motivierende Gesprächsführung
- *Therapeutic communities* (wie Frauenhäuser)

Gesundheitsverhalten
- Förderung der körperlichen Aktivität
- Technologiebasierte Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit

Gesundheitswesen
- Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsinformationen
- Abbau von Barrieren in der Regelversorgung bzw. eine Steigerung von diversitätskompetenten Angeboten
- Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Regelversorgung bezüglich der Situation und der Bedürfnisse von LGBTI+
- Gemeindeweite Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention von Verhaltensproblemen (insb. kleinräumige Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure und Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsplänen)
- Systematische Berücksichtigung von horizontalen Ungleichheitsmerkmalen in Monitorings und Evaluationen

Gesundheit

Angestrebter Impact
Reduzierte gesundheitliche Ungerechtigkeit im Hinblick auf die Sterblichkeit (Mortalität), die Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität), die Lebensqualität und das Wohlbefinden

10.4 Themenbereich Sucht (Tabakprävention)

In diesem Kapitel werden evidenzbasierte Ansätze **(fett markiert)** und Erfolgskriterien (unterstrichen) für eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Sucht vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf der Tabakprävention[46].

10.4.1 Massnahmen zu strukturellen Determinanten bei tiefem sozioökonomischem Status

Mit Blick auf die strukturellen Determinanten gibt es eine Reihe an Massnahmen, die den Tabakkonsum auch von Menschen mit tiefem SES nachweislich reduzieren. Dazu gehören die Erhöhung des Zigarettenpreises, Rauchverbote, Beschränkungen im Verkauf und in der Werbung sowie Warnhinweise auf Zigarettenpackungen.

- Die **Erhöhung des Zigarettenpreises** bewirkt auch bei benachteiligten Gruppen eine Reduktion der Rauchprävalenz. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass diese Massnahme sich auch chancenungerecht auswirken kann, wenn sozioökonomisch benachteiligte Personen vermehrt auf günstigere Möglichkeiten des Tabakkonsums (Promotionen, gerollte Zigaretten) ausweichen [212, 213]. Diese Chancenungerechtigkeit kann u. a. abgefedert werden, wenn gleichzeitig der Zugang zu Rauchstoppangeboten für benachteiligte Gruppen verbessert wird [212].
- Ein absolutes **Rauchverbot** in öffentlichen Gebäuden, am Arbeitsplatz und auf öffentlichen Plätzen gilt auch im Hinblick auf benachteiligte Menschen als wichtige Massnahme [214]. Einzig in Gefängnissen und in psychiatrischen Institutionen haben solche Verbote bisher nicht zu höheren Rauchstoppraten geführt. Aus diesem Grund sind sie zu kombinieren mit verhaltenspräventiven Massnahmen wie dem Zugang zu Rauchstoppprogrammen [212, 215, 216].
- **Warnhinweise auf Zigarettenpackungen** haben sich ungeachtet von sozioökonomischer Benachteiligung als generell wirksam erwiesen [217]. Als besonders effektiv bei benachteiligten Gruppen wurden Labels und Grafiken eingestuft, die Rollenmodelle verwenden oder positive und negative Aspekte des (Nicht-)Rauchens kontrastieren [218].

Daneben gibt es weitere Massnahmen zu den strukturellen Determinanten, die jedoch noch nicht systematisch auf ihre Chancengerechtigkeit und/oder ihre Wirksamkeit hin untersucht wurden:

- In der Allgemeinbevölkerung wirksame, aber noch nicht auf ihre Effekte auf Menschen mit tiefem SES hin untersuchte Massnahmen sind Beschränkungen in der Tabakpromotion [214] und im Verkauf an Minderjährige [219]. Das von der WHO geforderte globale Verbot von Tabakwerbung [214] ist in der Schweiz nur sehr lückenhaft umgesetzt. Auch im geplanten Tabakproduktegesetz ist ein globales Verbot bisher nicht vorgesehen [220]. Zusätzliche Einschränkungen in der Werbung, die für Minderjährige besonders einfach zugänglich ist (z. B. an Veranstaltungen oder in Publikationen, die an Minderjährige gerichtet sind, in Gratiszeitungen und weitestgehend im Internet), sind aber geplant [220].
- Auch die Wirkung von Medienkampagnen wurde bislang noch unzureichend erforscht. Generell scheinen Medienkampagnen für die Tabakprävention und den Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen nur wenig erfolgreich zu sein, wenn sie sich an die Gesamtbevölkerung richten, also nicht zielgruppenspezifisch konzipiert sind [221]. Zielgruppenspezifische Kampagnen sind bislang noch wenig auf ihre Wirksamkeit untersucht worden [150], können aber besonders dann einen Sensibilisierungseffekt erzielen, wenn sie personalisiert aufgebaut, einfach verständlich formuliert und in einem telemedialen Format (d. h. über das Fernsehen oder das Internet) vermittelt werden [222].

10.4.2 Massnahmen zu sozialen Gesundheitsdeterminanten bei tiefem sozioökonomischem Status

Die folgenden Massnahmen zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten, die sich in der Suchtprävention (spezifisch in der Tabakprävention) mit Menschen mit tiefem SES bewährt haben, werden – wenn möglich – nach Lebensphasen unterteilt.

46 Diese Schwerpunktsetzung wird in Kapitel 2 begründet.

10.4.2.1 Lebensphasenübergreifend

Generell, aber insbesondere auch im Zusammenhang mit dem Rauchstopp von älteren Menschen, wird die verstärkte **Integration der Suchtproblematik in die Ausbildung der Ärzteschaft** diskutiert und gefordert [223]. Solche Programme existieren bereits in mehreren Ländern, darunter in der Schweiz [224].

10.4.2.2 Schwangerschaft und frühe Kindheit (–9 Monate bis 3 Jahre)

Bewährte Massnahmen in der Lebensphase Schwangerschaft und frühe Kindheit betreffen die psychosozialen Faktoren und die materiellen Lebensbedingungen:

- **Beratungsbasierte psychologische Interventionen zum Rauchstopp in der Schwangerschaft** haben sich bewährt [225, 226]. Darunter fallen unter anderem folgende Ansätze: Motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Entspannung und Förderung der Problemlösungsfähigkeiten. Demgegenüber ist die Effektivität von anderen Interventionstypen, wie Gesundheitsbildung, Bewegung, Feedback oder soziale Unterstützung, noch unklar [225]. Rauchstoppinterventionen mit benachteiligten Schwangeren sind besonders dann erfolgreich, wenn sie die Lebenslage und Sprache der Zielgruppe adäquat berücksichtigen [226]. Auch finanzielle Anreize [225] und die Partizipation der Zielgruppe sind erfolgversprechend. Webbasierte Programme sind ebenfalls geeignet für den Rauchstopp mit benachteiligten schwangeren Frauen [227], insbesondere wenn solche Programme interaktiv sind [228].
- Ein weiterer relevanter Ansatz zur Tabakprävention und zum Rauchstopp in dieser Lebensphase ist die **Umstellung zu rauchfreien Wohnungen** [229]. Bereits minimale Interventionen mit Broschüren, Video, Aufgabenbüchern und Kurzberatung konnten positive Effekte in sozioökonomisch benachteiligten Minoritätsfamilien erzielen [230]. Allerdings ist nicht bekannt, welche Erfolgskriterien für gelungene Interventionen zu rauchfreien Wohnungen verantwortlich sind [231].

Weiterer Forschungsbedarf besteht bezüglich der Wirksamkeit von **Nikotinersatzprodukten** in der Schwangerschaft allgemein und spezifisch bei benachteiligten schwangeren Frauen [232, 233].

10.4.2.3 Kindheit und Jugend (4–20 Jahre)

In der Lebensphase Kindheit und Jugend sind präventive Interventionen zentral, die einen Einstieg verhindern. Diese Massnahmen finden in erster Linie im Setting der Schule statt.

Interventionen zur **Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen** (bzw. Lebenskompetenzen) in der Kindheit und Jugend führen nachweislich zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums im späteren Leben [177, 234]. Diese Ansätze zur Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen sind alleine wirksam, können aber auch kombiniert werden mit **edukativen Angeboten für Eltern und Lehrpersonen** zur Stärkung ihrer Unterrichts- bzw. Erziehungsfähigkeiten [235] und der **Thematisierung von sozialen Einflüssen** [234]. Denn Verhaltensweisen wie das Rauchen werden häufig in einem sozialen Milieu erlernt (siehe Kapitel 6.4.2).

Die skizzierten Ansätze wurden allerdings noch kaum auf ihre spezifische Wirkung bei benachteiligten Kindern und Jugendlichen untersucht. Ein Review kommt aber zum Schluss, dass schulische Interventionen zur Tabakprävention eine positive Wirkung unabhängig vom sozioökonomischen Status der teilnehmenden Jugendlichen erzielen [121]. Als Erfolgskriterium im Hinblick auf benachteiligte Jugendliche stuften die Autorinnen und Autoren die Kombination mit strukturellen Massnahmen ein [121]. Aufgrund der beschränkten Studienlage ist dieses Erfolgskriterium aber mit Vorbehalt zu interpretieren. Es widerspricht der generellen Erkenntnis, wonach Mehrebenen-Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs eher unwirksam sind [234].

Bei Kindern und Jugendlichen tragen **gemeindebasierte Präventionsstrategien** nachweislich zur Tabakprävention bei. Diese Ansätze wurden im Rahmen des Programms *Communities that Care*[47] entwickelt und evaluiert. Das Programm richtet sich an Gemeinden, setzt bereits im Kindesalter an und konnte nachweislich den Tabakkonsum von benachteiligten Jugendlichen verringern [167, 169].

Neben der Prävention des Einstiegs sind in der Jugend auch bereits Interventionen zum Rauchstopp relevant. Als wirksame Ansätze erwiesen sich vor allem die **Auseinandersetzung mit sozialen Einflüssen, kognitive Verhaltenstherapie und Motivationstechniken** [236]. Allerdings weisen Studienergebnisse darauf hin, dass Rauchstoppinterventionen in dieser Lebensphase eher in ressourcenstarken sozialen Kontexten und in sozioökonomisch nicht

47 Siehe Kapitel 10.3.1 für eine Beschreibung des Programms.

benachteiligten Gruppen erfolgreich waren [237]. Demzufolge muss in der Praxis darauf geachtet werden, dass solche Interventionen die bestehenden Ungleichheiten in der Verteilung von gesundheitlichen Chancen nicht zusätzlich vergrössern.

10.4.2.4 Erwachsene im Erwerbsalter (Fokus Familie, Beruf – 21–65 Jahre)

Im Erwerbsalter stehen Massnahmen zum Rauchstopp im Vordergrund. Bewährte Interventionen reichen von der Förderung der psychosozialen Faktoren über Anpassungen im Gesundheitssystem bis hin zu technologiebasierten, direkt beim Gesundheitsverhalten ansetzenden Interventionen.

Im Hinblick auf die psychosozialen Faktoren haben sich bei verschiedenen benachteiligten Gruppen **psychologische Interventionen mit kognitiver Verhaltenstherapie** als wirksam für den Rauchstopp erwiesen [238–242]. Dabei scheinen die folgenden Erfolgskriterien wichtig zu sein:

- Die Interventionen sind zielgruppenspezifisch konzipiert. Generelle Rauchstoppinterventionen in der Allgemeinbevölkerung haben sich bei benachteiligten Gruppen als weniger erfolgreich herausgestellt [243].
- Interventionen mit benachteiligten Gruppen sind besonders dann erfolgreich, wenn sie im Gruppensetting mit spezialisierten Fachkräften durchgeführt werden [244].
- Auch die proaktive, aufsuchende Rekrutierung und Durchführung lohnt sich [243].
- Kombinierte Ansätze mit Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie scheinen bei benachteiligten Personen wirksamer zu sein als beide Ansätze für sich genommen [241, 242]. Die sogenannte *Nicotine Replacement Therapy* (NRT) ist eine sichere und effektive Massnahme zur Unterstützung eines Rauchstoppvorhabens. Dabei gilt es aber zu beachten, dass bei einkommensschwachen Gruppen die Kosten einer Nikotinersatztherapie nicht zu einem Hindernis werden [243].

Darüber hinaus sind Anpassungen im Gesundheitssystem denkbar. So lassen sich **Kurzberatungen in bestehende Angebote der Gesundheitsversorgung integrieren.** Bei benachteiligten Gruppen hat sich besonders die Integration von Rauchstoppberatungen in bestehende psychotherapeutische Therapien oder in Beratungen zu häuslicher Gewalt als wirksam erwiesen [245, 246]. Darüber hinaus erscheinen kurze Beratungen zum Rauchstopp durch Zahnärztinnen und Zahnärzte erfolgversprechend [247], vorausgesetzt, dass Personen mit tiefem SES aufgrund der Kosten tatsächlich zahnärztliche Angebote nutzen können (vgl. Kapitel 6.4.2). Diese Kurzberatungen sind besonders dann erfolgreich, wenn integrierte Stressmanagementstrategien vermittelt werden [246] und wenn die Ärzteschaft über ein Behandlungsmanual und ein gezieltes, evidenzbasiertes Training verfügt [248].

Eine weitere, bislang jedoch weniger erforschte Massnahme sind finanzielle Anreizsysteme, um **Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, vermehrt spezifische Rauchstoppberatungen anzubieten.** Zu prüfen ist auch die **Kostenübernahme von Nikotinersatztherapien** durch die Krankenversicherung. Für beide Ansätze gibt es Beispiele von erfolgreichen Umsetzungen, die sich in allen Bevölkerungsschichten gleichermassen positiv auswirkten [249, 250].

Schliesslich wird **technologiebasierten Interventionen** zum Rauchstopp auch in Bezug auf benachteiligte Gruppen ein grosses Potenzial zugeschrieben [251–253]. Mögliche Formen sind Online-Plattformen, webbasierte Rauchstoppprogramme, die Vernetzung über Gruppenchats und/oder soziale Medien sowie Interventionen mit Nachrichtenversand über das Mobiltelefon.

Als Erfolgskriterien für webbasierte Rauchstoppprogramme mit benachteiligten Gruppen werden ein genaues Zuschneiden auf die Zielgruppe, die Vermittlung über eine glaubwürdige Quelle, interaktive Elemente und Videobotschaften genannt [251, 253, 254]. Weiter ist die Akzeptanz der Programme durch die Zielgruppe wichtig, die unter anderem über die Partizipation während der Entwicklungsphase und bei der Leitung von virtuellen Gruppen erreicht werden kann [255]. Es ist aber zu beachten, dass der Umgang mit Informationen im Internet bei gewissen Gruppen (z. B. in der sozioökonomisch benachteiligten ersten Generation der Migrationsbevölkerung) ein Hindernis darstellen kann [199].

Darüber hinaus gibt es weitere Ansätze, die sich in der Allgemeinbevölkerung bewährt haben und denen auch bei Menschen mit tiefem SES ein Wirkungspotenzial zugeschrieben wird:

- Ein unterstützendes Zusatzangebot stellen **Rauchstopplinien** dar. Um zu verhindern, dass vor allem gut gebildete Personen von diesen profitieren [256], sind auf die Zielgruppen zugeschnittene Rauchstopplinien (z. B. in der Her-

kunftssprache) und eine intensivierte, proaktive Strategie mit mehreren Kontakten erfolgversprechend [257].

- Eine weitere Strategie zur Verminderung des Tabakkonsums stellt die **Förderung der körperlichen Aktivität** dar. In einer Pilotstudie mit benachteiligten Personen wurde die körperliche Aktivität mit personenzentrierten Beratungen gekoppelt und erwies sich als erfolgreich [258]. Die Intervention führte zu einer Reduktion des Tabakkonsums, aber nur vereinzelt zu Rauchstoppversuchen. Als Erfolgskriterium wird eine zielgruppenspezifische Ausrichtung genannt [258].
- Weiter werden **E-Zigaretten** unter anderem als Strategie zur Schadensminderung diskutiert [259]. Benachteiligte Gruppen sollten dabei aber möglichst differenziert zu Nutzen und Gefahren von E-Zigaretten informiert werden. Die Gefahren beinhalten unter anderem das Beibehalten von Rauchgewohnheiten in Form einer Zigarette sowie die Aufnahme von Nikotin und allenfalls anderen gesundheitlich problematischen Stoffen.
- Schliesslich kann ***Contingency Management*** – also ein Belohnungssystem in Form von Gutscheinen – den Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen (vor allem kurzfristig) begünstigen [260–262]. Eine langfristige Wirkung scheint hingegen eher ungewiss [261, 262].

10.4.2.5 Erwachsene im höheren und hohen Alter (ab 65 Jahren)

Bislang wurden erst wenige Studien und Reviews zu Rauchstoppinterventionen bei benachteiligten älteren Menschen veröffentlicht. Eine Meta-Analyse befand, dass die **gängigen** – und im vorangehenden Kapitel diskutierten – **pharmakologischen, nichtpharmakologischen und kombinierten Interventionen im Erwachsenenalter** auch in dieser Zielgruppe erfolgreich sind [263].

Erfolgskriterien für Interventionen mit älteren Personen sind der persönliche Kontakt [263] und die Berücksichtigung von altersspezifischen Bedürfnissen, wie körperliche Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen [264]. Zudem können erfolgreiche Ansätze zur Tabakprävention, die im Migrationsbereich entwickelt wurden, auf benachteiligte Menschen im höheren Alter übertragen werden [29]. Diese Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie aufsuchend sind, auf bereits bestehende Gruppen oder Beziehungen aufbauen, sich an der Lebenswelt der Teilnehmenden orientieren und ressourcenstärkend wirken [29].

10.4.3 Fokus: Gender, Migrationshintergrund, LGBTI

Nachdem in den beiden vorangehenden Kapiteln Ansätze und Erfolgskriterien im Hinblick auf Menschen mit tiefem SES formuliert worden sind, fokussiert dieses Kapitel auf die horizontalen Benachteiligungsmerkmale Gender, Migrationshintergrund sowie sexuelle Orientierung und/oder Geschlechtsidentität. Im Zentrum des Kapitels steht die Frage: Was sollte eine chancengerechte Förderung der psychischen Gesundheit spezifisch im Hinblick auf diese Merkmale beachten?

10.4.3.1 Gender

In der Tabakprävention lassen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen, die einerseits die Teilnahme an Interventionen betreffen und andererseits deren Wirkungen. In Studien wird die generelle Übervertretung von Frauen in Interventionen thematisiert bzw. die Schwierigkeit, Männer zu erreichen und für einen Rauchstopp zu motivieren [265]. Mit Blick auf die Wirkung gibt es Hinweise, dass sich strukturelle Massnahmen unterschiedlich auf die Geschlechter auswirken. So stellten Studien in mehreren Ländern fest, dass Frauen bei Preiserhöhungen eher auf handgerollte Zigaretten ausweichen als Männer [266, 267]. Auch Interventionen zur Tabakprävention im schulischen Setting können sich unterschiedlich auf Mädchen und Jungen auswirken [268].

Eine mögliche Lösung im Umgang mit geschlechtsspezifischen Unterschieden stellen **Checklisten zu Gender und Diversität** dar. Dieses Instrument ist geeignet, um den Geschlechtseffekten entgegenzuwirken und Angebote der Tabakprävention gendersensibel zu gestalten [269]. Inwiefern diese Checklisten in der Praxis aber systematisch genutzt werden und welche Wirkung sie zeigen, ist noch nicht evaluiert worden.

10.4.3.2 Migrationshintergrund

Mit Blick auf die Migrationsbevölkerung werden in der Schweiz insbesondere zwei Ansätze diskutiert: Kampagnen zur Informationsvermittlung und webbasierte Interventionen. **Kampagnen zum Rauchstopp und zur Tabakprävention** sind bei benachtei-

ligten Teilen der Migrationsbevölkerung vor allem dann erfolgreich, wenn sie personalisiert erfolgen, die Medien der Migrationsbevölkerung genutzt und die Informationen lebensweltlich verankert werden. Zielführend ist zudem, wenn die Wahl der Informations- und Kommunikationstechnologien je nach Zielgruppe innerhalb der Migrationsbevölkerung angepasst wird. Das heisst zum Beispiel, dass sich junge Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu älteren vor allem über Videos und nicht über Textinformationen angesprochen fühlen [149].

In der Schweiz kann davon ausgegangen werden, dass eine Mehrheit der Migrationsbevölkerung grundsätzlich Zugang zu **webbasierten Angeboten** zum Rauchstopp hat [199]. Erfolgskriterien für webbasierte Angebote sind eine einfache Sprache ohne Fachjargon und Informationen in der Herkunftssprache. Besonders ältere Menschen und solche mit tiefem Bildungsstand haben oft Mühe, mit der Informationsflut im Internet umzugehen [199]. Entsprechende Hilfestellungen im Umgang mit Informationen sind deshalb bei der Planung von webbasierten Rauchstoppinterventionen zu erwägen. Auch für benachteiligte Gruppen mit Migrationshintergrund ist ein Rauchstopp langfristig am erfolgreichsten, wenn er innerhalb eines sozialen Netzwerks vollzogen wird [270].

10.4.3.3 Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität

Die Forschung zur wirksamen Tabakprävention in der LGBTI-Gemeinschaft ist bislang noch sehr limitiert. So wurden die Auswirkungen von universellen Massnahmen bislang kaum untersucht [271]. Zu LGBTI-spezifischen Rauchstoppinterventionen liegen vereinzelt Studien vor, die jedoch in ihrer Qualität grösstenteils noch mangelhaft sind und die Transmenschen meistens nicht berücksichtigen [271, 272].

Vor diesem Hintergrund lassen sich erst beschränkte Aussagen zu einer zielgruppenspezifischen Tabakprävention mit der LGBTI-Gemeinschaft machen. Grundsätzlich ist bei zielgruppenspezifischen Interventionen mit LGBTI-Menschen zu berücksichtigen, dass das Rauchverhalten in den verschiedenen Subgruppen unter Umständen nicht gleichförmig ist [273] und dass – im Sinne der Intersektionalität – Überschneidungen mit anderen Benachteiligungsmerkmalen zu einer unterschiedlichen Wirksamkeit unter den Teilnehmenden führen können [274, 275].

Allgemein erwiesen sich **zielgruppenspezifische psychologische Rauchstoppinterventionen** mit LGBTI-Menschen im Erwachsenenalter als wirksam [272]. So konnte beispielsweise in einem Schweizer Pilotprojekt eine Rauchstopprate von 28,6 % (sechs Monate nach dem Rauchstopp) erreicht werden [276]. Die folgenden zielgruppenspezifischen Anpassungen werden als ausschlaggebend für den Erfolg dieser Interventionen bezeichnet [272]: die gruppenbasierte Durchführung durch LGBTI-Organisationen, der Einsatz von LGBTI-Kursleitenden, die Diskussion von LGBTI-spezifischen Triggern und der Einfluss von Hormonersatztherapien sowie interaktive Kurskomponenten, die eine aktive Partizipation erfordern.

Nicht nur im Erwachsenenalter, sondern auch bei Jugendlichen führten LGBTI-spezifische, beratungsbasierte Gruppeninterventionen generell zu hohen Rauchstoppraten [271]. Die begrenzte Studienlage lässt eine Identifizierung von Erfolgskriterien in dieser Lebensphase jedoch noch nicht zu. In der Lebensphase Kindheit und Jugend scheinen nicht nur zielgruppenspezifische Massnahmen vielversprechend, sondern auch **universelle Interventionen mit einer expliziten Diversitätsorientierung** [277]. In der Praxis werden solche Massnahmen jedoch erst wenig umgesetzt. Dass dieser Ansatz aber wirksam ist, belegen Studien zu einem offenen Schulklima, die die sexuelle Orientierung explizit mitberücksichtigen. Diese Interventionen führten nicht nur zu einer verbesserten psychischen Gesundheit, sondern bewirkten auch einen verringerten Tabakkonsum bei LGBTI-Jugendlichen [271, 278].

10.4.4 Praxisbeispiele aus der Schweiz

Im Folgenden werden einige Schweizer Projekte zur chancengerechten Suchtprävention (mit Fokus auf den Rauchstopp) vorgestellt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass a) die Projekte gut dokumentiert sind, b) die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Ansätze und Erfolgskriterien illustriert werden und c) die Beispiele verschiedene Lebensphasen und ungleichheitsrelevante Merkmale abdecken. Die Auswahl erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zahlreiche beispielhafte Projekte konnten nicht aufgeführt werden.

- **Rauchstoppkurse und Tabakprävention in den Settings der Migrationsbevölkerung, z. B. *Tiryaki Kukla*** (http://www.tiryakikukla.ch/home): Mittels aufsuchender Arbeit in den Settings der Migrationsbevölkerung (Vereine, religiöse Institutionen, informelle Gruppierungen, Gewerkschaften, Arbeitgeber usw.) werden durch die Rauchstoppkursleitenden Informationsveranstaltungen zu den Gefahren des Tabakkonsums und des Passivrauchens durchgeführt. Anschliessend werden Kursteilnehmende mit möglichst reziproken Beziehungen *(«strong ties»)* untereinander für Rauchstoppkurse in türkischer bzw. albanischer Sprache rekrutiert. Dabei wird eng mit Schlüsselpersonen aus deren Vereinen zusammengearbeitet (beziehungsgeleitete Rekrutierung). Begleitet wird die Intervention durch eine oder zwei personalisierte Medienwellen in den Medien der Zielgruppen. Das Projekt der Rauchstoppkurse in der Türkisch sprechenden Bevölkerung wird seit 2006 laufend einer Wirkungs- und Prozessevaluation unterzogen. Das Projekt für die Albanisch sprechende Migrationsbevölkerung startete 2015.
- **Nutzung der Medien der Migrationsbevölkerung für Kampagnen der Tabakprävention, z. B. *SmokeFree*-Partnerkampagne** (http://www.migesmedia.ch/fr/campagne-smokefree-dans-les-medias-des-collectivites-migrantes): Im Herbst 2017 wurde ein Pilotprojekt durchgeführt, das die Schweizer *SmokeFree*-Kampagne über Medien der Migrationsbevölkerung verbreitete. Das Material der *SmokeFree*-Kampagne wurde in Zusammenarbeit mit der Vernetzungsplattform migesmedia.ch in die Sprachen von vier Zielgruppen (Türkisch, Albanisch, Portugiesisch und Serbisch) übersetzt und als Online- und Printwerbung sowie Fernseh- und Radiospots sowohl in den Medien selbst wie auch auf deren Facebook-Seiten und YouTube-Kanälen über die Medien der Zielgruppen verbreitet. Auf diese Weise erreichte das Pilotprojekt eine breite Streuung der Inhalte im Zielpublikum. Die Projektevaluation berichtet von einer sehr guten Zusammenarbeit mit den Medienschaffenden der Migrationsmedien. Eine signifikante Auswirkung auf die Anzahl Anrufe auf die Rauchstopplinie der Krebsliga Schweiz in den Sprachen des Zielpublikums konnte aber im Zeitraum der Kampagne nicht festgestellt werden. Aufgrund der dennoch erfolgreichen Durchführung des Pilotprojekts beschloss das Bundesamt für Gesundheit, die Kampagne im Jahr 2018 zu wiederholen.
- **Gendersensibel-diversitätsorientierte Suchtprävention, Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich** (https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/information/publikationen_u_broschueren/grundlagen---konzepte/gendersensibel-diversityorientierte-suchtpraeven-tion.html): Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich hat 2013 Grundlagen und eine Checkliste erarbeitet, um Gender und weitere Ungleichheitsmerkmale, die für das Suchtverhalten relevant sind, in der Suchtprävention im Schulsetting zu berücksichtigen. Die Checkliste fragt unter anderem nach genderspezifischen Konsummustern und nach anderen Differenzierungskriterien (Alter, Behinderung, «soziokulturelle» Zugehörigkeit, soziale Schicht, sexuelle Orientierung und Genderidentität), die einen Einfluss auf die Konsummuster oder die Erreichbarkeit der Zielgruppe haben. Die Checkliste baut auf bestehenden Checklisten (quint-essenz, BAG Gender Click Check, Gender-Checkliste Berner Gesundheit) auf und weitet sie auf eine allgemeine Diversitätsperspektive aus.
- **Gendersensible Suchtprävention, z. B. Aufklärungsfilme: «Der kleine Unterschied – gendersensible Suchtprävention», Sucht Schweiz** (http://www.suchtschweiz.ch/aktuell/article/kurzfilme-der-kleine-unterschied/): Sucht Schweiz hat 2016 fünf Kurzfilme und Begleitmaterial für den Unterricht herausgegeben. Die Filme richten sich an 13- bis 16-Jährige und sollen die Reflexion von genderspezifischen Beweggründen und Konsummustern anregen. Die Filme sollen Jungen und Mädchen helfen, mit Belastungen umzugehen und voneinander zu lernen.
- **LGBTI-zielgruppenspezifische Rauchstoppintervention, z. B. *QueerQuit*** [276]: Das Rauchstoppprogramm basiert auf einem Vorgängerprojekt aus England und wurde als Pilotstudie erfolgreich durchgeführt. Insgesamt nahmen 70 homosexuelle Männer während sieben Wochen an Gruppenrauchstoppkursen teil, wobei sechs Monate nach der Durchführung 28,6 % rauchfrei waren. Diese ersten Erfolge sollten in einer randomisiert kontrollierten Nachfolgestudie überprüft werden, was jedoch aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten in Zürich und Genf wieder verworfen werden musste [279].

10.4.5 Zusammenfassung

Die skizzierten Ansätze werden im Folgenden in einer vereinfachten Version des Erklärungsmodells dargestellt (siehe Kapitel 6). Dieses handlungsorientierte Modell will zusammenfassend illustrieren, wie sich die gesundheitliche Chancengleichheit in der Suchtprävention erhöhen lässt. Für unterschiedliche Politikbereiche und Gesundheitsdeterminanten lassen sich so konkrete und praxisbewährte Massnahmen aufzeigen. Dank dieser Darstellungsweise wird ersichtlich, wie die verschiedenen Massnahmen zusammenhängen und kombiniert werden können. So wird beispielsweise die Förderung von psychosozialen Faktoren (auf Ebene der sozialen Gesundheitsdeterminanten), die vor eigenem Tabakkonsum schützen, idealerweise kombiniert mit Rauchverboten in öffentlichen Räumen, um nicht dem Passivrauchen und seinen gesundheitsschädlichen Folgen ausgesetzt zu sein. Das Modell erleichtert somit die systematische Planung einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention.

ABBILDUNG 15

Wirksame Ansätze in der Tabakprävention mit sozial Benachteiligten

Strukturelle Determinanten

Ziel der Massnahmen
Reduktion von sozialer Ungleichheit bzw. sozialer Benachteiligung aufgrund von vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmalen. Die Massnahmen betreffen die übergeordnete politische und soziostrukturelle Ebene.

Wirtschaftspolitik (allgemein)
- Beschränkungen in der Tabakwerbung und im Sponsoring
- Erhöhung des Zigarettenpreises und der Tabaksteuer
- Beschränkungen im Tabakverkauf an Minderjährige

Gesundheitspolitik
- Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, am Arbeitsplatz, in Betreuungseinrichtungen/Schulen und auf öffentlichen Plätzen
- Kostenübernahme von Nikotinersatztherapien
- Checklisten zu Gender und Diversität (um Angebote gendersensibel zu gestalten)

Gesellschaftliche Normen und Werte
- Warnhinweise auf Zigarettenpackungen (inkl. Rollenmodelle)
- Zielgruppenspezifische Medienkampagnen
- Antidiskriminierungsstrategien in Schulen in Bezug auf LGBTI+ Schüler_innen (*Anti-Bullying*-Leitlinien, *Gay-Straight*-Allianzen)

Soziale Determinanten der Gesundheit

Ziel der Massnahmen
Unterschiede in Ressourcen und Belastungen in den folgenden Faktorengruppen ausgleichen

Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Umstellung zu rauchfreien Wohnungen

Psychosoziale Faktoren
- Beratungsbasierte psychologische Interventionen zum Rauchstopp in der Schwangerschaft
- Förderung von Problemlösungsfähigkeiten
- Vermittlung von Entspannungstechniken
- Thematisierung von sozialen Einflüssen
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Motivationstechniken
- Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen (bzw. Lebenskompetenzen) in Kindheit und Jugend
- Edukative Angebote für Eltern und Lehrpersonen (zur Stärkung von Unterrichts- und Erziehungskompetenzen)

Gesundheitsverhalten
- Pharmakotherapie/Nikotinersatzprodukte
- Rauchstopplinien
- *Contingency Management* (Belohnungssystem in Form von Gutscheinen)
- Technologiebasierte Interventionen (z. B. webbasierte Rauchstoppprogramme, Vernetzung über soziale Medien, Interventionen mit SMS-Versand)
- Förderung der körperlichen Aktivität

Gesundheitswesen
- Integration der Suchtproblematik in die Ausbildung der Ärzteschaft
- Motivation der Ärzteschaft, vermehrt spezifische Rauchstoppberatungen anzubieten
- Integration von Kurzberatungen in bestehende Angebote in der Gesundheitsversorgung
- Gemeindebasierte Präventionsstrategien (insb. kleinräumige Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure und Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsplänen)

Gesundheit

Angestrebter Impact
Reduzierte gesundheitliche Ungerechtigkeit im Hinblick auf die Sterblichkeit (Mortalität), die Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität), die Lebensqualität und das Wohlbefinden

10.5 Themenübergreifende Massnahme: Organisationsentwicklung

Um die Prinzipien der Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit systematisch in die Gesundheitsförderung und Prävention zu integrieren, ist auch eine Weiterentwicklung der im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen nötig. Welche Anpassungen angezeigt sind, wurde im Projekt *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*[48] bereits im Hinblick auf benachteiligte Personen mit Migrationshintergrund aufgearbeitet [280]. Die Empfehlungen dieses Projekts sind auch auf weitere benachteiligte Gruppen anwendbar. Sie werden im Folgenden zusammengefasst und auf die chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention mit benachteiligten Gruppen allgemein übertragen.

Strategische Verankerung der Chancengleichheit: In allen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten ist zu gewährleisten, dass auch benachteiligte Gruppen berücksichtigt werden. Dafür ist unter anderem eine Verankerung der Prinzipien der Chancengleichheit und der Chancengerechtigkeit auf strategischer Ebene zu empfehlen. Dabei kann zuerst der Handlungsbedarf analysiert werden, um zu entscheiden, welche Ansätze zur Förderung der Chancengerechtigkeit in den Strategiedokumenten einer Organisation verankert werden sollen. Diskussionen dazu sind wichtig zur Meinungsbildung. Die strategischen Änderungen sollen schliesslich in die Dokumente der Organisation, wie Leitbilder, Statuten und Strategien, aufgenommen werden und innerhalb der Organisation wie auch extern kommuniziert werden.

Anerkennung der Chancengleichheit als Qualitätsindikator: Mit der strategischen Verankerung der Chancengleichheit sind auch Anpassungen des Qualitätsmanagements verbunden. Eine wichtige Massnahme ist es dabei, explizite Erfolgsindikatoren in Bezug auf die chancengerechte Versorgung mit dem Ziel der Chancengleichheit zu definieren.

Langfristige Finanzierung von chancengerechten Massnahmen: Um eine nachhaltige Berücksichtigung der Chancengerechtigkeit zu gewährleisten, sind die Finanzierung langfristig sicherzustellen und bewährte Angebote zu institutionalisieren [280]. Dies gilt insbesondere auch für Angebote, die von (z. T. ehrenamtlichen) Vereinen der Zielgruppen getragen werden. Diese machen beispielsweise für LGBTI-Menschen momentan den Grossteil der zielgruppenspezifischen Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz aus. Im Projekt *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz* [280] wurden unter anderem Anreizfinanzierungen für gemeinsame Projekte, Handbücher und Austausch-Plattformen vorgeschlagen. Darüber hinaus sind weitere Instrumente, wie Leistungsaufträge oder die Anschubfinanzierung von Handlungsschwerpunkten, zu prüfen.

Abbildung der gesellschaftlichen Heterogenität auf der Ebene der Mitarbeitenden: Damit Chancengerechtigkeit umgesetzt werden kann, ist auch die Mitarbeitendenebene wichtig. Das heisst, dass Personen aus benachteiligten Gruppen auf allen Ebenen der Organisation und in allen Phasen der Entwicklung von Angeboten mitwirken können. Die Anstellung von Fachpersonen aus den Zielgruppen (z. B. mit Migrationshintergrund) hat sich in der Erfahrung von transkulturell oder diversitätssensitiv arbeitenden Organisationen bewährt *(Diversity Management)*. Weiter können externe Fachpersonen aus den Zielgruppen beigezogen werden. Dabei ist eine angemessene Honorierung sicherzustellen.

Erhöhung der Diversitätskompetenz von Mitarbeitenden: Gleichzeitig sollen die Mitarbeitenden allgemein dazu befähigt werden, situations- und bedürfnisgerecht auf benachteiligte Personen eingehen zu können. Dafür sind Fortbildungsangebote, aber auch Angebote zum Konfliktmanagement sowie die Akzeptanz dieser Prinzipien unter den Mitarbeitenden wichtig. Dies wird erleichtert, wenn die Führungspersonen hinter dieser Ausrichtung stehen und diese in den strategischen Dokumenten zum Ausdruck bringen. Bei Neuanstellungen kann zudem generell darauf geachtet werden, dass zukünftige Mitarbeitende, auch wenn sie nicht aus einer benachteiligten Gruppe stammen, kommunikative Fähigkeiten, Erfahrungen und Sensibilität für die Arbeit mit benachteiligten Zielgruppen mitbringen.

48 https://public-health-services.ch/transkulturelle-praevention-und-gesundheitsfoerderung-grundlagen-und-handlungsempfehlungen-2005-2010/. Ein entsprechendes Tool in Form eines Leitfadens für die Umsetzung der Organisationsentwicklung steht zur Verfügung (https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/leitfragen-organisationen.pdf).

Vernetzung und Zusammenarbeit: Zu empfehlen ist schliesslich auch die Vernetzung mit Organisationen der Zielgruppen und anderen Akteurinnen und Akteuren, die systematisch benachteiligte Personen in ihre Arbeit einbeziehen. Die Vernetzung mit anderen Organisationen lässt sich institutionalisieren, indem Koordinationsgremien gebildet werden oder indem Verantwortliche Einsitz in Gremien anderer Organisationen nehmen. Auch eine Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten und regelmässige Kontakte zu Entscheidungstragenden aus der Politik und der Verwaltung sind wichtig für die Vernetzung. In Bezug auf die Migrationsbevölkerung empfiehlt sich möglicherweise auch die transnationale Vernetzung. Um Organisationen der Zielgruppen besser einzubeziehen, kann eine strukturelle Unterstützung nützlich sein (z. B. die Bereitstellung von Büroinfrastruktur). Es empfiehlt sich zudem für Organisationen, sich an nationalen Strategien in Bezug auf benachteiligte Gruppen zu orientieren, um begrenzte Ressourcen zu bündeln und die Koordination mit anderen Organisationen zu vereinfachen.

10.6 Schlussfolgerungen und abschliessende Empfehlungen

Fokus auf den eigenen Verantwortungs- und Einflussbereich

In den bundesrätlichen Prioritäten im Gesundheitsbereich – Gesundheit2020 – wird postuliert, dass die Gesundheit der Menschen in der Schweiz zu 60 % von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik bestimmt wird [1]. Es überrascht deshalb nicht, dass die diskutierten Interventionsansätze in den Verantwortungs- und Einflussbereich verschiedener Politikbereiche fallen. Gerade Massnahmen zu den strukturellen Determinanten, die zu einer allgemeinen Reduktion von sozialer Benachteiligung beitragen sollen, liegen häufig ausserhalb des eigentlichen Handlungsbereichs der Gesundheitspolitik und -praxis. Solche Massnahmen erfordern ein multisektorales Vorgehen, das insbesondere die Bildungs-, Sozial-, Raumplanungs- und Arbeitsmarktpolitik miteinschliesst [23, 31, 36]. Verantwortliche der Gesundheitsförderung und Prävention können und sollen nicht sämtliche der identifizierten, evidenzbasierten Massnahmen selbst umsetzen. Im Sinne einer systematischen Planung und Umsetzung ist vielmehr zu definieren, welche Ansätze selbst umgesetzt werden können und wann andere Politikbereiche zum Handeln für mehr gesundheitliche Chancengleichheit angeregt werden sollen (gezieltes *Agenda-Setting*).

Beträchtliche Forschungslücken

Die diesem Kapitel zugrundeliegende Studie [281] zeigt, dass die Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit und Sucht (am Beispiel der Tabakprävention) lückenhaft auf ihre Chancengerechtigkeit hin untersucht wurde. Die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention liesse sich durch zusätzliche Forschung in den folgenden Bereichen noch chancengerechter und wirksamer gestalten:

- Wichtige Forschungslücken bestehen insbesondere bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität und im Hinblick auf sozial benachteiligte ältere Menschen.
- Weiter wurden universelle – das heisst nicht zielgruppenspezifische – Interventionen insbesondere im schulischen Setting bisher kaum auf ihre Wirkung auf sozial benachteiligte Menschen hin untersucht.
- Forschungsbedarf besteht ferner zu technologiebasierten Interventionen (Internet, Smartphones, SMS, Fitness-Tracker, Social Media), zumal viele Studien gerade hier ein sehr grosses Potenzial bei benachteiligten und schwer erreichbaren Gruppen sehen.
- Im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit scheint die Studienlage insgesamt besonders bescheiden, was daran liegen mag, dass die Forschung in diesem Bereich eher auf die Behandlung existierender psychischer Erkrankungen als auf die Gesundheitsförderung und Prävention fokussiert.
- Neben der Tabakprävention sind erfolgreiche Ansätze und Erfolgskriterien unbedingt auch im Hinblick auf weitere Substanz- und Verhaltenssüchte zu identifizieren.

Trotz grösserer Forschungslücken lassen sich in allen Themenbereichen und für alle Zielgruppen einige Ansätze und Erfolgskriterien identifizieren, die wirksam zu einer Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit von sozial benachteiligten Mitgliedern der Gesellschaft beitragen.

Übergeordnete Empfehlungen zu den Erfolgskriterien

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für Interventionen in allen Themenbereichen (Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit, Sucht), zu allen Lebensphasen und für alle untersuchten Ungleichheitsmerkmale die folgenden Erfolgskriterien zentral sind:

- die Partizipation der Zielgruppe in allen Phasen von Projekten und Programmen,
- ein Fokus auf Motivation und Empowerment,
- die Rekrutierung und/oder die Durchführung im Setting und in den Netzwerken der Zielgruppe sowie durch Personen aus der Zielgruppe,
- der Einbezug mehrerer Ebenen, insbesondere die Kombination von Massnahmen auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene,
- die Verbindung von Inhalten in multithematischen Interventionen (indem beispielsweise körperliche Aktivität und soziale Teilhabe gemeinsam gefördert werden),
- die individuelle Anpassung von Inhalten und Sprache an die Lebenswelt und die Bedürfnisse der Zielgruppe.

Zudem sind mögliche Chancenungerechtigkeiten – also ungleiche Wirkungen von Massnahmen – bei der Planung und Umsetzung sowie dem Monitoring und der Evaluation von konkreten Interventionen unbedingt zu beachten. Wenn Evaluationen oder Studien durchgeführt und publiziert werden, sollten Effekte nach ungleichheitsrelevanten Merkmalen ausgewiesen werden. Gegenwärtig bestehende blinde Flecken in der Datenlage lassen sich so schliessen. Aufbauend auf diesen Daten lässt sich zudem laufend reflektieren, ob die anvisierten Zielgruppen tatsächlich erreicht werden.

Um das Ziel der Chancengleichheit systematisch und nachhaltig in die Gesundheitsförderung und Prävention chancengerecht zu integrieren, ist schliesslich auch eine Weiterentwicklung der im Bereich tätigen Organisationen notwendig.

Ausblick

«Es besteht kein Zweifel daran, dass vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten auf ein Versagen moderner Gesellschaften hindeuten.»

Rathmann & Richter (2016, p. 48) [8]

Der vorliegende Bericht zeigt: Es lässt sich viel für die gesundheitliche Chancengleichheit von sozial benachteiligten Menschen tun. Trotz teilweise erheblicher Forschungslücken lassen sich in allen drei Themenbereichen – NCDs, psychische Gesundheit und Sucht – und für alle Zielgruppen unterschiedliche Interventionsansätze und Erfolgskriterien identifizieren, die nachweislich zu einer gerechteren Verteilung von gesundheitlichen Chancen in der Gesellschaft beitragen.

Der Bericht zeigt auch, dass die chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention nicht bei null anfängt. In der Schweiz – und in vergleichbaren Ländern – gibt es bereits zahlreiche Beispiele guter Praxis, die zum Handeln inspirieren und sich multiplizieren lassen.

Schwieriger Schritt in die Umsetzung

Mit Blick auf den *Public Health Action Cycle* lässt sich zusammenfassen, dass der vorliegende Bericht hauptsächlich Informationen und Inputs zu den ersten drei Schritten des Zyklus liefert: Zur Beschreibung der Situation, der Analyse der Ursachen und zur Entwicklung von Massnahmen. Wie geht es nun weiter? Gemäss Aktionszyklus stehen als nächste Schritte die Umsetzung von Massnahmen und anschliessend deren Evaluation an. Wie so oft, ist der Übergang von einem Grundlagenbericht in die konkrete Praxis nicht einfach zu machen – umso weniger, je komplexer das Thema ist. Und das Ziel der Verminderung der gesundheitlichen Chancenungleichheit ist, so schreiben Schweizer Forschende, *«an Komplexität kaum zu übertreffen»* (Domenig & Cattacin 2015, p. 107) [17].

Wie sich ausgewählte Elemente des Berichts anwenden lassen

Ein zentrales Element des Berichts – das Erklärungsmodell zur Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit (siehe Kapitel 6) – ist explizit auf gesundheitsförderliches Handeln ausgerichtet. Dieses Modell kann als Ausgangspunkt für erste und grundlegende Schritte dienen: Es veranschaulicht, wie Benachteiligung und eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität entstehen, und erlaubt, erste Überlegungen zu Zielgruppen abzuleiten. Weiter zeigt das Modell Anknüpfungspunkte für Massnahmen auf und illustriert, welche Politikbereiche in die Erarbeitung und Umsetzung der Massnahmen zu involvieren sind. So lässt sich die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit umfassend, systematisch und nachhaltig planen.

In den Empfehlungen wird zudem ein breites Spektrum an bewährten Massnahmen und Erfolgskriterien aufgezeigt, die es sich in der Praxis anzuwenden lohnt. Aufgrund der gewählten Methode – eine systematische Analyse der internationalen Fachliteratur – können operative Fragen und konkrete Vorgehensweisen nur bedingt beantwortet werden. Um diese Übersetzung von forschungsbasierten Erkenntnissen in die konkrete Praxis zu erleichtern, sei auf einige Umsetzungshilfen verwiesen, die in den letzten Jahren entwickelt wurden.

Umsetzungshilfen für die Praxis

In der Schweiz wurde ein Arbeitspapier entwickelt, um Chancengleichheit Schritt für Schritt in Projekten zu berücksichtigen [24]. Dieses Dokument will Projektverantwortliche darin unterstützen, Belastungen und Ressourcen von Zielgruppen zu analysieren, Wirkungszusammenhänge zu definieren und die Chancengerechtigkeit in allen Projektphasen zu berücksichtigen. Auch wenn das Dokument auf einem etwas anderen Erklärungsmodell fusst, finden sich darin Anregungen zum Vorgehen in der Praxis.

Ein ähnliches Dokument aus Deutschland bietet Leitfragen zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit [63]. Anhand dieser Leitfragen lassen sich ebenfalls gesundheitliche Risiken und Ressourcen identifizieren, die in den unterschiedlichen sozialen Gruppen vorhanden sein können, um anschliessend den Handlungsbedarf abzuleiten.

Von der Deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) liegt eine kürzlich aktualisierte und umfassende Anleitung für «gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung» vor [282]. Dieses Dokument umfasst Tipps und Kriterien für die Konzeption von Massnahmen, den Einbezug von Personen und Institutionen (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren), die Vernetzung, das Qualitätsmanagement sowie die Dokumentation und Evaluation. Ein separates Kapitel ist der Erfassung der Kostenwirksamkeit von Massnahmen gewidmet.

Gesundheitsförderung Schweiz hat im Rahmen ihres Qualitätssystems quint-essenz allgemeine und breit abgestützte Qualitätskriterien für Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet. Diese können ebenfalls als Orientie-

rung bei der Konzipierung und Reflexion von Massnahmen dienen[49].

Schliesslich finden sich konkrete Beispiele guter Praxis in den folgenden Projektdatenbanken:

- Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit sammelt und unterstützt die Verbreitung von Wissen, Erfahrungen und Projekten in der chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).
- Das *European Portal for Action on Health Inequalities* dokumentiert europäische Initiativen und Strategien gegen gesundheitliche Ungerechtigkeit. Auf der Website des Portals finden sich eine Projektdatenbank, praxisorientierte Werkzeuge und Anleitungen (www.health-inequalities.eu).

Anregungen an die zukünftige Politik und Praxis

Übereinstimmend mit der Bangkok-Charta der WHO ist zu wünschen, dass der intensiven Forschung sowie den zahlreichen gesundheitspolitischen Resolutionen zukünftig auch verstärkt Massnahmen zur gesundheitlichen Chancengleichheit folgen. Dies erfordert nachhaltige Investitionen in Politik, Massnahmen und Infrastrukturen zur Beeinflussung von strukturellen Determinanten und sozialen Gesundheitsdeterminanten.

Notwendig sind zudem ein ausgebautes Monitoring und die verstärkte Evaluation von Interventionen zugunsten der gesundheitlichen Chancengleichheit. Damit lassen sich erstens wirksame Massnahmen identifizieren und multiplizieren, zweitens die Legitimation einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention stärken und drittens die Gesundheitspolitik anhand von klaren Zielen und Ergebnissen steuern.

Die Gestaltung und Steuerung der Gesundheitspolitik ist insbesondere in folgender Hinsicht zu verbessern:

- Ein erster Schritt liegt in der Information und Weiterbildung von Entscheidungsträgern und Gesundheitsfachleuten sowie in der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Determinanten von gesundheitlicher Ungerechtigkeit.
- Weiter zu stärken ist eine koordinierte und multisektorale Vorgehensweise, die Partnerschaften und Allianzen mit verschiedenen Politikbereichen sowie nichtstaatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren umfasst (inkl. Firmen und private Arbeitgeber). Ziel dabei ist, dass die Einflussbereiche und Kompetenzen der einzelnen Politikbereiche und Akteurinnen und Akteure systematisch aufeinander abgestimmt werden und sich zielgerichtet ergänzen.
- Mit dem multisektoralen Vorgehen verbunden ist das Prinzip der *«Health in All Policies»*, also die verstärkte Berücksichtigung der Konsequenzen von Entscheidungen auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren für die gesundheitliche Chancengleichheit.
- Der Gesundheitssektor ist deutlicher am Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit auszurichten.
- Die stärkere Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Politikgestaltung und -umsetzung fördert nachweislich die Wirksamkeit von Massnahmen.
- Und schliesslich sind Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt unter einer Lebenslaufperspektive zu planen und umzusetzen.

Wegen der ausgesprochenen Komplexität des Themas und der zahlreichen involvierten Akteurinnen und Akteure ist ein langer Atem und eine *«Politik der kleinen Schritte»* notwendig (Domenig & Cattacin 2015, p. 107) [17]. Dass es sich dabei aber um eine lohnenswerte Investition handelt, von der die gesamte Gesellschaft profitiert, wurde in der thematischen Einführung aufgezeigt.

49 Zu finden unter: https://quint-essenz.ch/de/dimensions.

Quellenverzeichnis

[1] EDI (2013). *Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.

[2] Egger, M. & Razum, O. (2014). Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. In M. Egger & O. Razum (Eds.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (2nd ed., pp. 1–25). Berlin, Boston: De Gruyter.

[3] WHO Europe (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.* Copenhagen: World Health Organization.

[4] Spini, D., Pin le Corre, S. & Klaase, H. S. (2016). Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 31–41). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[5] Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action, 8*(1), 1–12. doi:10.3402/gha.v8.27106

[6] Lamprecht, M., König, C. & Stamm, H. (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht».* Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[7] Graham, H. & Kelly, M. P. (2004). Health inequalities: concepts, frameworks and policy. *NHS, Health Development Agency* (January 2004), 1–12.

[8] Rathmann, K. & Richter, M. (2016). Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Ed.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (pp. 25–58). Zürich: Seismo Verlag.

[9] Kaya, B. (2006). *Grundlagenpapier Chancengleichheit und Gesundheit: State of the Art.* Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).

[10] Zuniga, J. M., Marks, S. P. & Gostin, L. O. (Eds.) (2013). *Advancing the human right to health.* Oxford: Oxford University Press.

[11] Tobin, J. (2012). *The right to health in international law.* Oxford: Oxford University Press.

[12] Bognuda, C. (2011). *Die Verletzung des Rechts auf Gesundheit: Indikatoren für die Praxis.* Zürich: Schulthess.

[13] Frewer, A. & Bielefeldt, H. (Eds.) (2016). *Das Menschenrecht auf Gesundheit: Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse* (transcript.). Bielefeld.

[14] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone.* London: Penguin Books.

[15] Kaya, B. (2007). *Grundlagendokument «Migration und Gesundheit». Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung.* Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).

[16] Mackenbach, J. P., Meerding, W. J. & Kunst, A. E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*(5), 412 LP-419. doi:10.1136/jech.2010.112680

[17] Domenig, D. & Cattacin, S. (2015). *Gerechte Gesundheit. Grundlagen – Analysen – Management.* Bern: Hogrefe Verlag.

[18] CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

[19] Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World.* London: Bloomsbury.

[20] WHO Europa (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* Geneva: World Health Organization.

[21] Rasanathan, K. (2018). Comment 10 years after the Commission on Social Determinants of Health: social injustice is still killing on a grand scale. *The Lancet, 6736*(18), 1–2. doi:10.1016/S0140-6736(18)32069-5

[22] Cohen, B. E. & Marshall, S. G. (2017). Does public health advocacy seek to redress health inequities? *A scoping review, 25*(2), 309–328. doi:10.1111/hsc.12320

[23] Bachmann, N. & Neuhaus, M. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt.* Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

[24] Stamm, H., Lamprecht, M., Conrad, C., Setz, R. & Ackermann, G. (2010). *Arbeitspapier zum Grundlagendokument «Soziale Ungleichheit und Gesundheit.»* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[25] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (2015). *Risikofaktoren, Nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien. Grundlagenbericht als Basis für die Erarbeitung der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie).* Unveröffentlichter Bericht.

[26] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 315–320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

[27] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janssen, H. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum, 16*(59), 29.e1-29.e3.

[28] Bolliger-Salzmann, H. (2016). Psychische Gesundheit im Jugendalter. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 70–81). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[29] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter».* Bern: Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).

[30] Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet, 297*(7696), 405–412. doi:10.1016/S0140-6736(71)92410-X

[31] Richter, M., Ackermann, S. & Moor, I. (2011). *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review* (Vol. 49). Bern: Bundesamt für Gesundheit.

[32] Stamm, H., Fischer, A., Wiegand, D. & Lamprecht, M. (2013). *Konzept für ein «Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz.»* Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

[33] Guggenbühl, L. (2017). *Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren. Einblicke in die Arbeitsweise des Wirkungsmanagements von Gesundheitsförderung Schweiz sowie in die Ergebnisse der Gesundheitsförderungskonferenz 2017 zum Thema «Gesundheitsförderung wirkt!».* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[34] Gesundheitsförderung Schweiz (2018). *Qualitätskriterien für Programme und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention. Übersicht über die Kriterien und Anwendungsmöglichkeiten auf www.quint-essenz.ch.* Arbeitspapier 44. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[35] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit.* Arbeitspapier 46. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[36] Stamm, H. & Lamprecht, M. (2009). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[37] Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R. & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health, 101* (SUPPL. 1), 149–155. doi:10.2105/AJPH.2010.300062

[38] Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion.* Bern: Verlag Hans Huber.

[39] BAG; GDK; GFCH (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Massnahmenplan.* Bern: BAG, GDK, GFCH.

[40] WHO (2018). *Health Impact Assessment. Glossary terms used.* Retrieved January 29, 2018, from http://www.who.int/hia/about/glos/en/
[41] Boston Public Health Commission (2018). *What is Health Equity?* Retrieved January 29, 2018, from http://www.bphc.org/whatwedo/health-equity-social-justice/what-is-health-equity/Pages/what-is-health-equity.aspx
[42] WHO (2017). *10 facts on health inequities and their causes.* Retrieved July 22, 2019, from https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
[43] WHO (2018). *Social determinants of health: Key concepts.* Retrieved January 29, 2018, from http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
[44] Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche.* Faktenblatt 19. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
[45] Hatzenbuehler, M. L. (2014). Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Current Directions in Psychological Science, 23*(2), 127–132. doi:10.1177/0963721414523775
[46] Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American psychologist, 71*(8), 742–751. doi:10.1037/amp0000068
[47] Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
[48] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Lamprecht, M., Ledergerber, M., … Tschumper, A. (2014). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2012/2013.* Arbeitspapier 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
[49] Streich, W. (2009). Vulnerable Gruppen: «Verwundbarkeit» als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 301–307). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
[50] SRK (2013). *Erleichterter Zugang für verletzliche Personen zu den Dienstleistungen des Schweizerischen Roten Kreuzes: Grundlagen und praxisbezogene Beispiele.* Wabern-Bern: SRK.
[51] BAG & GDK (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024.* Bern: Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
[52] Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., … Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter».* Bericht 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
[53] Henrickson, M. & Fouché, C. (2017). *Vulnerability and marginality in human services.* London: Routledge.
[54] Weiss, R. (2006). Vulnerabilität und Resilienz aus transdisziplinärer Sicht. In P. van Eeuwijk & B. Obrist (Eds.), *Vulnerabilität, Migration und Altern* (pp. 25–47). Zürich: Seismo Verlag.
[55] Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., … Bodenmann, P. (2012). Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Academic Emergency Medicine, 19*(1), 63–68. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x
[56] Gasser, N., Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil.* Zürich: Pro Senectute Schweiz.
[57] BAG (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
[58] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & Haug, S. (2015). Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht: Aktualisierung der wissenschaftlichen Fakten 2006–2014. Bern: Public Health Services.
[59] Clow, B., Hanson, Y. & Bernier, J. (2018). *Distinguish between Equity and Equality. SGBA e-learning resource: Rising to the challenge.* Retrieved February 16, 2018, from http://sgba-resource.ca/en/concepts/equity/distinguish-between-equity-and-equality/
[60] Milken Institute School of Public Health (2016). *What's the Difference Between Equity and Equality?* Retrieved February 16, 2018, from https://publichealthonline.gwu.edu/blog/equity-vs-equality/

[61] Weber, D. & Salis Gross, C. (2018). Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. *Suchtmagazin, 44*(5), 13–17. doi:https://doi.org/10.5167/uzh-162788
[62] Krämer, H. (2018). *Chancengleichheit. Gabler Wirtschaftslexikon.* Retrieved February 14, 2018, from http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/chancengleichheit.html#erklaerung
[63] Fehr, A., Hölling, G., Lampert, T., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A., Niederbühl, K., … Zeeb, H. (2014). *Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit.* Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
[64] Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten.* Bern: Hans Huber.
[65] Gasser, K. & Houmard, S. (2018). Soziale Benachteiligung erzeugt ungleiche Gesundheitschancen. *spectra* (119), 2–3.
[66] WHO (1998). *Health Promotion Glossary.* Geneva. Retrieved from http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf
[67] CIHER (2019). *Centre for Indigenous Health Equity Research.* Retrieved June 27, 2019, from https://www.cqu.edu.au/research/organisations/centre-for-indigenous-health-equity-research
[68] Halfon, N., Larson, K. & Russ, S. (2010). Why Social Determinants. *Healthcare quarterly, 14*(1), 8–20.
[69] Höglinger, M., Seiler, S., Ehrler, F. & Maurer, J. (2019). *Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz.* Lausanne und Winterthur: Université de Lausanne, FORS und ZHAW.
[70] Homfeldt, H. G. (2005). Gesund Altern – Aufgaben Sozialer Arbeit. In C. Schweppe (Ed.), *Alter und soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder* (pp. 87–108). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
[71] Von dem Knesebeck, O. & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 253–265). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
[72] Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4th ed., pp. 89–99). Bern: Verlag Hans Huber.
[73] Solar, O. & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. *Commission on Social Determinants of Health.* Geneva: World Health Organization.
[74] Wilkinson, R. & Marmot, M. (Eds.) (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2nd ed.). Copenhagen: World Health Organization. doi:10.1016/j.jana.2012.03.001
[75] Boes, S., Kaufmann, C. & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Retrieved from http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_51.pdf
[76] BAG (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit. Zahlen und Fakten für die Schweiz.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
[77] Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz.* Hintergrunddokument. Bern: socialdesign ag.
[78] Remund, A. (2018). Die Übersterblichkeit der jungen Erwachsenen in der Schweiz: Zeitbezogen, vermeidbar und sozial ungleich verteilt. *LIVES Impact Policy Brief* (8). Retrieved from https://www.lives-nccr.ch/de/newsletter/die-uebersterblichkeit-der-jungen-erwachsenen-der-schweiz-n2935
[79] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts».* Schlussbericht. Bern.
[80] Wang, J., Häusermann, M., Ajdacic-Gross, V., Aggleton, P. & Weiss, M. G. (2007). High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(5), 414–420. doi:10.1007/s00127-007-0190-3
[81] Wang, J., Hausermann, M. & Weiss, M. G. (2014). Mental health literacy and the experience of depression in a community sample of gay men. *Journal of Affective Disorders, 155,* 200–207. doi:10.1016/j.jad.2013.11.001

[82] Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche.* Faktenblatt 19. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. Retrieved from https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf

[83] Lamprecht, M. & Stamm, H. (2015). *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Laufend aktualisierte Indikatoren. Stand März 2015.* Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

[84] gfs.bern (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Schlussbericht.* Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien. Bern: gfs.bern.

[85] Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine, 126,* 154–163.

[86] Lampert, T. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 121–137). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

[87] Blaser, M. & Amstad, F. T. (Eds.) (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht.* Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[88] Mielck, A. & Helmert, U. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Eds.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6th ed.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

[89] Klein, J. & Von dem Knesebeck, O. (2016). Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 341–352). Wiesbaden: Springer.

[90] Mielck, A. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.* Weinheim und München: Juventa Verlag.

[91] Diebold, M. (2016). Hindernisse für sozial benachteiligte Gruppen bei der Nutzung des Gesundheitssystems der Schweiz. In SRK (Ed.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (pp. 59–80). Zürich: Seismo Verlag.

[92] VicHealth (2015). *About Fair Foundations and promoting health equity. A resource to support Fair Foundations: The VicHealth framework for health equity.* Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation.

[93] Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities (Glossary). *Journal of Epidemiology & Community Health, 56*(9), 647–653. Retrieved from http://go.galegroup.com.proxy.lib.utk.edu:90/ps/i.do?&id=GALE%7CA90984956&v=2.1&u=tel_a_utl&it=r&p=AONE&sw=w&authCount=1

[94] Halfon, N., Inkelas, M. & Hochstein, M. (2000). The health development organization: an organizational approach to achieving child health development. *Milbank Quarterly, 78*(3), 341,447-497.

[95] Kapilashrami, A. & Hankivsky, O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *www.thelancet.com Soc Psychiatry Psychiatri Epidemiol, 46,* 2589–2591. doi:10.1016/S0140-6736(18)31431-4

[96] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Policies. *The University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139–167. doi:10.1525/sp.2007.54.1.23.

[97] Community Development and Health Network (n.d.). *What are health inequalities? Community Development and Health Network.* Retrieved from https://www.cdhn.org/factsheets

[98] Ministry of Health – Manatu Haoura (2018). *Health and Independence Report 2017. The Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health.* Retrieved from https://www.health.govt.nz/publication/health-and-independence-report-2016

[99] BAG (2018). *Gesundheitliche Chancengleichheit.* Bern: Bundesamt für Gesundheit. Retrieved from https://www.g2020-info.admin.ch/de/create-pdf/?project_id=36

[100] BAG (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.

[101] Weber, M. (2018). Strategie Sucht: Schwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit. *Suchtmagazin, 44*(5), 29–31.

[102] Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
[103] Desmond, M. & Emirbayer, M. (2016). *Race in America.* New York, London: W.W. Norton & Company.
[104] Marmot, M. (2017). Inclusion health: Addressing the causes of the causes. *The Lancet, 391,* 186–188. doi:10.1016/S0140-6736(17)32848-9
[105] Olstad, D. L., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obes Rev, 17*(12), 1198–1217. doi:10.1111/obr.12457
[106] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., … Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev, 18*(7), 791–807. doi:10.1111/obr.12546
[107] Spence, J. C., Holt, N. L., Dutove, J. K. & Carson, V. (2010). Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer. *BMC Public Health, 10,* 356. doi:10.1186/1471-2458-10-356
[108] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act, 15*(1), 43. doi:10.1186/s12966-018-0676-2
[109] Abeykoon, A. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public health nutrition, 20*(12), 2236–2248. doi:10.1017/S1368980017000933
[110] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health promotion international, 30 Suppl 2,* ii18-9. doi:10.1093/heapro/dav022
[111] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med, 56*(5), 265–272. doi:10.1016/j.ypmed.2013.02.023
[112] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev, 75*(suppl 1), 62–69. doi:10.1093/nutrit/nuw038
[113] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., … Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act, 14*(1), 158. doi:10.1186/s12966-017-0613-9
[114] Baker, P. R. A., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L. & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1,* CD008366-CD008366. doi:10.1002/14651858.CD008366.pub3
[115] Laws, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Russell, G., Ball, K., Lynch, J., … Denney-Wilson, E. (2014). The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0–5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. *BMC Public Health, 14*(1), 779. doi:10.1186/1471-2458-14-779
[116] Towner, E. K., Clifford, L. M., McCullough, M. B., Stough, C. O. & Stark, L. J. (2016). Treating Obesity in Preschoolers: A Review and Recommendations for Addressing Critical Gaps. *Pediatric clinics of North America, 63*(3), 481–510. doi:10.1016/j.pcl.2016.02.005
[117] Wijtzes, A. I., van de Gaar, V. M., van Grieken, A., de Kroon, M. L. A., Mackenbach, J. P., van Lenthe, F. J., … Raat, H. (2017). Effectiveness of interventions to improve lifestyle behaviors among socially disadvantaged children in Europe. *European journal of public health, 27*(2), 240–247. doi:10.1093/eurpub/ckw136

[118] Ewart-Pierce, E., Mejia Ruiz, M. J. & Gittelsohn, J. (2016). «Whole-of-Community» Obesity Prevention: A Review of Challenges and Opportunities in Multilevel, Multicomponent Interventions. *Curr Obes Rep, 5*(3), 361–374. doi:10.1007/s13679-016-0226-7

[119] Robinson, L. E., Webster, E. K., Whitt-Glover, M. C., Ceaser, T. G. & Alhassan, S. (2014). Effectiveness of pre-school- and school-based interventions to impact weight-related behaviours in African American children and youth: a literature review. *Obesity Reviews, 15*(S4), 5–25. doi:doi:10.1111/obr.12208

[120] Hillier-Brown, F. C., Bambra, C. L., Cairns, J.-M., Kasim, A., Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2014). A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *BMC Public Health, 14,* 834. doi:10.1186/1471-2458-14-834

[121] Moore, G. F., Littlecott, H. J., Turley, R., Waters, E. & Murphy, S. (2015). Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies. *BMC Public Health, 15,* 907. doi:10.1186/s12889-015-2244-x

[122] Kornet-van der Aa, D. A., Altenburg, T. M., van Randeraad-van der Zee, C. H. & Chinapaw, M. J. M. (2017). The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review. *Obes Rev, 18*(5), 581–593. doi:10.1111/obr.12519

[123] Lubans, D. R., Morgan, P. J., Aguiar, E. J. & Callister, R. (2011). Randomized controlled trial of the Physical Activity Leaders (PALs) program for adolescent boys from disadvantaged secondary schools. *Prev Med, 52*(3–4), 239–246. doi:10.1016/j.ypmed.2011.01.009

[124] Bull, E. R., Dombrowski, S. U., McCleary, N. & Johnston, M. (2014). Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ open, 4*(11), e006046. doi:10.1136/bmjopen-2014-006046

[125] Wadden, T. A., West, D. S., Neiberg, R. H., Wing, R. R., Ryan, D. H., Johnson, K. C., … Vitolins, M. Z. (2009). One-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with success. *Obesity (Silver Spring), 17*(4), 713–722. doi:10.1038/oby.2008.637

[126] Harvey, J. R. & Ogden, D. E. (2014). Obesity treatment in disadvantaged population groups: where do we stand and what can we do? *Prev Med, 68,* 71–75. doi:10.1016/j.ypmed.2014.05.015

[127] Cleland, V., Granados, A., Crawford, D., Winzenberg, T. & Ball, K. (2013). Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews, 14*(3), 197–212. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01058.x

[128] Taylor, W. C., Baranowski, T. & Young, D. R. (1998). Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Preventive Medicine, 15*(4), 334–343.

[129] Cairns, J.-M., Bambra, C., Hillier-Brown, F. C., Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2015). Weighing up the evidence: a systematic review of the effectiveness of workplace interventions to tackle socioeconomic inequalities in obesity. *Journal of public health (Oxford, England), 37*(4), 659–670. doi:10.1093/pubmed/fdu077

[130] Mendoza-Vasconez, A. S., Linke, S., Munoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M., … Larsen, B. A. (2016). Promoting Physical Activity among Underserved Populations. *Current sports medicine reports, 15*(4), 290–297. doi:10.1249/JSR.0000000000000276

[131] Sullivan, A. N. & Lachman, M. E. (2016). Behavior Change with Fitness Technology in Sedentary Adults: A Review of the Evidence for Increasing Physical Activity. *Front Public Health, 4,* 289. doi:10.3389/fpubh.2016.00289

[132] Lood, Q., Haggblom-Kronlof, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res, 15,* 560. doi:10.1186/s12913-015-1222-4

[133] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., … Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act, 13,* 12. doi:10.1186/s12966-016-0336-3

[134] Muellmann, S., Forberger, S., Mollers, T., Broring, E., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2018). Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review. *Prev Med, 108,* 93–110. doi:10.1016/j.ypmed.2017.12.026

[135] Poulsen, T., Elkjaer, E., Vass, M., Hendriksen, C. & Avlund, K. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing, 4*(3), 115–124. doi:10.1007/s10433-007-0057-1

[136] Lehne, G. & Bolte, G. (2017). Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act, 14*(1), 20. doi:10.1186/s12966-017-0472-4

[137] Joseph, R. P. & Maddock, J. E. (2016). Observational Park-based physical activity studies: A systematic review of the literature. *Prev Med, 89,* 257–277. doi:10.1016/j.ypmed.2016.06.016

[138] Lupton, B. S., Fonnebo, V. & Sogaard, A. J. (2003). The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health, 31*(3), 178–186. doi:10.1080/14034940210134077

[139] Brown, W. J., Mummery, K., Eakin, E. & Schofield, G. (2006). 10,000 Steps Rockhampton: evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health, 3*(1), 1–14.

[140] Allison, R., Bird, E. L. & McClean, S. (2017). Is Team Sport the Key to Getting Everybody Active, Every Day? A Systematic Review of Physical Activity Interventions Aimed at Increasing Girls' Participation in Team Sport. *AIMS public health, 4*(2), 202–220. doi:10.3934/publichealth.2017.2.202

[141] Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., van Teijlingen, E., … Fowler, C. (2014). Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess, 18*(35), v–vi, xxiii–xxix, 1-424. doi:10.3310/hta18350

[142] Bottorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., … Tillotson, S. M. (2015). An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men. *Sports Med, 45*(6), 775–800. doi:10.1007/s40279-014-0286-3

[143] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Faktenblatt Epidemiologie. Gender-disaggregierte Daten zur Gesundheit von älteren Frauen und Männern in der Schweiz.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[144] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Leitfaden «Wie erreichen wir Männer 65+?». Gesammelte Erfahrungen für Fachleute auf der Umsetzungsebene.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[145] Tovar, A., Renzaho, A. M. N., Guerrero, A. D., Mena, N. & Ayala, G. X. (2014). A Systematic Review of Obesity Prevention Intervention Studies among Immigrant Populations in the US. *Curr Obes Rep, 3,* 206–222. doi:10.1007/s13679-014-0101-3

[146] Nierkens, V., Hartman, M. A., Nicolaou, M., Vissenberg, C., Beune, E. J. A. J., Hosper, K., … Stronks, K. (2013). Effectiveness of cultural adaptations of interventions aimed at smoking cessation, diet, and/or physical activity in ethnic minorities. A systematic review. *PLoS ONE, 8*(10), e73373–e73373. doi:10.1371/journal.pone.0073373

[147] Bennett, G. G., Steinberg, D. M., Stoute, C., Lanpher, M., Lane, I., Askew, S., … Baskin, M. L. (2014). Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review. *Obesity Reviews, 15 Suppl 4,* 146–158. doi:10.1111/obr.12218

[148] Marcus, B. H., Hartman, S. J., Larsen, B. A., Pekmezi, D., Dunsiger, S. I., Linke, S., … Rojas, C. (2016). Pasos Hacia La Salud: a randomized controlled trial of an internet-delivered physical activity intervention for Latinas. *Int J Behav Nutr Phys Act, 13,* 62. doi:10.1186/s12966-016-0385-7

[149] Kaya, B. (2014). Migration et information sur la santé. Revue de littérature. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.

[150] Mosdol, A., Lidal, I. B., Straumann, G. H. & Vist, G. E. (2017). Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2,* CD011683-CD011683. doi:10.1002/14651858.CD011683.pub2

[151] Attwood, S., van Sluijs, E. & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *Int J Behav Nutr Phys Act, 13,* 60. doi:10.1186/s12966-016-0384-8

[152] VanKim, N. A., Austin, S. B., Jun, H.-J. & Corliss, H. L. (2017). Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings from the Nurses' Health Study II. *Journal of women's health (2002), 26*(10), 1077–1085. doi:10.1089/jwh.2017.6389

[153] National LGBT Health Education Center (2018). *Addressing Eating Disorders, Body Dissatisfaction, and Obesity Among Sexual and Gender Minority Youth. National LGBT Health Education Center. A Program of the Fenway Institute.* Retrieved from https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/04/EatingDisordersBodyImageBrief.pdf

[154] McElroy, J. A., Haynes, S. G., Eliason, M. J., Wood, S. F., Gilbert, T., Barker, L. T. & Minnis, A. M. (2016). Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches. *Womens Health Issues, 26 Suppl 1,* S18-35. doi:10.1016/j.whi.2016.05.002

[155] Elliott, I. (2016). *Poverty and mental health: a review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy.* London: Mental Health Foundation.

[156] Guruge, S., Wang, A. Z. Y., Jayasuriya-Illesinghe, V. & Sidani, S. (2017). Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context. *Psychology, health & medicine, 22*(5), 507–523. doi:10.1080/13548506.2016.1191655

[157] Woodhall-Melnik, J. R. & Dunn, J. R. (2016). A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies, 31*(3), 287–304. doi:10.1080/02673037.2015.1080816

[158] Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 52*(5), 505–514. doi:10.1007/s00127-017-1370-4

[159] WHO (2014). *Social determinants of mental health.* World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789?sequence=1

[160] Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., ... Hewett, N. (2017). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet.* doi:10.1016/S0140-6736(17)31959-1

[161] Yoshikawa, H., Whipps, M. D. M. & Rojas, N. M. (2017). Commentary: New Directions in Developmentally Informed Intervention Research for Vulnerable Populations. *Child development, 88*(2), 459–465. doi:10.1111/cdev.12736

[162] Johnson, S. (2017). Social interventions in mental health: a call to action. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 52*(3), 245–247. doi:10.1007/s00127-017-1360-6

[163] Marshall, A. (2016). Suicide Prevention Interventions for Sexual & Gender Minority Youth: An Unmet Need. *Yale Journal of Biology and Medicine, 89*(2), 205–213.

[164] Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M. & Goldblatt, P. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health, 14,* 1040. doi:10.1186/1471-2458-14-1040

[165] Komro, K. A., Tobler, A. L., Delisle, A. L., O'Mara, R. J. & Wagenaar, A. C. (2013). Beyond the clinic: improving child health through evidence-based community development. *BMC pediatrics, 13,* 172. doi:10.1186/1471-2431-13-172

[166] Kim, B. K., Gloppen, K. M., Rhew, I. C., Oesterle, S. & Hawkins, J. D. (2015). Effects of the communities that care prevention system on youth reports of protective factors. *Preventive Science, 16*(5), 652–662. doi:10.1007/s11121-014-0524-9

[167] Welsh, J., Strazdins, L., Ford, L., Friel, S., O'Rourke, K., Carbone, S. & Carlon, L. (2015). Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health promotion international, 30 Suppl 2,* ii36-76. doi:10.1093/heapro/dav053

[168] Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D. & Catalano, R. F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health, 43*(1), 15–22. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.01.022

[169] Oesterle, S., Kuklinski, M. R., Hawkins, J. D., Skinner, M. L., Guttmannova, K. & Rhew, I. C. (2018). Long-Term Effects of the Communities That Care Trial on Substance Use, Antisocial Behavior, and Violence Through Age 21 Years. *American Journal of Public Health, 108*(5), 659–665. doi:10.2105/ajph.2018.304320

[170] Mitchell, R. J., Richardson, E. A., Shortt, N. K. & Pearce, J. R. (2015). Neighborhood Environments and Socioeconomic Inequalities in Mental Well-Being. *American Journal of Preventive Medicine, 49*(1), 80–84. doi:10.1016/j.amepre.2015.01.017

[171] Barlow, J., Bergman, H., Kornor, H., Wei, Y. & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8), Cd003680. doi:10.1002/14651858.CD003680.pub3

[172] Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 392–407. doi:10.3109/09540261.2014.928270

[173] Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems--a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry, 47*(1), 99–111. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x

[174] Robinson, G., Zubrick, S. R., Silburn, S., Tyler, W., Jones, Y., D'Aprano, A., … Stock, C. (2009). *Let's start: Exploring together. An early intervention program for Northern Territory children and families. Final evaluation report.* Darwin: School for Social and Policy Research, Institute of Advanced Studies, Charles Darwin University.

[175] Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., … Wiggers, J. (2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 56*(10), 813–824. doi:10.1016/j.jaac.2017.07.780

[176] Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development, 82*(1), 405–432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x

[177] Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. D., Ben, J. & Gravesteijn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools, 49*(9), 892–909.

[178] Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child development, 88*(4), 1156–1171. doi:10.1111/cdev.12864

[179] Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S. & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools – a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol, 5,* 603. doi:10.3389/fpsyg.2014.00603

[180] Salerno, J. P. (2016). Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. *The Journal of school health, 86*(12), 922–931. doi:10.1111/josh.12461

[181] Salam, R. A., Das, J. K., Lassi, Z. S. & Bhutta, Z. A. (2016). Adolescent Health Interventions: Conclusions, Evidence Gaps, and Research Priorities. *Journal of Adolescent Health, 59*(4S), S88–S92. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.05.006

[182] Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* World Health Organization.

[183] Perrino, T., Pantin, H., Prado, G., Huang, S., Brincks, A., Howe, G., … Brown, C. H. (2014). Preventing internalizing symptoms among Hispanic adolescents: a synthesis across Familias Unidas trials. *Prevention Science, 15*(6), 917–928. doi:10.1007/s11121-013-0448-9

[184] MacDonell, K. W. & Prinz, R. J. (2017). A Review of Technology-Based Youth and Family-Focused Interventions. *Clinical child and family psychology review, 20*(2), 185–200. doi:10.1007/s10567-016-0218-x

[185] Ramsey, A. T. & Montgomery, K. (2014). Technology-based interventions in social work practice: a systematic review of mental health interventions. *Social work in health care, 53*(9), 883–899. doi:10.1080/00981389.2014.925531

[186] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter.* Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
[187] Schäffler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
[188] Forsman, A. K., Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health promotion international, 26 Suppl 1*, i85-107. doi:10.1093/heapro/dar074
[189] Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol, 77*(5), 1061–1072.
[190] BAG (2008). *Fokusbericht Gender und Gesundheit.* Bundesamt für Gesundheit.
[191] Franklin, C., Kim, J. S., Beretvas, T. S., Zhang, A., Guz, S., Park, S., ... Maynard, B. R. (2017). The Effectiveness of Psychosocial Interventions Delivered by Teachers in Schools: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical child and family psychology review, 20*(3), 333–350. doi:10.1007/s10567-017-0235-4
[192] Schlichthorst, M., King, K., Turnure, J., Sukunesan, S., Phelps, A. & Pirkis, J. (2018). Influencing the Conversation About Masculinity and Suicide: Evaluation of the Man Up Multimedia Campaign Using Twitter Data. *JMIR Ment Health, 5*(1), e14. doi:10.2196/mental.9120
[193] BZgA (2009). *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung konkret* (Band 10). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
[194] Yasui, M., Pottick, K. J. & Chen, Y. (2017). Conceptualizing Culturally Infused Engagement and Its Measurement for Ethnic Minority and Immigrant Children and Families. *Clinical child and family psychology review, 20*(3), 250–332. doi:10.1007/s10567-017-0229-2
[195] Sibinga, E. M., Webb, L., Ghazarian, S. R. & Ellen, J. M. (2016). School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics, 137*(1). doi:10.1542/peds.2015-2532
[196] Roth, B. & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med, 66*(1), 113–123.
[197] Brown-Iannuzzi, J. L., Adair, K. C., Payne, B. K., Richman, L. S. & Fredrickson, B. L. (2014). Discrimination hurts, but mindfulness may help: Trait mindfulness moderates the relationship between perceived discrimination and depressive symptoms. *Pers Individ Dif, 56.* doi:10.1016/j.paid.2013.09.015
[198] Graham, J. R., West, L. M. & Roemer, L. (2013). The experience of racism and anxiety symptoms in an African-American sample: Moderating effects of trait mindfulness. *Mindfulness, 4*(4), 332–341.
[199] Kaya, B. (2018). *Compétences en matière de santé. Relation patient - professionnel de santé et accès à l'information relative à la santé. Étude soutenue par l'Office fédéral de la santé publique OFSP.* Wabern: Croix-Rouge suisse.
[200] Plöderl, M. & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry, 27*(5), 367–385. doi:10.3109/09540261.2015.1083949
[201] Hatzenbuehler, M. L. & Keyes, K. M. (2013). Inclusive Anti-Bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth. *The Journal of Adolescent Health, 53*(1 0), S21–S26. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.08.010
[202] Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M. & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health, 99*(12), 2275–2281. doi:10.2105/ajph.2008.153510
[203] PREOS (2011). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations.* Lausanne: Groupe santé, PREOS prévenir le rejet basé sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre chez les jeunes.
[204] Saewyc, E. M., Konishi, C., Rose, H. A. & Homma, Y. (2014). School-Based Strategies to Reduce Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Discrimination among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents in Western Canada. *International Journal of Child, Youth & Family Studies, 5*(1), 89–112.

[205] Craig, S. L. & Austin, A. (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review, 64,* 136–144.

[206] Smith, N. G., Hart, T. A., Kidwai, A., Vernon, J. R. G., Blais, M. & Adam, B. (2017). Results of a Pilot Study to Ameliorate Psychological and Behavioral Outcomes of Minority Stress Among Young Gay and Bisexual Men. *Behav Ther, 48*(5), 664–677. doi:10.1016/j.beth.2017.03.005

[207] Wilkerson, J. M., Schick, V. R., Romijnders, K. A., Bauldry, J. & Butame, S. A. (2017). Social Support, Depression, Self-Esteem, and Coping Among LGBTQ Adolescents Participating in Hatch Youth. *Health Promot Pract, 18*(3), 358–365. doi:10.1177/1524839916654461

[208] Wang, J., Hausermann, M., Berrut, S. & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *Journal of Affective Disorders, 150*(2), 306–312. doi:10.1016/j.jad.2013.04.011

[209] White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine, 147*, 222–231. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.010

[210] Goldbach, J. T., Rhoades, H., Green, D., Fulginiti, A. & Marshal, M. P. (2018). Is There a Need for LGBT-Specific Suicide Crisis Services? *Crisis,* 1–6. doi:10.1027/0227-5910/a000542

[211] Heck, N. C., Mirabito, L. A., LeMaire, K., Livingston, N. A. & Flentje, A. (2017). Omitted data in randomized controlled trials for anxiety and depression: A systematic review of the inclusion of sexual orientation and gender identity. *J Consult Clin Psychol, 85*(1), 72–76. doi:10.1037/ccp0000123

[212] Vijayaraghavan, M., Schroeder, S. A. & Kushel, M. (2016). The effectiveness of tobacco control policies on vulnerable populations in the USA: a review. *Postgrad Med J.* doi:10.1136/postgradmedj-2014-133193

[213] Choi, K., Hennrikus, D., Forster, J. & St Claire, A. W. (2012). Use of price-minimizing strategies by smokers and their effects on subsequent smoking behaviors. *Nicotine & Tobacco Research, 14*(7), 864–870. doi:10.1093/ntr/ntr300

[214] WHO (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package.* Geneva: World Health Organization.

[215] Etter, J. F., Ritter, C., Christie, D. H., Kunz, M., Rieder, J. P., Humair, J. P., ... Elger, B. (2012). Implementation and impact of anti-smoking interventions in three prisons in the absence of appropriate legislation. *Prev Med, 55*(5), 475–481. doi:10.1016/j.ypmed.2012.08.010

[216] Ritter, C., Elger, B., Kunz, M. & Etter, J.-F. (2012). *Less Smoking and More Health in Prisons. Swiss Tobacco Control Fund grant Nr 08.002295. Final Report.* Basel, Switzerland. Retrieved from https://www.tpf.admin.ch/tpf/de/home/tpf-projektdatenbank/projektdatenbank.exturl.html/aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoLzIwMTZfdGFnbG/FiLzIwMTZfdHBmL3BvcnRhbF9kZS5waHA_bGFuZz1kZSZpZD03/NSZjcT0yMDA0OzIwMTc7MDs7Ozs7.html

[217] Hammond, D., Thrasher, J., Reid, J. L., Driezen, P., Boudreau, C. & Santillan, E. A. (2012). Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco-related inequities. *Cancer Causes Control, 23 Suppl 1,* 57–67. doi:10.1007/s10552-012-9902-4

[218] Mead, E. L., Cohen, J. E., Kennedy, C. E., Gallo, J. & Latkin, C. A. (2015). The role of theory-driven graphic warning labels in motivation to quit: a qualitative study on perceptions from low-income, urban smokers. *BMC Public Health, 15,* 92. doi:10.1186/s12889-015-1438-6

[219] Amos, A., Brown, T. & Platt, S. (2013). *A systematic review of the effectiveness of policies and interventions to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults.* Edinburgh: Centre for Population Health Science, University of Edinburgh.

[220] BAG (2017). *Tabakproduktegesetz (inoffizieller Vorabdruck des BAG), 08.12.2017.* Bern: Bundesamt für Gesundheit. Retrieved from https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-tabakpraevention/tabakpolitik-schweiz/entwurf-tabakproduktegesetz.html

[221] Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B. & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Social Science & Medicine, 67*(9), 1343–1355. doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.037

[222] Hill, S., Amos, A., Clifford, D. & Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control, 23*(e2), e89-97. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051110

[223] De Jong, C. A., Goodair, C., Crome, I., Jokubonis, D., El-Guebaly, N., Dom, G., … Schoof, T. (2016). Substance Misuse Education for Physicians: Why Older People are Important. *Yale J Biol Med, 89*(1), 97–103.

[224] Cornuz, J., Jacot Sadowski, I. & Humair, J.-P. (2015). *Ärztliche Rauchstoppberatung. Die Dokumentation für die Praxis. Projekt FREI VON TABAK, Nationales Rauchstopp-Programm.* Bern. Retrieved from https://www.freivontabak.ch/index.php/de/das-projekt/unterlagen/manual

[225] Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Porter, J., Coleman, T., Perlen, S. M., Thomas, J. & McKenzie, J. E. (2017). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2,* Cd001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub5

[226] Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J. & Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (10),* Cd001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub4

[227] Herbec, A., Brown, J., Tombor, I., Michie, S. & West, R. (2014). Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers ('MumsQuit'). *Drug Alcohol Depend, 140,* 130–136. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.010

[228] Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., … West, R. (2014). Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med, 2*(12), 997–1006. doi:10.1016/s2213-2600(14)70195-x

[229] Rowa-Dewar, N., Lumsdaine, C. & Amos, A. (2015). Protecting children from smoke exposure in disadvantaged homes. *Nicotine & Tobacco Research, 17*(4), 496–501. doi:10.1093/ntr/ntu217

[230] Streja, L., Crespi, C. M., Bastani, R., Wong, G. C., Jones, C. A., Bernert, J. T., … Berman, B. A. (2014). Can a minimal intervention reduce secondhand smoke exposure among children with asthma from low income minority families? Results of a randomized trial. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(2), 256–264. doi:10.1007/s10903-012-9713-4

[231] Rees, V. W., Keske, R. R., Blaine, K., Aronstein, D., Gandelman, E., Lora, V., … Geller, A. C. (2014). Factors influencing adoption of and adherence to indoor smoking bans among health disparity communities. *American Journal of Public Health, 104*(10), 1928–1934. doi:10.2105/ajph.2013.301735

[232] Gould, G. S., Lim, L. L. & Mattes, J. (2017). Prevention and Treatment of Smoking and Tobacco Use During Pregnancy in Selected Indigenous Communities in High-Income Countries of the United States, Canada, Australia, and New Zealand: An Evidence-Based Review. *Chest, 152*(4), 853–866. doi:10.1016/j.chest.2017.06.033

[233] Coleman, T., Chamberlain, C., Davey, M., Cooper, S. E. & Leonardi-Bee, J. (2012). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (9).

[234] Thomas, R. E., McLellan, J. & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 8*(5), 1616–2040.

[235] Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G. & Abbott, R. D. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. *Arch Pediatr Adolesc Med, 159*(1), 25–31. doi:10.1001/archpedi.159.1.25

[236] Sussman, S. & Sun, P. (2009). Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tob Induc Dis, 5,* 3. doi:10.1186/1617-9625-5-3

[237] Towns, S., DiFranza, J. R., Jayasuriya, G., Marshall, T. & Shah, S. (2017). Smoking Cessation in Adolescents: targeted approaches that work. *Paediatr Respir Rev, 22,* 11–22. doi:10.1016/j.prrv.2015.06.001

[238] Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P. & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction, 106*(9), 1568–1585. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x

[239] Lifson, A. R. & Lando, H. A. (2012). Smoking and HIV: prevalence, health risks, and cessation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep, 9*(3), 223–230. doi:10.1007/s11904-012-0121-0

[240] Carson, K. V, Brinn, M. P., Peters, M., Veale, A., Esterman, A. J. & Smith, B. J. (2012). Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1,* Cd009046. doi:10.1002/14651858.CD009046.pub2

[241] Wilson, A., Guillaumier, A., George, J., Denham, A. & Bonevski, B. (2017). A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010–2017). *Expert Rev Respir Med, 11*(8), 617–630. doi:10.1080/17476348.2017.1340836

[242] DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Abbott, P. A., Davison, J., Moore, L. & Thompson, S. C. (2011). Smoking cessation in indigenous populations of Australia, New Zealand, Canada, and the United States: elements of effective interventions. *Int J Environ Res Public Health, 8*(2), 388–410. doi:10.3390/ijerph8020388

[243] Guignard, R., Nguyen-Thanh, V., Delmer, O., Lenormand, M. C., Blanchoz, J. M. & Arwidson, P. (2018). Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique: synthèse de la littérature. *Santé Publique, 30*(1), 45–60. doi:10.3917/spub.181.0045

[244] Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Bee, J. L., Dobbie, F. & Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors, 38*(11), 2787–2796. doi:10.1016/j.addbeh.2013.07.010

[245] Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C. & Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ open, 4*(12), e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414

[246] Smith, P. M., Spadoni, M. M. & Proper, V. M. (2014). Abuse and smoking cessation in clinical practice. *Journal of clinical nursing, 23*(3–4), 361–366. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04219.x

[247] Carr, A. B. & Ebbert, J. (2012). Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6), Cd005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub3

[248] Brose, L. S., McEwen, A., Michie, S., West, R., Chew, X. Y. & Lorencatto, F. (2015). Treatment manuals, training and successful provision of stop smoking behavioural support. *Behav Res Ther, 71,* 34–39. doi:10.1016/j.brat.2015.05.013

[249] Hamilton, F. L., Laverty, A. A., Huckvale, K., Car, J., Majeed, A. & Millett, C. (2016). Financial Incentives and Inequalities in Smoking Cessation Interventions in Primary Care: Before-and-After Study. *Nicotine & Tobacco Research, 18*(3), 341–350. doi:10.1093/ntr/ntv107

[250] Nagelhout, G. E., Hummel, K., Willemsen, M. C., Siahpush, M., Kunst, A. E., de Vries, H., ... van den Putte, B. (2014). Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Drug Alcohol Depend, 140,* 183–190. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.012

[251] Civljak, M., Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A. & Car, J. (2013). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7), Cd007078. doi:10.1002/14651858.CD007078.pub4

[252] Shahab, L., Brown, J., Gardner, B. & Smith, S. G. (2014). Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey. *Journal of Medical Internet Research, 16*(11), e253. doi:10.2196/jmir.3368

[253] Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., Rodgers, A. & Gu, Y. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11,* Cd006611. doi:10.1002/14651858.CD006611.pub3

[254] Stanczyk, N., Bolman, C., van Adrichem, M., Candel, M., Muris, J. & de Vries, H. (2014). Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 16*(3), e69. doi:10.2196/jmir.3016

[255] Chen, Y. F., Madan, J., Welton, N., Yahaya, I., Aveyard, P., Bauld, L., ... Munafo, M. R. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment, 16*(38), 1–205, iii–v. doi:10.3310/hta16380

[256] Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1248,* 107–123. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x

[257] Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R. & Lancaster, T. (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (8), Cd002850. doi:10.1002/14651858.CD002850.pub3

[258] Taylor, A. H., Thompson, T. P., Greaves, C. J., Taylor, R. S., Green, C., Warren, F. C., ... West, R. (2014). A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers. *Health Technology Assessment, 18*(4), 1–324. doi:10.3310/hta18040

[259] Hall, W., Gartner, C. & Forlini, C. (2015). Ethical issues raised by a ban on the sale of electronic nicotine devices. *Addiction, 110*(7), 1061–1067. doi:10.1111/add.12898

[260] Tsoi, D. T., Porwal, M. & Webster, A. C. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), Cd007253. doi:10.1002/14651858.CD007253.pub3

[261] Dunn, K. E., Saulsgiver, K. A. & Sigmon, S. C. (2011). Contingency management for behavior change: applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients. *Exp Clin Psychopharmacol, 19*(1), 20–30. doi:10.1037/a0022039

[262] Mantzari, E., Vogt, F., Shemilt, I., Wei, Y., Higgins, J. P. & Marteau, T. M. (2015). Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med, 75,* 75–85. doi:10.1016/j.ypmed.2015.03.001

[263] Chen, D. & Wu, L. T. (2015). Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend, 154,* 14–24. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.06.004

[264] Schnoz, D., Salis Gross, C., Grubenmann, D. & Uchtenhagen, A. (2006). *Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM).* Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

[265] Whitaker, C., Stevelink, S. & Fear, N. (2017). The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 19*(8), e290. doi:10.2196/jmir.7071

[266] Bayly, M., Scollo, M. M. & Wakefield, M. A. (2018). Who uses rollies? Trends in product offerings, price and use of roll-your-own tobacco in Australia. *Tob Control.* doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054334

[267] Rothwell, L., Britton, J. & Bogdanovica, I. (2015). The relation between cigarette price and hand-rolling tobacco consumption in the UK: an ecological study. *BMJ open, 5*(6), e007697. doi:10.1136/bmjopen-2015-007697

[268] Thomas, R. E., McLellan, J. & Perera, R. (2015). Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ open, 5*(3), e006976. doi:10.1136/bmjopen-2014-006976

[269] Pfister, A. (2014). Gender- und Diversity-Check suchtpräventiver Angebote. *Suchtmagazin* (5), 10–13. doi:http://doi.org/10.5281/zenodo.997227

[270] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin* (3&4), 26–29.

[271] Baskerville, N. B., Dash, D., Shuh, A., Wong, K., Abramowicz, A., Yessis, J. & Kennedy, R. D. (2017). Tobacco use cessation interventions for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth and young adults: A scoping review. *Prev Med Rep, 6,* 53–62. doi:10.1016/j.pmedr.2017.02.004

[272] Berger, I. & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research, 19*(12), 1408–1417. doi:10.1093/ntr/ntw216

[273] Ortiz, K. S., Duncan, D. T., Blosnich, J. R., Salloum, R. G. & Battle, J. (2015). Smoking Among Sexual Minorities: Are There Racial Differences? *Nicotine & Tobacco Research, 17*(11), 1362–1368. doi:10.1093/ntr/ntv001

[274] Walls, N. E. & Wisneski, H. (2010). Evaluation of smoking cessation classes for the lesbian, gay, bisexual, and transgender community. *Journal of Social Service Research, 37*(1), 99–111.

[275] Eliason, M. J., Dibble, S. L., Gordon, R. & Soliz, G. B. (2012). The last drag: an evaluation of an LGBT-specific smoking intervention. *J Homosex, 59*(6), 864–878. doi:10.1080/00918369.2012.694770

[276] Dickson-Spillmann, M., Sullivan, R., Zahno, B. & Schaub, M. P. (2014). Queer quit: a pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men. *BMC Public Health, 14,* 126. doi:10.1186/1471-2458-14-126

[277] Pfister, A. (2015). Vergessene queere Jugend. *Suchtmagazin* (2), 14–17. doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.997229

[278] Hatzenbuehler, M. L., Wieringa, N. F. & Keyes, K. M. (2011). Community-level determinants of tobacco use disparities in lesbian, gay, and bisexual youth: results from a population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med, 165*(6), 527–532. doi:10.1001/archpediatrics.2011.64

[279] Schaub, M. (2014). *Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme. Queer Quit Nachfolgestudie.* Bern: Tabakpräventionsfonds. Retrieved from https://www.tpf.admin.ch/tpf/de/home/tpf-projektdatenbank/projektdatenbank.html

[280] Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz – Grundlagen und Empfehlungen.* Herzogenbuchsee: Public Health Services.

[281] Roder, U., Paz Castro, R. & Salis Gross, C. (2019). *Ansätze und Erfolgskriterien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen.* Bern: Public Health Services.

[282] Pospiech, S., Amler, M. & Kilian, H. (2017). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.* Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

[283] Pega, F. (2013). *The effect of anti-poverty and in-work tax credits for families on self-rated health in parents in New Zealand. A cohort study of 6,900 participants of the Survey of Family, Income and Employment.* University of Otago, New Zealand.

[284] Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8th ed.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

[285] Schori, D. (2014). *Social inequality in health and social differences in health behaviours in young Swiss adults.* Universität Bern.

[286] König, M. & Galgano, L. (2013). *Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Allgemeiner Teil.* Bern: INFODROG.

[287] Abel, T. & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine, 74,* 236–44.

[288] Marshall, D. (2010). Popular culture, the 'victim'trope and queer youth analytics. *International Journal of Qualitative Studies in Education, 23*(1), 65–85.

[289] Bryan, A. & Mayock, P. (2017). Supporting LGBT Lives? Complicating the suicide consensus in LGBT mental health research. *Sexualities, 20*(1–2), 65–85.

[290] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). Grundlagen und Definitionen. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 15–20). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

[291] Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). Health Literacy. In K. Heggenhougen & S. Quah (Eds.), *International Encyclopedia of Public Health. Volume 3* (pp. 204–211). San Diego: Academic Press.

[292] Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G. & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80

[293] Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267.

Gesundheitsförderung Schweiz
Wankdorfallee 5
CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern
Tel. +41 58 464 20 74
healthequity@bag.admin.ch
www.miges.admin.ch

Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Haus der Kantone, Speichergasse 6
Postfach, CH-3001 Bern
Tel. +41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch, www.gdk-cds.ch

316.605.DE