

Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung

Autor(en): **Weber, Dominik / Salis Gross, Corina**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **44 (2018)**

Heft 5

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-832359>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung

2018-5
Jg. 44
S. 13 - 17

Gesundheitliche Ungerechtigkeit, d. h. Unterschiede im Gesundheitszustand aufgrund von sozialer Ungleichheit, fordert die Gesellschaft zum Handeln heraus. Damit alle Menschen möglichst gleiche Chancen auf eine gute Gesundheit haben, sind die Angebote chancengerecht zu gestalten. Entsprechende Ansätze und Erfolgskriterien können sich an Modellen zur Beachtung der Intersektionalität ausrichten.

DOMINIK WEBER

Lic.phil.hist., Projektleiter Programme bei Gesundheitsförderung Schweiz, Wankdorfallée 5, CH-3014 Bern, Tel. +41 (0)31 350 03 42, dominik.weber@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

CORINA SALIS GROSS

Dr. phil. hist., Forschungsleiterin am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF in Zürich und Bereichsleiterin «Diversität und Chancengleichheit» bei Public Health Services, Sulgeneckstrasse 35, CH-3007 Bern, Tel. +41 (0)79 430 85 22, salisgross@public-health-services.ch, www.public-health-services.ch

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten wurden unzählige Studien veröffentlicht, die unser Bewusstsein dafür schärften, dass gesundheitliche Unterschiede nicht nur zwischen Einzelpersonen bestehen, sondern auch zwischen sozialen Gruppen. Um nur eine kleine Auswahl aus den zahlreichen Studienergebnissen zu nennen:

- 1 Männliche Säuglinge haben in der Regel ein höheres Geburtsgewicht als weibliche Neugeborene (de Zegher et al. 1999).
- 2 Junge Menschen leiden deutlich seltener an chronischen Erkrankungen als ältere Personen (Obsan 2015).
- 3 MountainbikerInnen haben ein höheres Verletzungsrisiko als Personen, die dieses Hobby nicht ausüben (Egger & Razum 2014).
- 4 Kinder von Eltern mit tiefer Bildung sind häufiger übergewichtig oder fettleibig als Gleichaltrige, deren Eltern einen hohen Bildungsabschluss haben (Gesundheitsförderung Schweiz 2017b).
- 5 Homosexuelle Jugendliche weisen ein deutlich höheres Risiko für Depressionen, Suizidversuche und gewisse

Suchterkrankungen auf, als ihre heterosexuellen Peers (Gesundheitsförderung Schweiz 2017a).

- 6 In Bern und Lausanne haben BewohnerInnen in einkommensschwächeren Stadtteilen eine kürzere Lebenserwartung als Personen in privilegierten Quartieren (BAG 2018).

Gesundheitliche Unterschiede finden sich also in jedem Lebensalter, sie betreffen zahlreiche Indikatoren von Gesundheit und sie verlaufen entlang verschiedener soziodemografischer und persönlicher Merkmale.

Wo liegt der Handlungsbedarf?

Die genannten empirischen Ergebnisse werfen viele Fragen auf: *Sind diese Unterschiede im Gesundheitszustand alle gleich zu bewerten? Welche sind besonders problematisch und wieso? Fordern als problematisch erkannte Unterschiede die Gesellschaft zum Handeln auf? Wenn ja, wo muss man ansetzen und wie gelingt es, problematische Unterschiede in der Gesundheit zu reduzieren?*

Der vorliegende Beitrag geht diesen Fragen nach und versucht aus Sicht der praxisorientierten Gesundheitsförde-

rung einige zentrale Begriffe im Zusammenhang mit gesundheitlichen Unterschieden zu klären. Darüber hinaus soll aufgezeigt werden, welche Massnahmen zur Reduktion von ungerechten Unterschieden in der Gesundheit erfolgreich sind.

Welche gesundheitlichen Unterschiede sind problematisch?

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die oben genannten Beispiele 1-3 anders zu bewerten als die Beispiele 4-6. Um zwei Arten von gesundheitlichen Unterschieden voneinander abzugrenzen, führte die WHO die Begriffe «health inequalities» und «health inequities» ein.

Gesundheitliche Ungleichheiten («health inequalities»)

«Health inequalities» lassen sich auf biologische Unterschiede oder auf die freie Wahl eines Individuums zurückführen. Die Beispiele 1-3 sind demnach als *health inequalities* zu bezeichnen. Es wäre unmöglich oder ethisch inakzeptabel, diese Unterschiede in der Gesundheit und in der Verteilung von Gesundheitsdeterminanten verändern zu wollen (WHO

2018). Im Anschluss an die WHO lässt sich der Begriff «*health inequalities*» wortgemäss als «gesundheitliche Ungleichheiten» übersetzen.

Gesundheitliche Ungerechtigkeit («health inequities»)

Demgegenüber sind «*health inequities*» auf soziale Ungleichheiten und äussere Lebensbedingungen zurückzuführen, die von Individuen nicht oder kaum kontrolliert werden können.¹ So ist z.B. das vermehrte Auftreten von psychischen Erkrankungen bei geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten eine Folge von struktureller Stigmatisierung (Hatzenbuehler 2014). *Health inequities* lassen sich nicht auf natürliche Gründe zurückführen und werden deshalb als unnötig, vermeidbar und ungerecht bezeichnet.¹ Infolgedessen fordern sie – im Gegensatz zu gesundheitlichen Ungleichheiten – die Gesellschaft zum Handeln auf. Im Anschluss an die WHO handelt es sich bei den Beispielen 4-6 um Beispiele für «gesundheitliche Ungerechtigkeit».

Aktueller Diskurs in der praktischen Gesundheitsförderung und Prävention

Um Zielen und Massnahmen zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit ein Dach zu geben, werden im deutschsprachigen Raum gemeinhin zwei Begriffe verwendet: *Gesundheitliche Chancengleichheit* und *gesundheitliche Chancengerechtigkeit*.

In einem Grundlagenbericht von GFCH, BAG und GDK (siehe Infobox) wird für eine inhaltliche Differenzierung der beiden Begriffe plädiert:

- Gemäss heutigem Verständnis² meinen das französische *égalité* und das englische *equality* als Pendant zum deutschen Gleichheit «den Zustand des Gleichseins oder der grossen Ähnlichkeit sowie der gleichen Rechte von Menschen». Gleichheit bezieht sich damit auf Ergebnisse, Chancen und Möglichkeiten.
- *Équité*, *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

Exkurs zu gesundheitlicher Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengleichheit als gesundheitspolitisches Leitziel

Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet nicht, dass alle Menschen gleich gesund sein sollen. Vielmehr ist gemeint, dass möglichst alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und, falls nötig, Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben (BAG et al. 2016). Eine so definierte Chancengleichheit bezeichnet demnach ein Grundrecht, das sich aus dem zweiten Artikel der Schweizer Bundesverfassung ableitet. Dieses Grundrecht auf gleiche gesundheitliche Möglichkeiten fordert, dass es bei sozial bedingten Einflüssen auf die Gesundheit so wenig Unterschiede nach Einkommen, Bildung, Geschlecht oder sexueller Orientierung wie möglich geben sollte.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit als operative Umsetzungsmaxime

Chancengerechtigkeit im Gesundheitswesen heisst, auf der operativen Ebene sicherzustellen, dass alle Menschen über möglichst gleiche gesundheitliche Chancen verfügen. Im Zentrum der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit steht also die Herstellung von Gerechtigkeit bezüglich der Verteilung von gesundheitlichen Möglichkeiten.

Chancengerechtigkeit fragt dazu nach den Ursachen von ungleichen Chancen und untersucht ungleiche Risikofaktoren und Schutzfaktoren auf dem Weg zu einer guten Gesundheit. Darauf aufbauend werden Massnahmen abgeleitet, um eine nichtdiskriminierende Verteilung von gesundheitlichen Möglichkeiten zu gewährleisten. Um solche nichtdiskriminierenden Bedingungen herzustellen, können Massnahmen in verschiedenen Bereichen notwendig sein, von der politischen, sozioökonomischen und rechtlichen über die ökologische bis hin zur individuellen Ebene. Chancengerechtigkeit bedeutet, wenn notwendig, auch spezifische Massnahmen zu entwickeln und umzusetzen.

Eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention strebt einerseits danach, Ungleichheiten in der Verteilung von Schutzfaktoren und Ressourcen zu reduzieren. Andererseits beabsichtigt sie, Risikofaktoren und Belastungen abzubauen.

Quelle:

Die Ausführungen in diesem Beitrag wurden einem umfassenden Bericht zu Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention entnommen, der gegenwärtig erarbeitet und 2019 gemeinsam von Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) veröffentlicht wird (Weber 2019).

eine Handlungsebene, auf der sichergestellt wird, dass Menschen die ihnen zustehenden Rechte und Möglichkeiten erhalten.

Im Anschluss an das heute gängige Verständnis der beiden Begriffe schlägt der Bericht vor, den Begriff gesundheitliche Chancengleichheit als gesundheitspolitisches Ziel einzusetzen. Demgegenüber bezieht sich gesundheitliche Chancengerechtigkeit auf den Prozess und Weg, um das angestrebte Ziel zu erreichen.

Wo ansetzen zur Reduktion von gesundheitlicher Ungerechtigkeit?

Um effektive Interventionen entwickeln zu können, gilt es, zuerst zu verstehen, wie gesundheitliche Ungerechtigkeit entsteht und sich reproduziert. Im Fokus aktueller Erklärungsansätze stehen dabei die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen.

Diese Lebensverhältnisse – auch soziale Gesundheitsdeterminanten genannt – unterscheiden sich markant in unserer Gesellschaft: Je höher die Position ist, die eine Person in der gesell-



CHANCENGLEICHHEIT

schaftlichen Hierarchie einnimmt, umso besser sind in der Regel ihre Arbeits- und Lebensbedingungen. Die WHO führt gesundheitliche Ungerechtigkeit deshalb auf unterschiedliche Belastungen und Ressourcen zurück, die mit der *sozialen Position* einer Person zusammenhängen (CSDH 2008).

Um gesundheitliche Ungerechtigkeit zu reduzieren, braucht es Interventionen auf der Verhaltens- und der Verhältnis-ebene. Das Ziel einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention ist dabei stets die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung – allerdings entspricht die *Intensität der Bemühungen* dabei idealerweise dem *Grad der Benachteiligung* einzelner Bevölkerungsgruppen («*proportionate universalism*») (WHO Europe 2014).

Wirksame Ansätze und Erfolgskriterien

Die Wirksamkeit und der Erfolg von Massnahmen auf der Verhältnis- und auf der Verhaltensebene verlangen Differenzierungen der wichtigsten Grundprinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention.

Festlegen der Zielgruppe(n) gemäss dem Grad der Benachteiligung

Zielgruppen müssen gemäss dem Grad der Benachteiligung (entweder spezifische Massnahmen für eine bestimmte Zielgruppe oder eine Massnahme, die

mehrere Benachteiligungsfaktoren und Zielgruppen umfasst) bestimmt werden. Das aus der Genderforschung stammende Konzept der *Intersektionalität* ist dabei hilfreich (Crenshaw 1991). Demnach überschneiden sich vertikale und horizontale Ungleichheitsmerkmale entlang zweier Achsen vielfach und entfalten so kumulative Effekte und verstärkte gesundheitliche Belastungen. Die vertikale Achse bezieht sich auf den sozioökonomischen Status einer Person oder Gruppe und die horizontale Achse auf weitere Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationserfahrung, sexuelle Orientierung und Identität etc.. Wenn wir genau auf die Intersektionen achten, d.h. auf die Überschneidungen der Ungleichheitsachsen in unterschiedlichen Situationen und an verschiedenen Punkten für diese Personen oder Gruppen, dann erkennen wir den Grad der Benachteiligung und können entsprechende Massnahmen ableiten.

Beachten und Aktivieren der Ressourcen gemäss dem Grad der Benachteiligungen

Handlungspotenziale und aktivierbare Ressourcen sind ebenfalls ungleich verteilt und können mit gezielten Massnahmen entsprechend gestärkt werden. Gemäss dem obigen Modell sind für die Gesundheit neben dem ökonomischen Kapital insbesondere Bildung und Wissen (kulturelles Kapital) zentral. Sie

befähigen Menschen z.B., Informationen zu finden und zu nutzen. Das soziale Kapital schliesslich ist ausschlaggebend für den Zugang zu unterstützenden sozialen Beziehungen. Für das Erfolgskriterium der Stärkung der Gesundheitskompetenz bedeutet dies etwa, dass bei Gruppen mit wenig Bildung die Wissensvermittlung entsprechend angepasst werden muss (Sprache anpassen, Einüben von erlerntem Wissen z.B. zum gesunden Körpergewicht, beziehungsgeleitete Vermittlung, personalisierte Formen) oder dass aufsuchend in den Settings der Zielgruppen gearbeitet werden sollte. Für gewisse Themen und Gruppen sind insbesondere Stigmatisierungen speziell zu beachten.

Partizipative Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Massnahmen

Die anvisierten Zielgruppen sind von Beginn an einzuschliessen und bis zum Abschluss der Evaluation der Massnahmen zu beteiligen. Dadurch können u.a. die Erfolgskriterien der Akzeptanz (Erreichbarkeit, Haltequoten, Weiterempfehlung) der Massnahmen und der Selbstwirksamkeitserwartung der Zielgruppen gestärkt werden. Weisen Projektansätze eine gute Erreichbarkeit auf, so können sie auch multithematisch genutzt werden (Frauen über 40 mit tiefem sozioökonomischem Status SES, Herz, Tabak, Ernährung und Bewegung).

Reflexive Organisationsentwicklung

Auf der Ebene der anbietenden Organisationen ist analog zu den Ansätzen einer diversitätssensiblen Gesundheitsförderung deren reflexive Öffnung besonders erfolgversprechend (Soom Ammann 2017). Strukturen und Angebote sollten permanent überdacht und angepasst werden (z.B. via Mainstreamingprozesse oder durch Stärkung der Kommunikationspotentiale der Belegschaft). Erfolgversprechend ist weiter das gezielte Anvisieren der Brückenfunktion von Projekten, damit die Regelangebote genutzt werden. Dies kann bedeuten, dass Dienstleistungen vermehrt ausserhalb der «institutionellen Mauern» in den Settings der Zielgruppen angeboten werden.

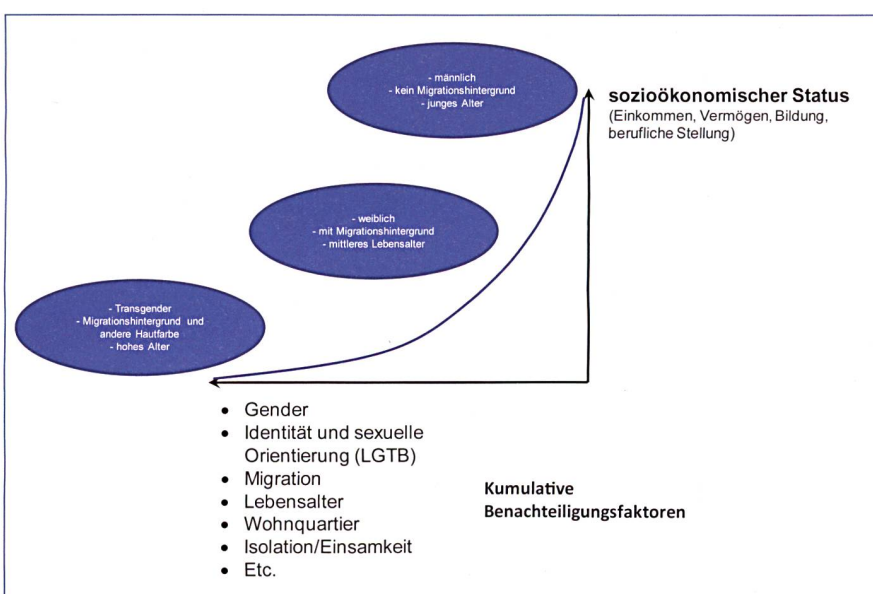


Abb. 1: Modell zur Berücksichtigung der Intersektionalität (Roder et al. 2018).

Policy

Auch im Bereich der Policy sind Überprüfungen der Massnahmen gemäss dem Modell der Intersektionalität hilfreich. So hat sich z.B. gezeigt, dass in einkommensstarken Ländern wie der Schweiz Preiserhöhungen bei Tabak bei der ökonomisch schwachen Bevölkerung ein Ausweichen auf preiswerte Tabakprodukte bewirken können, wenn die Rauchenden nicht speziell darauf vorbereitet werden. Rauchverbote im öffentlichen Raum sind hingegen sehr wirksam und erfolgversprechend zum Ausgleich von gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Salis Gross 2017).

Schlussbemerkungen und Ausblick

Die hier kurz angeschnittenen generellen Ansätze und Erfolgskriterien sind in einem ExpertInnenbericht für die vier Bereiche «Ernährung», «Bewegung», «psychische Gesundheit» und «Sucht» aufgearbeitet und entlang den Benachteiligungsfaktoren «tiefer SES», «Gender», «LGBT», «Migration», «Alter» sowie für unterschiedliche Lebensphasen differenziert beschrieben (Roder et al. 2018). Für die Praxis werden zudem Good-Practice-Beispiele und Hinweise auf tools gegeben. Sie sollen den Kantonalen Aktionsprogrammen und weiteren interessierten Akteuren praktische Anregungen zur Umsetzung geben.

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit/GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren/GFCH – Gesundheitsförderung Schweiz (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Massnahmenplan. Bern: BAG, GDK, GFCH.
- BAG (2018): Chancengleichheit und Gesundheit. Zahlen und Fakten für die Schweiz. Bern: BAG.
- Crenshaw, K.W.(1991): Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review* 43(6): 1241-1299.
- CSDH – Commission on Social Determinants of Health (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.
- de Zegher, F./Devlieger, H./Eeckels, R. (1999): Fetal growth: Boys before girls. *Hormone Research in Paediatrics* 51(5): 258–259. [www.doi.org/DOI/10.1159/000023382](https://doi.org/10.1159/000023382).
- Egger, M./Razum, O. (2014): Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. S. 1–25 in M. Egger/O. Razum (Hrsg.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. (2. Ausgabe). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017a): Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Faktenblatt 19. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017b): 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.
- Hatzenbuehler, M.L. (2014): Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Current Directions in Psychological Science* 23(2): 127–132. www.doi.org/10.1177/0963721414523775.
- Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.
- Roder, U./Paz Castro, R./Salis Gross, C. (2018): Ansätze und Erfolgskriterien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebericht der Expertengruppe. Im Auftrag von GFCH, BAG und GDK. Bern: Public Health Services.
- Salis Gross, C. (2017): Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen. *SuchtMagazin* 43(5): 27–31.
- Soom Amman, E. (2017): Vom professionellen Umgang mit Diversität. *SuchtMagazin* 43(5): 6–11.
- Weber, D. (2019): Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: GFCH, BAG und GDK (Dokument in Arbeit).
- WHO Europe (2014): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: World Health Organization.

Endnoten

- ¹ WHO-Glossary of terms used. www.tinyurl.com/y8cq2gfs, Zugriff 19.09.18.
- ² Das heutige Verständnis stützt sich auf führende Wörterbücher im Deutschen: www.duden.de, im Französischen www.larousse.fr und im Englischen www.merriam-webster.com