

SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (HRSG.)

**PRIVILEG GESUNDHEIT?  
ZUGANG FÜR ALLE!**

Croix-Rouge suisse  
Schweizerisches Rotes Kreuz  
Croce Rossa Svizzera



**Reihe «Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis»**

**Privileg Gesundheit?  
Zugang für alle!**

Herausgegeben vom  
Schweizerischen Roten Kreuz (SRK)



**Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis**

**Privileg Gesundheit?  
Zugang für alle!**

Herausgegeben vom

Schweizerischen Roten Kreuz (SRK)



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.  
ISBN 978-3-03777-717-6 (ePDF)

© 2016, Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen  
Zähringerstrasse 26, CH-8001 Zürich  
E-Mail: [info@seismoverlag.ch](mailto:info@seismoverlag.ch)  
<http://www.seismoverlag.ch>

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung (Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung u. a. m.) dieses Werkes oder einzelner Teile ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.  
ISBN 978-3-03777-172-3 (Print)  
ISBN 978-3-03777-717-6 (ePDF)

*Koordination und Redaktion*

Corinna Bisegger, Christa Hanetseder und Célia Francillon (französischer Beitrag), Departement Gesundheit und Integration, Schweizerisches Rotes Kreuz

*Lektorat der deutschen Beiträge*

Michael Herrmann, [www.mrdhe.eu](http://www.mrdhe.eu)

*Lektorat des französischen Beitrags und Übersetzungen*

Übersetzungsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes

*Umschlag*

holensteinundholenstein GmbH, Visuelle Kommunikation, Zürich

# Inhalt

Vorwort 7  
*Annemarie Huber-Hotz, Präsidentin Schweizerisches Rotes Kreuz*

Einleitung 9  
*Corinna Bisegger, Christa Hanetseder und Thomas Gass*

## Teil I Theoretische Beiträge

Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung 25  
*Katharina Rathmann und Matthias Richter*

Hindernisse für sozial benachteiligte Gruppen bei der Nutzung des Gesundheitssystems der Schweiz 59  
*Monika Diebold*

## Teil II Theorie und Praxis aus der internationalen Zusammenarbeit

Zugang zur Gesundheit für alle weltweit und die Verantwortung der Schweiz 83  
*Martin Leschhorn Strebel*

Gesundheitsprogramme im fragilen Kontext – Erfahrungen und Analysen des Schweizerischen Roten Kreuzes 100  
*Verena Wieland*

Gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen: Vision oder Realität? 128  
*Monika Christofori-Khadka*

### Teil III Praxisbeiträge aus der Schweiz

Gesundheit stärken durch Entlastung und Unterstützung <i>Christa Hanetseder und Corinna Bisegger</i>	147
Gesundheitliche Chancengleichheit für Menschen mit Behinderung – das Programm «Procap bewegt» <i>Isabel Zihlmann, Helena Bigler Vallan, Stefan Häusermann, Susanne Lizano Komárek</i>	165
Gesundheitsförderung für Menschen im Gefängnis <i>Beatrice Willen Grebenarov</i>	190
«Es war sehr schwer, weil ich wusste nicht wohin ...» <i>Brigitte Müller, Monika Alessi-Näf und Kurt Albermann</i>	204
«Age et Migration » Un projet pour informer, orienter et intégrer les personnes migrantes de plus de 55 ans dans le canton de Vaud <i>Elma Hadžikadunić und Joana Da Silva</i>	226
Recht auf Gesundheit für alle – Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers in der Schweiz <i>Corinna Bisegger und eine Arbeitsgruppe der Nationalen Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers</i>	243
Autorinnen und Autoren	260

# Vorwort

Die Gesundheit ist ein lebenswichtiges Gut für alle Menschen. Das Rote Kreuz ist bestrebt, Leben und Gesundheit zu schützen und menschliches Leiden, sei es bedingt durch Krieg, Gewalt, Krankheit oder Armut und missliche Lebensumstände, jederzeit zu verhüten und zu lindern. Der Rotkreuz-Grundsatz der Menschlichkeit verpflichtet uns, uns überall auf der Welt für einen gesicherten Zugang zu sauberem Wasser, zu einer gesunden Ernährung und zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung einzusetzen.

Wir alle sind uns aber bewusst, dass in vielen Ländern, vor allem in den ärmsten Ländern der Welt, breite Bevölkerungsschichten von der Gesundheitsversorgung abgeschnitten sind. In Kriegs- und Katastrophengebieten sind viele Menschen an Leib und Leben bedroht. Und immer häufiger sind auch Spitäler und medizinisches Personal von kriegerischen Auseinandersetzungen betroffen und an der Ausübung ihrer Aufgabe gehindert. Hinzu kommen Epidemien wie Ebola, welche die internationale Gemeinschaft und das Rote Kreuz vor grosse Herausforderungen stellen. Aber auch in der reichen Schweiz mit ihrem ausdifferenzierten Gesundheitssystem gibt es Menschen, die keinen oder nur einen beschränkten Zugang dazu haben.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) ist im Thema Gesundheit die führende humanitäre Organisation der Schweiz. Es bietet neben Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung für eine breite Bevölkerung vor allem auch Entlastung, Betreuung und Beratung für Mitmenschen an, für die der Zugang zum Gesundheitssystem und zu einem gesunden Leben erschwert ist. Dazu gehören armutsbetroffene, armutsgefährdete und gesellschaftlich benachteiligte Menschen, die in beengten Verhältnissen leben oder belastende Arbeiten ausführen, oder aber Flüchtlinge und Menschen aus der Migrationsbevölkerung, die unser Gesundheitssystem nicht kennen und sich nicht verständigen können. Dazu gehören aber auch Menschen, die in belastenden Lebenssituationen leben, zum Beispiel pflegende Angehörige oder Angehörige von psychisch kranken Menschen.

In der Auslandstätigkeit setzt sich das SRK für die Verbesserung der Basisgesundheit in den ärmsten Ländern der Welt ein. Zusammen mit den Rotkreuz- oder Rothalbmond-Gesellschaften vor Ort und ihren Freiwilligen stärkt es lokale Gesundheitssysteme, engagiert sich für die Prävention von Infektionskrankheiten, betreut alte Menschen, unterstützt Schwangere und Säuglinge, sichert die Wasserversorgung, baut Latrinen und trägt zu einer gesunden Ernährung bei. Wichtig sind auch die Beratung und Aufklärung, vor allem für Frauen und Kinder.

Die vorliegende Publikation «Privileg Gesundheit? Besserer Zugang für alle!» zeigt Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland. Einmal mehr freuen

wir uns über die fruchtbare Zusammenarbeit mit Personen und Organisationen ausserhalb des SRK, die mit einem Beitrag im vorliegenden Band ihr Engagement im Gesundheitsbereich vorstellen. Auch Beispiele aus dem vielfältigen Angebot des SRK im Kerngeschäftsfeld Gesundheit dürfen dabei nicht fehlen.

Die Beiträge aus der Theorie geben einen Einblick in aktuelle Konzepte und Diskussionen zu gesundheitlicher Chancengleichheit, dem gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie über die Verbesserung der Lebensqualität für verletzbare Menschen. Dies soll dazu beitragen, dass «Gesundheit für alle» kein leeres Schlagwort bleibt.

Ich danke den Autorinnen und Autoren für ihre kompetenten und wertvollen Beiträge und hoffe, dass diese sowohl Fachpersonen als auch interessierten Leserinnen und Lesern neue Aspekte aufzeigen, zu Diskussionen anregen und Inputs mit auf den Weg geben.

Annemarie Huber-Hotz  
Präsidentin Schweizerisches Rotes Kreuz

# Einleitung

Corinna Bisegger, Christa Hanetseder und Thomas Gass

## 1 Vorbemerkung

Menschen erfreuen sich ihrer Gesundheit oder leiden an Krankheiten – Gesundheit und Krankheit betreffen uns bis ins Innerste und meist als ganze Person. Unser körperlicher Zustand, unser psychisches Befinden und unsere sozialen Interaktionen spielen eng zusammen. Interessanterweise ist die sogenannte *subjektive Gesundheit* ein guter Indikator in der Gesundheitsforschung. Menschen können also sehr gut einschätzen, wie es ihnen geht. Gesundheit ist in diesem Sinn auch eine höchst persönliche Angelegenheit, aber sie ist eingebettet in ein komplexes gesellschaftliches und staatliches System.

Das Recht auf Gesundheit ist verankert im internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte aus dem Jahr 1966, dem UNO-Pakt I. Zurzeit (Januar 2016) sind 164 der 193 UNO-Mitglieder Vertragsstaaten des Paktes, die Schweiz hat den Vertrag 1992 ratifiziert.<sup>1</sup> Gesundheit ist allerdings abhängig von sehr vielen Faktoren, auch bekannt als Gesundheitsdeterminanten. Genau genommen ist damit das Recht auf die höchstmögliche Gesundheit verankert, was auch als Recht auf gesundheitliche Chancengleichheit bezeichnet werden kann.

Ein Staat, der den Pakt unterzeichnet hat, verpflichtet sich zu umfassenden Massnahmen, um ein Höchstmass an Gesundheit zu gewährleisten. Die Bemühungen und die Resultate der verschiedenen Staaten zur Gesundheitsversorgung sind jedoch offensichtlich sehr unterschiedlich. Hilfreich sind Initiativen von einzelnen Menschen, Gruppen und Institutionen, die immer wieder auf Lücken in der Versorgung hinweisen, Vorschläge machen und Projekte entwickeln. Das Engagement der Zivilgesellschaft ist daher im lokalen wie im globalen Kontext unverzichtbar.

---

1 Die Liste der Vertragsstaaten wird laufend aktualisiert unter [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-3&chapter=4&lang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en) (Zugriff: 12.01.2016).

*UNO-Pakt I, Art. 12<sup>a)</sup>*

- 1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht aller auf das für sie erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
- 2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Massnahmen
  - a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
  - b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
  - c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
  - d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für alle im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

a) Der vollständige Text des Paktes im Original ist zugänglich unter <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (Zugriff: 08.02.2016), deutsch übersetzt durch den Bund unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19660259/index.html> (Zugriff: 12.01.2016). Die hier abgedruckte Version ist sprachlich leicht angepasst.

## 2 Globale Gesundheit und Krankheit

Seit 1992 untersucht und quantifiziert die *Global Burden of Disease (GBD)-Studie* weltweit die sogenannte Krankheitslast nach Ländern und Bevölkerungsgruppen. Die von der Weltgesundheitsorganisation, der Weltbank und der Harvard School of Public Health ins Leben gerufene Studie erlaubt es, die Häufigkeit von Todesursachen, Krankheiten, Behinderung und Risikofaktoren über die Zeit und zwischen Ländern, Regionen und Bevölkerungsgruppen zu vergleichen.

2015 publizierte das GBD-Projekt in der Zeitschrift *The Lancet* seinen jüngsten Bericht mit epidemiologischen Daten: 306 Krankheiten und Verletzungen aus 188 Ländern aus den Jahren 1990 bis 2013 wurden ausgewertet (GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, 2015). Mit Fokus auf die grössten Problemfelder zeigen sich die folgenden Trends und Fakten:

- Die durchschnittliche Lebenserwartung stieg zwischen 1990 und 2013 weltweit von 65 auf 72 Jahre, mit einer Spannweite von 47 Jahren in der Zentralafrikanischen Republik und 81 Jahren in Andorra.
- Seit 1990 nimmt die Krankheitslast durch Infektionskrankheiten wie Masern, Tetanus, Meningitis, Durchfall oder Lungenentzündung stetig ab, während nicht übertragbare Krankheiten (Herz, Diabetes,

Krebs usw.) weltweit häufiger wurden. Dies trifft nicht nur auf Länder mit hohem Einkommen zu, sondern zeigt sich auch in armen Ländern als Folge der demographischen Entwicklung.

- Der soziodemographische Status war 2013 ein entscheidender Risikofaktor für Infektionskrankheiten wie Durchfall und Lungenentzündung, reproduktive und Säuglingskrankheiten sowie Mangelernährung. Wenig Einfluss hatten soziodemographische Faktoren auf Tropenkrankheiten wie Malaria und auf die meisten nicht übertragbaren Krankheiten.
- In Lateinamerika und der Karibik trugen 2013 Herzkrankheiten, Gewalt, Rücken- und Nackenschmerzen, Verkehrsunfälle und Depression am meisten zur Krankheitslast bei; in Südasien waren es Herzkrankheiten, Lungenentzündung, Säuglingskrankheiten und Durchfall, in Afrika HIV/Aids, Malaria, Lungenentzündung und Durchfall und in Osteuropa und Zentralasien Herzerkrankungen, Hirnschlag, Rücken- und Nackenschmerzen, Lungenentzündung und Selbstverletzung.

Seit 2000 unternehmen die Vereinten Nationen intensive Anstrengungen zur weltweiten Bekämpfung der Armut. Die Kampagne der Millenniumsentwicklungsziele und eine Reihe von neuen globalen Finanzierungsinitiativen sind Ausdruck dieser Bemühungen. Das Fazit der Millenniumsziele im Bereich Gesundheit fällt ambivalent aus (United Nations, 2015, 5–7):

- Die Kindersterblichkeit ist seit 2000 weltweit von 90 auf 43 Sterbefälle je 1000 Lebendgeburten gesunken. Ein Hauptgrund für diese Abnahme ist eine verbesserte globale Durchimpfung gegen Masern. Heute gibt es 67% weniger Masernfälle und 84% der Kinder weltweit sind geimpft. Trotzdem starben auch 2015 täglich 16'000 Kinder an vermeidbaren Ursachen, hauptsächlich an Lungenentzündung, Durchfall und Unterernährung, die meisten von ihnen in armen, ländlichen Haushalten in Afrika südlich der Sahara und in Südasien. Und 160 Millionen Kinder sind zu klein, weil sie nicht genug zu essen haben.
- Auch die Gesundheit von Müttern hat sich verbessert: Die Müttersterblichkeit ist weltweit um 45% von 380 auf 210 Sterbefälle je 100'000 Lebendgeburten gesunken. Der Anteil fachkundig betreuter Entbindungen ist weltweit von 59% auf 71% gestiegen und der Anteil Frauen, der verhütet, von 55% auf 64%. Die sozialen und regionalen Unterschiede sind jedoch erschreckend: In Entwicklungsländern, ländlichen Gebieten, armen Haushalten und unter ethnischen Minderheiten gebärt die Mehrheit der Frauen ohne fachkundige Begleitung. Jeden Tag sterben 800 Frauen während der Schwangerschaft oder an Komplikationen während der Geburt, 86% von ihnen in Afrika und Südasien.

- HIV-Neuinfektionen gehen zurück und weltweit sind heute 14 Millionen HIV-infizierte Menschen in lebenslanger, antiretroviraler Therapie. Gleichzeitig infizieren sich jedes Jahr zwei Millionen Menschen neu mit HIV und 1,5 Millionen sterben an den Folgen von Aids.
- Grosse Erfolge zeigt auch der Kampf gegen die Malaria: Dank der Verwendung von imprägnierten Moskitonetzen in Malariagebieten gibt es heute 37% weniger Ansteckungen und 58% weniger Todesfälle. Im Jahr 2015 starben dennoch 472'000 Menschen an Malaria, die meisten von ihnen Kinder unter fünf Jahren.
- Dank verbesserter Prävention, Diagnose und Behandlung von Tuberkulose sterben heute 45% weniger Menschen an dieser Infektionskrankheit als 1990; 86% der Infizierten werden heute erfolgreich therapiert. Die Krankheitslast durch Tuberkulose bleibt dennoch enorm: Jährlich sterben rund 1,5 Millionen Menschen.
- 91% der Weltbevölkerung haben heute Zugang zu verbesserter Trinkwasserversorgung, gegenüber 76% im Jahr 1990. Der Anteil Menschen, die ihre Notdurft im Freien verrichten müssen, hat sich seit 1990 halbiert – dies allerdings vornehmlich in Städten. In ländlichen Regionen, vor allem in Südasien, hat mehr als die Hälfte der Bevölkerung keine Toilette.

Ende 2015, nach Ablauf der Millenniumsziele, verabschiedeten die Vereinten Nationen die Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung. Siebzehn *Sustainable Development Goals* (SDG, Nachhaltige Entwicklungsziele) verbinden soziale, wirtschaftliche und ökologische Entwicklungsziele und gelten fortan nicht nur für die Entwicklungsländer, sondern auch für Länder mit hohem Einkommen, so auch für die Schweiz. Die Gesundheit bleibt ein wichtiger Bereich der Agenda 2030. Der Förderung der globalen Gesundheit ist Ziel 3 gewidmet, viele weitere der 17 Ziele sollen dazu beitragen. Die Erfahrungen der Millenniumskampagne und zuletzt auch die Ebola-Epidemie in Westafrika haben gezeigt, wie wichtig ein gut funktionierendes System von Basisgesundheitsdiensten ist. In Ländern und Regionen mit schwacher Basisversorgung können Epidemien und andere, zum Beispiel durch den Klimawandel ausgelöste Naturkatastrophen noch grössere Krisen auslösen. Die Stärkung von Gesundheitssystemen und der verbesserte Zugang für alle bis 2030 stehen denn auch im Zentrum des SDG für Gesundheit. In ihrem ersten Bericht zum weltweiten Zugang zu Gesundheit beklagen die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank, dass 400 Millionen Menschen heute keinen Zugang zur Basisversorgung haben, und dass vor allem Menschen, die unter der Armutsgrenze leben, von medizinischer Grundversorgung ausgeschlossen sind. Dazu gehören Verhütung, Schwangerschaftsvorsorge, fachkundige Ent-

bindung, Impfung, antiretrovirale HIV-Therapie, Tuberkulosebehandlung und der Zugang zu Trinkwasser und Toiletten. Das SDG für Gesundheit bis 2030 enthält nicht nur Gesundheitsziele für Kinder und Mütter sowie Ziele zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Neu soll auch die Krankheitslast durch nicht übertragbare und chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Diabetes und psychische Krankheiten um ein Drittel reduziert werden.

### 3 Gesundheit und Krankheit in der Schweiz

Angesichts der globalen Situation mit solch ungleichen Lebensbedingungen in unterschiedlichen Ländern erscheint die Beschäftigung mit Gesundheitsthemen in der Schweiz auf den ersten Blick wie ein Luxus. Schon 1990 war die Lebenserwartung hier viel höher als heute noch in vielen Ländern. Seither hat sie sich für Männer um über sechs Jahre (auf 80,5 Jahre) und für Frauen um fast vier Jahre (auf 84,8 Jahre) gesteigert (GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, 2015, 2167).

Auch die Schweiz hat, wie erwähnt, den UNO-Pakt I 1992 ratifiziert. In der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Artikel 41) ist unter anderem festgelegt, dass sich der Bund und die Kantone dafür einsetzen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält und gegen wirtschaftliche Folgen, zum Beispiel von Invalidität, Krankheit und Unfall, abgesichert ist. Alle Menschen müssten demnach denselben Zugang zu Angeboten des Gesundheitswesens und zur gesundheitlichen Versorgung haben. Sie sollten aber auch die gleichen Chancen auf ein gesundes und gesund erhaltendes Leben haben. Der gesundheitspolitische Rahmen für die Schweiz 2015 bis 2020 hat als erklärtes Ziel, die Gesundheitschancen der vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. obdachlose Frauen, Menschen mit einer Behinderung, einer psychischen Störung, auf Grund des hohen Alters) zu verbessern (BAG, Dezember 2015, 17). Ist die Schweiz also ein gesundheitliches «Musterland» (Bisegger und Kopp, 2012)?

Die Beiträge von *Rathmann und Richter* sowie von *Diebold* in diesem Band zeigen eine differenziertere Wirklichkeit. Auch in industrialisierten Ländern, sogar in der wohlhabenden Schweiz, mit einem hohen Lebensstandard und einem gut ausgestatteten Gesundheitswesen, leben Menschen mit eingeschränkter gesundheitlicher Chancengleichheit. Die beiden Beiträge zeigen auf, wie sich mangelnde Ressourcen, oft auch ausgedrückt in einem niedrigen sozioökonomischen Status, systematisch negativ auf die Gesundheit auswirken. Die aktuellen Zahlen, gemäss denen in der Schweiz 7 bis 8%

in Armut leben und 13 bis 14% armutsgefährdet sind (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2016), müssen deshalb ein Warnsignal sein.

Kommen zu beschränkten finanziellen Mitteln und einer geringen Bildung weitere Faktoren hinzu, kann der Unterschied besonders deutlich werden. Nachdenklich stimmte zum Beispiel die Präsentation der Resultate aus dem zweiten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung. Neu in die Schweiz eingewanderte Migrantinnen und Migranten sind gleich gesund wie die autochthone Bevölkerung. Unter den älteren Befragten zeigten sich jedoch grosse Unterschiede mit schlechterer Gesundheit der Migrationsbevölkerung gegenüber den Schweizerinnen und Schweizern (Guggisberg et al., 2011, 66–67). Im ersten Gesundheitsmonitoring zeigten sich aber kaum Unterschiede zwischen der deutschen und französischen Migrationsbevölkerung im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern (Rommel, Weilandt und Eckert, 2006, 114, 118, 143). Werden also Migrantinnen und Migranten mit eingeschränkten Ressourcen bei uns krank? Leiden sie unter einer Fehl- oder Unterversorgung? Ist ihr Zugang zum Gesundheitssystem zu wenig gut gewährleistet? Oder leben sie einfach ungesund?

Schuldzuweisung an Menschen mit schlechter Gesundheit lassen unberücksichtigt, dass die Lebensbedingungen eine grosse Auswirkung auf die Gesundheit haben. Viele Migrantinnen und Migranten, aber auch Schweizerinnen und Schweizer, leben in belasteten Situationen, erleben schlechtere Arbeits- und beengte Wohnsituationen, leiden unter finanziellen Sorgen. Hinzu kommen deutliche Schwierigkeiten, sich im komplexen Gesundheitswesen zurechtzufinden und einen gesunden Lebensstil zu finanzieren (Bisegger und Kopp, 2012).

Menschen in belasteten Situationen haben zudem spezifische Bedürfnisse. Wer sich in einem neuen Land mit einer fremden Sprache einleben will, setzt oft andere und unmittelbare Prioritäten, wie zum Beispiel eine Arbeit finden/behalten, die Kinder grossziehen, sich in den Regelungen der Gesellschaft zurechtfinden, als ein in die Zukunft gerichtetes gesundheitsförderliches Verhalten umzusetzen (Besic und Bisegger, 2009, 181–182).

Nicht zu vergessen ist, dass auch Menschen mit Kriegs- und sogar Foltererfahrungen bei uns leben. Untersuchungen zeigen, dass Traumata oft erst auf der Flucht und sogar erst im Aufnahmeland aufbrechen und zu psychischen Störungen führen (Saraga et al., 2012, 155–156). Hier wird eine spezifische Therapie nötig, die von der Zivilgesellschaft mit Unterstützung des Staates so gut wie möglich geleistet wird.<sup>2</sup>

Es ist für den Staat eine anspruchsvolle Aufgabe, die gesundheitliche Chancengleichheit aller Bevölkerungsgruppen sicherzustellen. Private Orga-

---

2 Weitere Informationen dazu sind über die Seite [www.torturevictims.ch/](http://www.torturevictims.ch/) zugänglich.

nisationen und Hilfswerke arbeiten als Partner mit, um diese Herausforderung zu meistern. Einige Beispiele sind in diesem Band vertreten und dokumentieren das Engagement von Institutionen und Organisationen, so zum Beispiel die Gesundheitsförderung von Menschen mit einer Behinderung oder die Begleitung von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil.

Vieles an Unterstützung wird täglich von engagierten Menschen als Freiwillige wie als Mitarbeitende in Institutionen und Organisationen geleistet, sei es in der Familie oder in der Nachbarschaft. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) engagiert sich seit 150 Jahren für den Zugang zur Gesundheit für alle Menschen, ganz besonders die verletzlichsten unter ihnen. Das Commitment zu «Gesundheit für alle» gilt in der internationalen Zusammenarbeit genauso wie für die Tätigkeiten in der Schweiz. Die Feiern im Jahr 2016 unter dem Motto «150 Jahre für mehr Menschlichkeit» bekräftigen dieses Engagement. Das Ziel «Gesundheit für alle» können die beteiligten Akteure, der Staat, Hilfswerke und Privatpersonen, nur gemeinsam verfolgen.

## 4 Die Beiträge im Überblick

Als *theoretische Grundlage* für den Band schildern *Katharina Rathmann und Matthias Richter* den Stand der wissenschaftlichen Diskussion und Forschung zum Thema *Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung*. Sie erklären, was mit sozialer Ungleichheit gemeint ist, wie gesundheitliche Unterschiede gemessen werden können und geben einen fundierten Überblick über den Zusammenhang der beiden Konzepte. Einen besonderen Schwerpunkt legen sie auf die gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. Diese stellt besondere Herausforderungen, da der sozioökonomische Status der Eltern als sozialer Hintergrund ebenso eine Wirkung haben kann wie der zukünftige eigene, der sich durch den Bildungsweg der Jugendlichen vorankündigt. Aus Sicht der Forschenden *Rathmann* und *Richter* sind die gesundheitlichen Ungleichheiten in Westeuropa beunruhigend, da sie nicht nur fortbestehen, sondern sogar zunehmen. Dies halten sie für besonders erschreckend in den skandinavischen Ländern, da diese lange den Einfluss sozialer Ungleichheiten abfedern konnten. Überlegungen zur Entstehung der gesundheitlichen Ungleichheit führen zu Vorschlägen für Strategien und Programme, um sie zu reduzieren.

*Monika Diebold* widmet sich dem Thema *Hindernisse für sozial benachteiligte Gruppen bei der Nutzung des Gesundheitssystems der Schweiz*. Ihre These, dass der Nutzung des Gesundheitssystems oft finanzielle Hürden im Weg stehen, belegt sie anhand unterschiedlicher Beispiele. Ganz offensichtlich ist dies ein grosses Thema bei Personen, die in materieller Armut leben. Aber

auch bei Alleinerziehenden sind die finanziellen Mittel oft knapp. Hinzu kommt häufig ein Zeitmangel, der dazu führen kann, dass Alleinerziehende, meist Mütter, sich weniger um ihre eigene Gesundheit kümmern als angezeigt wäre. Ein weiteres Problem erleben psychisch Kranke, die aus Angst vor einer Stigmatisierung keine Unterstützung und Therapie in Anspruch nehmen. *Diebold* betont, dass verschiedene Wege verfolgt werden müssen, um alle Menschen optimal zu erreichen und kommt zum Schluss, von Seiten der Fachpersonen sei vor allem Achtsamkeit gefragt, um die Hürden zu erkennen und mitzuhelfen, sie abzubauen. Angesichts der Tatsache, dass Menschen in der Schweiz darauf verzichten, eine Ärztin oder einen Zahnarzt aufzusuchen, sind jedoch konkrete Massnahmen nötig. Auf einige Beispiele verweist die Autorin am Schluss ihres Beitrags.

Drei Beiträge aus dem Kontext der Internationalen Zusammenarbeit geben Einblick in *theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse* zu konkreten Problemstellungen im Bereich Gesundheit:

*Martin Leschhorn Strebel* beschäftigt sich mit der Schnittstelle zwischen Schweizer Politik und globaler Gesundheitspolitik. In seinem Beitrag *Zugang zur Gesundheit für alle weltweit und die Verantwortung der Schweiz. Eine zivilgesellschaftliche Perspektive auf die Gesundheitsausserpolitik der Schweiz* analysiert er die Problematik des internationalen gesundheitspolitischen Handelns in einer wirtschaftlich eng vernetzten Welt. *Leschhorn Strebel* schildert die Dynamisierung in der internationalen Gesundheitspolitik auf Grund verschiedener Faktoren. Dazu gehören Bemühungen der internationalen Staatengemeinschaft um ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit in Deklarationen und Chartas, aber auch das Auftreten von HIV/Aids mit der darauf folgenden Solidaritätswelle. Globale Epidemien wie SARS oder die Vogelgrippe haben die Erkenntnis geweckt, dass die Welt nicht nur wirtschaftlich, sondern auch gesundheitlich so eng verbunden ist wie noch nie. *Leschhorn Strebel* erläutert die Bedeutung der Oslo Minister-Deklaration, in der sieben Aussenminister aus vier Kontinenten ihre Überzeugung äusseren, dass Aussenpolitik auch Gesundheitspolitik sein müsse. Er zeigt auf, wie parallel dazu auch in der Schweiz eine Gesundheitsausserpolitik geschaffen wurde, und analysiert differenziert und kritisch, wie diese umgesetzt wird.

Eine besondere Herausforderung für den Zugang zur Gesundheitsversorgung wie auch für die Herstellung einer gesund erhaltenden Umgebung stellt sich in sogenannten fragilen Ländern. Staaten gelten dann als fragil, wenn sie die Bekämpfung der Armut, die Entwicklung, Sicherheit und Menschenrechte ihrer Bevölkerung nicht gewährleisten können oder wollen. *Verena Wieland* berichtet im Beitrag *Gesundheitsprogramme im fragilen Kontext – Erfahrungen und Analysen des Schweizerischen Roten Kreuzes* über solche Situa-

onen. Sie erklärt, welche Faktoren vor allem zu einer fragilen Situation eines Landes führen können und welche Herausforderungen sich stellen, um die Menschen unter den gegebenen Umständen so gut wie möglich zu unterstützen. Das Beispiel Südsudan zeigt auf, wie ein neu entflammender Krieg langjährige Bemühungen zunichtemacht und was davon dennoch überdauert. Haiti andererseits ist ein Staat, in dem viele Menschen schon so oft auf Hilfe angewiesen waren, dass es schwierig ist, sie zur Eigeninitiative zu ermuntern. Nach Katastrophen und in Krisensituationen besteht ein grosser und unmittelbarer Handlungsbedarf. Grossangelegte Hilfsaktionen überfordern aber in der Regel fragile Staaten und fördern eine neue Art der Abhängigkeit. Es ist eine entsprechend komplexe Herausforderung, die humanitäre Hilfe auch in lang anhaltenden Notsituationen so zu gestalten, dass sie mit Ansätzen der Entwicklungszusammenarbeit mit ihrer Priorität auf Systemstärkung vereinbar bleibt.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung lässt sich aus der Perspektive der Anbietenden wie der Nachfragenden betrachten. Aus dem SRK-Bereich der Internationalen Zusammenarbeit stellt *Monika Christofori-Khadka* ein Modell vor, das genau dies vorschlägt. Unter dem Titel *Gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen: Vision oder Realität? Resultate einer Impact-Studie aus fünf Projekten der Internationalen Zusammenarbeit des SRK* schildert die Autorin Erfahrungen damit. Aus dem Anliegen heraus, mehr über die langfristige Wirkung von Gesundheitsprojekten zu wissen, wurde in fünf Ländern untersucht, welche Angebote oder Infrastruktur einige Jahre nach Abschluss noch bestehen. Aus fünf Einzelstudien in Bolivien, Ghana, Kambodscha, Laos und Nepal wurde eine Metastudie verfasst. Es zeigte sich, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen in vielen Aspekten nachhaltig verbessert werden konnte. Als theoretischer Rahmen diente ein Modell zum Zugang zur Gesundheitsversorgung von Levesque, Harris und Russell (2013). Merkmale der Angebotsseite (Gesundheitssystem) werden damit parallel zur entsprechenden Fähigkeit der Nachfrageseite (Bevölkerung) untersucht. Dieser Ansatz wird im Beitrag von *Monika Christofori-Khadka* aus der Perspektive der Internationalen Zusammenarbeit angewendet, kann jedoch genauso in der Schweiz und in anderen Industrieländern hilfreich sein.

Die *Praxisbeiträge aus dem Schweizer Kontext* berichten beispielhaft und aus unterschiedlichen Perspektiven von Erfahrungen in verschiedenen Tätigkeitsfeldern. Verschiedene Gruppen von Menschen haben es besonders schwer, ihre Gesundheit zu erhalten oder im Krankheitsfall problemlos den richtigen Zugang zu finden. Um dies zu verbessern, sind je nach Situation andere Massnahmen nötig.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) engagiert sich seit vielen Jahren als Gesundheitshilfswerk und will dabei vor allem für verletzte Personen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern. Eine Auswahl an Dienstleistungen, Angeboten und Projekten, mit denen dies geschieht, stellen *Christa Hanetseder und Corinna Bisegger* in ihrem Beitrag unter dem Titel *Gesundheit stärken durch Entlastung und Unterstützung* vor. Dazu gehören Weiterbildungs- und Kursangebote – für Fachpersonen wie Laien – sowie Informationsbroschüren und Unterrichtsmaterialien. Auch die Vorteile von Online-Plattformen mit ihrer grossen Reichweite werden mit der Homepage für pflegende Angehörige und dem Portal migesplus (Gesundheitsinformationen für Migrantinnen und Migranten und für Fachpersonen im Gesundheitswesen) genutzt. Ein wichtiger Aspekt sind soziale Unterstützung und Entlastung in schwierigen Lebenssituationen, die aus einer psychosozialen Perspektive zur Gesundheitsförderung beitragen. Dafür gibt es eine ganze Palette an konkreten, den Alltag erleichternden oder direkt die Gesundheit stärkenden/unterstützenden Beiträgen: Angebote im Bereich der Demenz, der Unterstützung pflegender Angehöriger oder für psychisch kranke Personen. Ein kurzer Einblick in das Therapieangebot des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer SRK schliesst den Beitrag ab.

Der Beitrag von *Isabel Zihlmann, Helena Bigler, Stefan Häusermann und Susanne Lizano* widmet sich dem Thema Gesundheitsförderung unter dem Titel *Gesundheitliche Chancengleichheit für Menschen mit Behinderung – das Programm «Procap bewegt»*. Etwa ein Sechstel der Schweizer Bevölkerung gilt auf unterschiedliche Weise als behindert. Trotzdem werden Menschen mit Behinderung in den wenigsten Programmen und Angeboten der Gesundheitsförderung berücksichtigt. Unbeabsichtigt, aber regelmässig sind die Zugangsbarrieren für sie zu hoch. Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderung wurde bisher noch wenig untersucht, es gilt aber als gesichert, dass gerade für sie Gesundheitsförderungsangebote sehr wichtig wären. Die Selbsthilfeorganisation Procap Schweiz versteht Gesundheitsförderung als soziale, gesellschaftliche und berufliche Integration im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe und fördert den Zugang dazu mit unterschiedlichen Angeboten und Programmen. Unter dem Namen «Procap bewegt» wurde 2009 ein Pilotprojekt gestartet, das mittlerweile ein vielfältiges Programm angeregt hat, in dessen Zentrum Ernährung und Bewegung stehen. Zwei Beispiele seien hier erwähnt: Schulen und Institutionen werden fachlich begleitet, indem auf der Basis einer Standortbestimmung ein massgeschneidertes Angebot entwickelt wird. Bestehende Angebote der Gesundheitsförderung werden für Menschen mit Behinderung geöffnet, zum Beispiel mit einer systematischen Überprüfung aller slowUp-Strecken und Beratung der Organisationskomitees. *Zihlmann, Bigler, Häusermann und Lizano* schliessen ihren Beitrag mit

dem Plädoyer, Menschen mit Behinderung von Beginn weg bei der Konzipierung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsangeboten zu berücksichtigen.

*Beatrice Willen Grebenarov* greift in ihren Beitrag *Gesundheitsförderung für Menschen im Gefängnis* ein Thema auf, das zwar nur einen kleinen Teil der Gesellschaft direkt betrifft, in den Auswirkungen jedoch wesentlich breiter und deshalb wichtig ist. Die meisten Strafgefangenen kehren nach Verbüßung ihrer Strafe in die Gesellschaft zurück. Kann während der Zeit in Haft eine Neuansteckung mit einer Krankheit wie Aids oder Hepatitis vermieden werden, kann eine bereits bestehende körperliche oder seelische Erkrankung behandelt oder bei den Strafgefangenen ein Verständnis für die eigene Gesundheitsvorsorge geweckt werden, so schützt dies auch die öffentliche Gesundheit. Die Autorin legt dar, wie die medizinische und die psychotherapeutische Versorgung der Personen im Freiheitsentzug sichergestellt werden soll und welche Erschwernisse und Hürden bestehen. Diese können individuell, also mit der Persönlichkeit der oder des Strafgefangenen zusammenhängen. Sie können auch strukturell sein. Die Regelung der medizinischen Versorgung in den Gefängnissen liegt bei den Kantonen, was – wenn zum Beispiel Gefangene das Gefängnis wechseln müssen – oft komplizierte und zeitintensive Absprachen zur Folge hat. Um die Zusammenarbeit und den Dialog zwischen den involvierten Stellen zu stärken, die Harmonisierung der Abläufe zu erleichtern und die Gesundheit im Gefängnis vermehrt zu thematisieren, wurde Santé Prison Suisse gegründet. Dieser Fachrat, der paritätisch aus je sechs Vertreterinnen und Vertretern des Justizvollzugs und des Gesundheitswesens zusammengesetzt ist, ging aus dem Projekt «BIG – Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis» hervor. An einem konkreten Beispiel aus dem Forensisch Psychiatrischen Dienst Bern schildert die Autorin anschliessend, wie das Hilfssystem funktioniert und welches die Vorteile für die Betroffenen wie die Gesellschaft sein können.

Einem ganz anderen Thema widmen sich *Brigitte Müller, Monika Alessi und Kurt Albermann*. Das Zitat «*Es war sehr schwer, weil ich wusste nicht wohin ...*» als Titel, mit dem Untertitel *Unterstützung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil* verweist auf eine schwer zu bewältigende Lebenssituation. Die Probleme von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil wurden bis vor wenigen Jahren kaum in der Öffentlichkeit thematisiert. Auch die ambulante und stationäre Psychiatrie selber war lange nicht darauf eingestellt, dass ihre Patientinnen und Patienten Mütter und Väter sein könnten, deren Kinder Unterstützung brauchen würden. *Müller, Alessi und Albermann* schildern die vielfältigen Belastungen, die sich aus einer solchen Situation ergeben: von der emotionalen Überforderung und Isolation der Kinder bis hin zu Armut der Familie auf Grund der Erkrankung. Sie

zeigen auf, welche Hindernisse die Familien erleben, um professionelle Hilfe zu erhalten und beschreiben die Herausforderungen für die Fachpersonen. Das wikip-Projekt (Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern) startete im Jahr 2010 mit der Konzeption von Massnahmen und der Vernetzung von Fachpersonen vor Ort. Auf Grund der Erfahrungen zeigen die Autorinnen und der Autor in ihrem Beitrag auf, dass das Versorgungssystem sich weiterentwickeln muss, um den einzelnen, sehr unterschiedlichen Lebenssituationen dieser Familien gerecht zu werden.

*Elma Hadžikadunić und Joana Da Silva* beschreiben in ihrem französischsprachigen Beitrag *Age et Migration – Un projet pour informer, orienter et intégrer les personnes migrantes de plus de 55 ans dans le canton de Vaud*, wie das HEKS im Kanton Waadt (angelehnt an Erfahrungen in anderen Kantonen) ein Projekt entwickelt, um älteren Migrantinnen und Migranten gezielt einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine bessere Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Die Autorinnen legen dar, wie sich die Anliegen und Bedürfnisse dieser Menschen unterscheiden können – je nach Herkunft (Länder des früheren Jugoslawiens, Portugal, Somalia, Syrien), ihren Weg in die Migration, ihre Ressourcen, ihre Absichten für den Verbleib oder die Rückkehr in ihre ursprüngliche Heimat, aber zum Beispiel auch durch das Bestehen von staatlichen Abkommen/Regelungen und die Strukturen des jeweiligen Wohnortes. In einem ersten Schritt geht es deshalb darum, differenziert die Anliegen der Migrantinnen und Migranten zu erfassen, sie zu informieren und den Kontakt zu pflegen. Die sorgfältige Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus den Migrationsgemeinschaften und generell mit den Migrationsorganisationen, aber auch mit den weiteren Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, erweist sich als zentral. Am Beispiel der älteren Somalierinnen und Somalier, die in den frühen 1980er-Jahren als Flüchtlinge in die Schweiz kamen, zeigen *Elma Hadžikadunić und Joana Da Silva* auf, in welcher prekären gesundheitlichen Situationen diese Menschen leben und wo die Unterstützung ansetzen muss.

Alle Menschen in der Schweiz haben ein Recht auf Gesundheit und einen Zugang zur Gesundheitsversorgung, nicht alle können es aber so einfach wahrnehmen. Im Beitrag *Recht auf Gesundheit für alle – Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers in der Schweiz* weisen *Corinna Bisegger und eine Arbeitsgruppe der Nationalen Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers* auf die schwierige Situation jener Menschen hin, die offiziell gar nicht hier sind. Zwar ist nicht genau bekannt, wie viele Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, also ohne Aufenthaltspapiere, hier leben. Gemäss verschiedenen Schätzungen ist es aber eine Zahl, die einer der grösseren Schweizer Städte entsprechen würde. Die theoretisch in dieser imaginären Stadt vorhandenen Gesundheitsversorgungsangebote können die Sans-Papiers aber in der Regel

nicht nutzen, obwohl sie grundsätzlich das Recht haben, eine Krankenversicherung abzuschliessen und sich dadurch in der Regelversorgung behandeln zu lassen. Fehlende Information, Angst vor Entdeckung ihrer nicht geregelten Anwesenheit und vor allem prekäre finanzielle Verhältnisse bilden dazu aber meist eine zu grosse Hürde. Dieser fehlende Zugang ist umso schwieriger, als Sans-Papiers unter besonders belastenden Arbeits- und Lebenssituationen leiden. *Bisegger et al.* beschreiben, wie die Mitglieder der Nationalen Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers in die Lücke springen, um eine minimale Versorgung für diese Menschen zu gewährleisten.

Der Zugang zu Gesundheit und zur Gesundheitsversorgung ist leider weltweit und in der Schweiz längst nicht für alle Menschen gewährleistet, wie die verschiedenen Beiträge aufzeigen. Wir danken den Autorinnen und Autoren dafür, dass sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen zum Thema für diesen Sammelband zur Verfügung gestellt haben.

Unser Dank geht auch an unsere Kolleginnen und Kollegen für die bewährte Zusammenarbeit in Redaktion und Lektorat sowie an den Verlag für die Gestaltung und Herausgabe des Buches.

Wir freuen uns, wenn Sie als Lesende den Überlegungen der Autorinnen und Autoren Zeit und Interesse entgegenbringen und wenn Sie daraus Anregungen für Ihr professionelles Handeln mitnehmen können.

## 5 Literatur

- Besic, Osman und Corinna Bisegger (2009), Gesundheitskompetenz im Migrationskontext – Auf dem Weg zu gesundheitlicher Chancengleichheit, in: Schweizerisches Rotes Kreuz, Hrsg., *Gesundheitskompetenz. Zwischen Anspruch und Umsetzung*. Reihe «Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis», Zürich: Seismo, 179–199.
- Bisegger, Corinna und Christine Kopp (2012), Recht auf Gesundheit: «Musterland» Schweiz?, *MMS Bulletin*, Nr. 123 (März 2012). <http://www.medicumundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/gesundheit-ein-menschenrecht/gesundheit-ein-menschenrecht/recht-auf-gesundheit-musterland-schweiz> (Zugriff: November 2015).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015), Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachstelle Forschung und Evaluation (Dezember), *Forschungskonzept Gesundheit 2017–2020*, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (25.01.2016), *Medienmitteilung: Mit Innovation gegen Armut*, Bern.
- GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators (2015), Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying

- the epidemiological transition, *The Lancet*, 386 (2145–2191). <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2815%2961340-X.pdf> (Zugriff: Januar 2016). Siehe auch die interaktive Plattform der Global Burden of Disease-Studie unter [www.healthdata.org](http://www.healthdata.org).
- Guggisberg, Jürg; Lucien Gardiol, Iris Graf, Thomas Oesch, Kilian Künzi, Thomas Volken, Peter Ruesch, Thomas Abel, Sabine Ackermann und Christoph Müller (2011), Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: BAG und BFM. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13720/index.html?lang=de> > GMM II: Schlussbericht (Zugriff: Januar 2016).
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006), *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht*, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD). <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13720/index.html?lang=de> > GMM I: Schlussbericht (Zugriff: Januar 2016).
- Saraga, Michael; Norberto Moreno-Dávila, Erwan Keravec, Priscile Clément et Patrick Bodenmann (2012), Etat de santé des migrants précarisés: l'exemple de l'aide d'urgence dans le Canton de Vaud, in: SRK, Hrsg., *Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit*, Zürich: Seismo, 129–168.
- United Nations (UN) (2015), *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York. [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf) (Zugriff: Januar 2016).
- World Health Organisation (WHO) and The World Bank (2015), *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1) (Zugriff: Januar 2016).

**Teil I**

**Theoretische Beiträge**



# Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung

Katharina Rathmann und Matthias Richter

## Zusammenfassung

Der Beitrag stellt zunächst dar, wie soziale Ungleichheit definiert wird und in empirischen Studien gemessen werden kann. Neben der Darstellung der aktuellen Forschungsergebnisse zur sozialen Ungleichheit in der Gesundheit in den vergangenen Jahren geht dieser Beitrag auch auf mögliche Ansätze ein, welche die sozial bedingte Ungleichheit in der Gesundheit erklären, und präsentiert Wege und Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung, die auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten abzielen.

## Résumé

Le présent article s'attache tout d'abord à définir la notion d'inégalité sociale, puis examine comment celle-ci peut être mesurée dans le cadre d'études empiriques. Il passe en revue les résultats de recherches récentes portant sur l'inégalité sociale dans le domaine de la santé, examine les facteurs susceptibles d'expliquer ce phénomène, et présente des approches applicables en matière de prévention et de promotion de la santé dans une optique de réduction des inégalités.

## 1 Einleitung

Die wohlhabenden Staaten Europas und Nordamerikas stehen vor einem Paradox: Noch nie in der Geschichte waren die Menschen so gesund und hatten eine so hohe Lebenserwartung, wie in den vergangenen Jahrzehnten. Allerdings sind Gesundheit und Lebenserwartung nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleich gut beziehungsweise gleich hoch. Trotz der positiven gesamtgesellschaftlichen Entwicklung zeigt dieser Trend eine ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken, die für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status schlechter ausfallen (Bauer et al., 2008; Mackenbach et al., 2008; Mielck, 2010; Richter und Hurrelmann, 2009, 2016; Scambler, 2012). Diese sozialen Unterschiede in der Gesundheit

entstehen allerdings nicht rein zufällig, sondern durch die gesellschaftliche Struktur und deren soziale Ungleichheiten. Seit jeher ist Ungleichheit ein ständiger Begleiter der gesellschaftlichen Entwicklung und nach wie vor auch in modernen Gesellschaften vorzufinden. Soziale Unterschiede in der Morbidität und Mortalität – also der Krankheitslast und der Sterblichkeit – sind also auch in vergleichsweise wohlhabenden Ländern wie in Deutschland oder der Schweiz vorzufinden.

## 2 Hintergrund

### 2.1 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Nicht jeder beobachtbare Unterschied in Gesellschaften ist mit sozialer Ungleichheit gleichzusetzen. Soziale Ungleichheiten beziehen sich allgemein nicht auf eine «beliebige Andersartigkeit», wie beispielsweise auf Grund der Haarfarbe oder der Schuhgrösse, als vielmehr auf für Gesellschaften als relevant eingeschätzte Güter oder Ressourcen (Burzan, 2011). Einige Bevölkerungsgruppen verfügen über mehr solcher relevanter Ressourcen als andere, und damit sind stets gewisse Gruppen benachteiligt. Unter dem Begriff der sozialen Ungleichheit – als ein relativer Begriff – werden zumeist Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen nach sozialen Merkmalen wie Bildung, beruflichem Status und Einkommen subsumiert. Anhand dieser Ungleichheitsmerkmale lässt sich eine Unterteilung der Bevölkerung in ein Oben und ein Unten vornehmen, welche die Basis für eine hierarchische und damit vertikale Struktur der Gesellschaft bildet. Oftmals wurde in diesem Zusammenhang auch der Begriff «soziale Schicht» verwendet. Heute findet dagegen der neutralere Begriff «sozioökonomischer Status» häufiger Gebrauch, um die sozial ungleiche Verteilung der Gesundheit und Krankheit in Gesellschaften zu beschreiben, zu erklären und Ansätze zur Reduzierung zu entwickeln. Neben diesen vertikalen Merkmalen sozialer Schichtung lassen sich auch andere Merkmale finden, nach denen sich die Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung ausdifferenziert. Hierzu zählen insbesondere das Geschlecht, die Nationalität beziehungsweise die Herkunft oder auch die Wohnregion. Auch zwischen diesen Bevölkerungsgruppen kann soziale Ungleichheit bestehen. Da sie sich in keine hierarchische Ordnung bringen lassen und damit quer zur vertikalen Ordnung sozialer Ungleichheit liegen, wird hinsichtlich dieser Ungleichheitsmerkmale von horizontaler sozialer Ungleichheit gesprochen (Hradil, 2005; Mielck, 2010). Streng genommen ist hierbei zu bedenken, dass «natürliche» Variationen, das heisst die ungleichen Ausprägungen biologischer Merkmale zwischen Menschen (z. B. Hautfarbe oder Geschlecht), noch keine sozialen Ungleichheiten darstellen. Vielmehr können diese indivi-