

FÜR EINE BESSERE GESUNDHEIT

Ziel 1: Chancengleichheit im Gesundheitsbereich

Bis zum Jahr 2000 sollten die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25% verringert werden, und zwar durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen.

Problemlage

Chancengleichheit bezüglich der Gesundheit bezieht sich auf körperliche, psychische und soziale Aspekte. Chancengleichheit kann durch Förderung individueller Ressourcen, durch Reduzierung von Belastungen sowie insbesondere durch die Verbesserung der sozialen Rahmenbedingungen für Gesundheit (wie z.B. der Schaffung von Arbeitsplätzen für alle, dem Ermöglichen von Leben in adäquaten Umweltbedingungen) erreicht werden (vgl. Ottawa-Charta vom 21. November 1986 der Weltgesundheitsorganisation). Zwischen verschiedenen sozialen Gruppen (innerhalb und zwischen den Staaten) bestehen deutliche Unterschiede bei der Teilhabe am zentralen Gut «Gesundheit». Diese Unterschiede lassen sich in allen Dimensionen (und den damit verbundenen Indikatoren) von Gesundheit feststellen.

Die Bevölkerung in der Schweiz gehört im internationalen Vergleich zu derjenigen Gruppe, die mit der höchsten Lebenserwartung rechnen darf (neben Ländern wie Japan, Island und Schweden)¹. Diese gute Position im internationalen Vergleich bringt die Verantwortung und die Forderung nach Schaffung von Chancengleichheit im internationalen Rahmen mit sich. Die Spitzenposition der Schweiz bedeutet aber nicht, dass die Verhältnisse innerhalb des Landes durch Chancengleichheit gekennzeichnet wären: Auch in der Schweiz sind die Chancen für Gesundheit ungleich verteilt.

Die traditionellen («harten») Indikatoren für Gesundheit stellen die Mortalität und die Morbidität dar, weiter die daraus abgeleiteten Indikatoren der beschwerdefrei verbrachten Lebensjahre oder die potentiell verlorenen Lebensjahre. Innerhalb der Schweiz zeigen sich deutliche Unterschiede in Bezug

auf diese Indikatoren, und zwar regional wie auch sozialgruppenspezifisch:

- Chancengleichheit für Gruppen unterschiedlicher sozialer Schichten in Bezug auf Mortalität, Morbidität und vorzeitig verlorenen Lebensjahre: Beer et al.² fanden in einer sekundärstatistischen Analyse der Todesfallstatistiken und der Volkszählungsdaten (1980) erhebliche soziale Sterblichkeitsgradienten zwischen «Sozialschicht I» (akademische und freie Berufe) und «Sozialschicht III» (ausgebildete, handwerkliche Berufe) für standardisierte Mortalitätsrisiken (SMR) und vorzeitig verlorene potentielle Lebensjahre (VVPL).

- Chancengleichheit für Gesundheit bei Immigrant(inn)en in der Schweiz: Ausländische Arbeitnehmer(innen) haben geringere Gesundheitschancen; allerdings handelt es sich bei den Einwanderern nicht um eine homogene Gruppe. Zum Teil decken sich die mit der Einwanderung verbundenen Probleme mit Schicht- oder Klassenphänomenen, indem ausländische Arbeitskräfte zum grösseren Teil für wenig qualifizierte, mit geringem Prestige aber mit hohen Belastungen verbundene Arbeiten verrichten. Die Migration per se kann mit Belastungen und dem Erleben kultureller Dissonanzen verbunden sein und dementsprechend zu gesundheitlichen Belastungen führen.

- Die Zugänglichkeit und die Qualität des Gesundheitssystems stellt einen weiteren entscheidenden Faktor für das Zustandekommen und die Verteilung der Gesundheit dar: Das System der (obligatorischen) Kranken- und Unfallversicherung erfasst in der Schweiz (theoretisch) die gesamte Bevölkerung. Trotz dieses breiten und tragfähigen (und teuren) Netzes ist der Zugang zum Gesundheitssystem nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich (z.B. aufgrund von Wissensdefiziten, unterschiedlicher Einschätzung der

Bedeutung des Vorsorgeverhaltens, unterschiedlicher Konzepte von Gesundheit und Krankheit und damit verbunden unterschiedlicher Körperwahrnehmung und unterschiedlicher Compliance). Der sich verstärkende Spardruck auf das Gesundheitssystem weckt gegenwärtig Befürchtungen über das Aufkommen einer Zwei-Klassenmedizin.

- Neonatale und postneonatale Sterblichkeit, Kindersterblichkeit: Geringes Geburtsgewicht (unter 2500 Gramm) und Säuglingssterblichkeit erweisen sich als sensible Indikatoren für die Erfassung sozialer Deprivation. Geringes Geburtsgewicht und die perinatale Sterblichkeit sind in den tieferen Klassen und deprivierten Gruppen häufiger als in den privilegierten³.
- Chancengleichheit für Gesundheit zwischen den verschiedenen Landesteilen und Sprachregionen in der Schweiz: In der Schweiz zeigen sich zwischen den Landesteilen in verschiedenen Aspekten deutliche Unterschiede. Zum einen reflektieren diese sozio-ökonomische Differenzen, zum anderen aber auch kulturelle Unterschiede (z.B. bezüglich des Tabak- und Alkoholkonsums, des Umgangs mit dem Körper, den Krankheits- und Gesundheitskonzepten und Verhaltensweisen, Unterschiede in der Wahrnehmung oder Einschätzung des psychischen Wohlbefindens). Diese Unterschiede zeigen sich bereits in Studien bei Jugendlichen⁴.
- Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern: Frauen berichten über mehr Einschränkungen des gesundheitlichen Wohlbefindens als Männer, gleichzeitig weisen Männer eine kürzere Lebenserwartung auf. Veränderungen dieser Raten in der Zeit weisen auf modulierbare Anteile dieser Unterschiede hin.

Ziele

Die Chancengleichheit für verschiedene Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Gesundheit ist, neben der Sicherung der ökologischen Voraussetzungen für Gesundheit, das Ziel mit der höchsten Priorität⁵. Die Anhebung der Voraussetzungen der Deprivierten an das Niveau der Privilegierten stellt diejenige Massnahme mit dem grössten gesundheitlichen Gewinnpotential dar.

Die Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen um 25% stellt ein sehr anspruchsvolles Ziel dar. Generell ist dieses Ziel vom Gesundheitsbereich allein nicht zu erreichen, eine enge Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen (z.B. Entwicklungs-, Sozial-, Familien- und Bildungspolitik) ist notwendig. Insofern die gesundheitliche Ungleichheit durch sozio-ökonomische Ungleichheit mitbedingt ist, würde die Zielerreichung einen Eingriff in die Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums beinhalten. Die Schweiz weist neben der Türkei und Portugal europaweit die ungleichste Einkommensverteilung auf. Die Entwicklung zu wachsenden sozialen Unterschieden müsste gebremst werden. Kritisch angesprochen ist der Gesundheitsbereich, indem die Gesundheit selbst zur Bildung von sozial Benachteiligten beitragen kann; hier sind neue Strategien notwendig. Jede Intervention muss von der Frage ausgehen, inwiefern sozial Benachteiligte besonderes angesprochen und gefördert werden können. Dabei muss dem sozialen Kontext besonders Rechnung getragen werden.

Neben der vertikalen Schichtung trägt die horizontale Schichtung zur Ungleichverteilung der Gesundheitschancen bei. Die Bündelung typischer Konstellationen ungleicher Lebensbedingungen zu Soziallagen ermöglicht die Erfassung von sozialer Deprivation und der damit verbundenen Ungleichverteilung von Gesundheitschancen⁶. Einer Reihe von Zielgruppen ist speziell Rechnung zu tragen (z.B. Arme, Arbeitslose, Alleinerziehende, Jugendliche, Alte, psychisch Kranke, Einsame, Suchtmittelkonsument(inn)en, körperlich Behinderte, Migrant(inn)en⁷).

Massnahmen

Bereich Gesundheits- und Interventionsforschung

Die Analysen des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sind dahingehend zu konkretisieren, dass sie in der Lage sind, das Zustandekommen von Chancenungleichheiten im Bereich der Gesundheit zu erklären. Damit können Strategien zur Minimierung der Ungleichheit entwickelt werden. Besondere Beachtung sind Konstella-

tionen von Bündelungen von Belastungen zu schenken. Für die betroffenen Gruppen sind spezifische Schwerpunktprogramme zu fordern, die integrativ mit anderen Lebensbereichen die Chancen für Gesundheit optimieren.

Die Ergebnisse der Erforschung sozialer Unterschiede, der Analyse typischer Soziallagen müssen kritisch überprüft und auf ihre Bedeutung für die Prävention und Gesundheitsförderung untersucht werden. Wünschbar wäre eine Arbeitsgruppe (innerhalb der SGPG), die sich permanent dieser Fragen annimmt und zuhanden von Entscheidungsträger(inne)n die entsprechenden Wissensgrundlagen und Entscheidungskriterien zur Verfügung stellen kann.

Bereich Interventionen/Programme

Ausgehend von den Erkenntnissen der Gesundheits- und Interventionsforschung sind besondere Mittel und Programme für die Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu fordern. Jede gesundheitliche Intervention, jedes Programm muss dem Ziel der Chancengleichheit speziell Rechnung tragen. Sozial Benachteiligte müssen durch Programme unterstützt und gefördert werden. Bei der Mittelvergabe an Projekte/Programme muss dieses Kriterium im Vordergrund stehen. Den Möglichkeiten auf struktureller Ebene ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Neben den bereichsspezifischen Überlegungen sind auch Programme zu fordern, die integrierend die allgemeinen Erkenntnisse und die übergeordnete Zielsetzung für die Erreichung von Chancengleichheit verfolgen.

Bereich Politik

Voraussetzung für eine solche integrierende Perspektive sind die Problemerkennntnis und die Bereitschaft, diese mit politischen Mitteln anzugehen. Dazu arbeitet die Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen auf politischer Ebene auf einen Paradigmenwechsel hin, welcher der Forderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich die notwendige Priorität zuerkennt.

Hans Wydler

Literatur

- ¹ *Spuhler Th.* Lebenserwartung. In: Weiss W. Hrsg. Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo Verlag, 1993: 1-16.
- ² *Beer V, Bisig B, Gutzwiller F.* Social class gradients in years of potential life lost in Switzerland. Soc Sci Med 1993; 37: 1011-1018.
- ³ *Bodenmann A, Ackermann-Liebrich U, Spuhler Th.* Soziale Unterschiede in der Schweizer perinatalen Sterblichkeit. Schw Ärztezeitung 1990; 71: 1927-1930.
- ⁴ *Narring F, et al.* Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz. Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jähriger. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994: 107pp.
- ⁵ *Stronks K, Gunning-Schepers L J.* Social inequalities in health. Should equity in health be target number 1? Eur J Pub Health 1993; 3: 104-111.
- ⁶ *Steinkamp G.* Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. Soz Präventivmed 1993; 38: 111-122.
- ⁷ *Farago P, Füglistaler P.* Armut verhindern. Die Zürcher Armutsstudien: Ergebnisse und sozialpolitische Vorschläge. Zürich: Fürsorgedirektion des Kantons Zürich, 1992: 82pp.