Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik

Seismo

Gesundheitliche Ungleichheit

Julie Page

DOI: https://doi.org/10.33058/seismo.30739.0088

Erstveröffentlicht: 1. Dezember 2020

Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik
Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder, Ueli Tecklenburg (Hrsg.)

Veröffentlicht von: Seismo Verlag, Zürich und Genf

ISBN ePDF 978-3-03777-739-8
ISBN Print 978-3-03777-177-8

Zitiervorschlag: Page, Julie. 2020. Gesundheitliche Ungleichheit. In Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder, Ueli Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik*. Zürich: Seismo Verlag, DOI https://doi.org/10.33058/seismo.30739.

Der Ausdruck «gesundheitliche Ungleichheit» bezieht sich auf die Beobachtung, dass es soziale Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung gibt. Wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung zeigt, gilt dies auch für die Schweiz: Personen mit niedriger Bildung, beruflicher Stellung oder tiefem Einkommen sind stärker betroffen von Übergewicht, verhalten sich weniger gesundheitsbewusst (z. B. bei Vorsorgeuntersuchungen oder beim Bewegungsverhalten) und schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein als Personen mit höherem sozialem Status. Gesundheitliche Ungleichheiten zeigen sich an fast allen Erkrankungen, sowohl körperlichen als auch psychischen. Dazu gehören insbesondere die am häufigsten auftretenden Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes mellitus, Magen- und Lungenkrebs sowie Depression und Angststörungen, aber auch die Zahngesundheit.

Hierbei handelt es sich nicht um Unterschiede zwischen den am wenigsten privilegierten Gruppen von Gesellschaften im Vergleich zu den übrigen, sondern um einen sogenannten sozialen Gradienten: je niedriger der soziale Status einer Person, desto höher die Sterblichkeit und desto schlechter die Gesundheit. Diese Zusammenhänge sind in vielen Studien aufgezeigt und für die reichen Industrieländer – auch für die Schweiz – nachgewiesen worden. Im bahnbrechenden in den 1980er Jahren in Grossbritannien publizierten «Black Report» wurden erstmals Ansätze zur Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten erarbeitet. Diese werden heute noch diskutiert, sind teilweise weiterentwickelt worden und lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Der kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz geht davon aus, dass Personen mit niedriger Bildung oder tiefem Berufsstatus eine «Kultur» teilen, die gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum, ungesundes Ernährungsverhalten oder körperliche Inaktivität begünstigt. Studien zeigen, dass Gesundheits- respektive Risikoverhalten den sozialen Gradienten in der Gesundheit nicht vollständig erklären. Vielmehr müssen auch die materiellen und strukturellen Faktoren wie finanzielle Lage, Wohn- und Arbeitsbedingungen oder Familienstand beachtet werden (materieller Erklärungsansatz). Personen mit tieferem sozialen Status leben und arbeiten häufiger unter gesundheitsschädigenden Bedingungen. Die jüngere Forschung hat zudem psychosoziale Faktoren thematisiert, um den sozialen Gradienten zu erklären: Menschen mit tieferem sozialen Status erleben tendenziell mehr Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Gleichzeitig haben sie oftmals weniger Ressourcen, um die negativen Auswirkungen der Belastungen abzufedern.

In den letzten Jahren hat die Lebenslaufperspektive an Bedeutung gewonnen: hier wird betrachtet, wie sich Stressfaktoren und

© 2022. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

Downloaded from https://seismoverlag.ch/de/daten-woerterbuch/gesundheitliche-ungleichheit/ by guest on 17 November 2026

Ressourcen im Verlauf eines Lebens auf die Gesundheit auswirken. Mögliche andere Einflussfaktoren, die zur gesundheitlichen Ungleichheit führen, werden diskutiert, sind aber bisher zu wenig erforscht worden, z. B. die Bedeutung der medizinischen Versorgung. Bei diesem Zusammenhang wird postuliert, dass Menschen mit tieferem sozialen Status weniger Zugang haben zu einer guten medizinischen Versorgung.

Bei den oben genannten Dimensionen spricht man von vertikalen Ungleichheiten. Empirische Daten zeigen auch horizontale Ungleichheiten, nämlich Unterschiede nach Geschlecht oder Alter. Beispiele sind die höhere Lebenserwartung der Frauen oder das höhere Risiko für Frauen im Vergleich zu Männern, an einer Depression zu erkranken. Schliesslich kann auch gesundheitliche Ungleichheit zu sozialer Ungleichheit führen, z. B. wenn jemand auf Grund eines eingeschränkten Gesundheitszustandes nicht oder nur wenig arbeiten kann. Als Folge können tiefes Einkommen, schlechte Wohnbedingungen und soziale Isolation auftreten. Auch wenn der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit nicht abschliessend erklärt ist, reicht der Wissensstand, um Ansätze zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit zu identifizieren. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass diese Aufgabe eine gesamtgesellschaftliche und -politische Herausforderung darstellt. Alle Menschen sollen unabhängig vom Einkommens-, Bildungs- und Berufsstatus die gleiche Chance haben, gesund zu bleiben. Dies kann erreicht werden, indem die sozialen Ungleichheiten verringert werden. Zentraler Ansatzpunkt diesbezüglich ist die Beseitigung aller finanzieller und kultureller Barrieren, die einen gerechten Zugang zu Bildungsmöglichkeiten verhindern. Denn ohne gute Schul- und Berufsqualifikation sind die Aussichten auf dem Arbeitsmarkt und damit auf ein «ausreichendes» Einkommen schlecht. Die Verringerung ökonomischer Ungleichheiten innerhalb der Gesellschaft kann durch gesetzlich festgesetzte Mindestlöhne und finanzielle Umverteilung durch Steuern, Subventionen, Sozialgelder erreicht werden. Die steigenden Krankenkassenprämien stellen für Personen insbesondere auch für Familien mit tiefem Einkommen eine enorme finanzielle Belastung dar. Vorsorgeleistungen werden deshalb oft nicht genügend oder zu wenig zielgerichtet in Anspruch genommen. Hier sind Lösungen zu suchen, damit die Leistungen des Gesundheitssystems für sozial schwächere Menschen bezahlbar bleiben. Eine mögliche Massnahme wäre zum Beispiel, Kinder von einkommensschwachen Haushalten von Prämienzahlungen zu befreien. Nebst diesen makrosozialen Ansatzpunkten kann auf der mesosozialen Ebene angesetzt werden wie beim Gesundheitsverhalten, bei materiellen Faktoren oder psychosozialen Belastungen. So formuliert der Bundesrat als eine gesundheitspolitische Priorität in seinem Bericht «Gesundheit 2020», dass die Gesundheitskompetenz von verletzlichen Bevölkerungsgruppen wie Personen mit tiefem Einkommen oder Bildungsstand, älteren Menschen, Kindern oder Jugendlichen gestärkt werden soll. Diese Zielgruppen sollen sich besser im Gesundheitssystem zurechtfinden. Ihre Kompetenz in Gesundheitsfragen soll erhöht werden, wobei hier nicht primär die Verbesserung des theoretischen Wissens über Gesundheit und Krankheit, sondern die Erhöhung des alltagspraktischen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit gemeint ist. Die Selbstverantwortung von Versicherten und Patientinnen soll ganz allgemein gestärkt werden. Hierbei darf aber nicht vergessen werden, dass das Gesundheitsverhalten häufig nicht nur auf freien Entscheidungen basiert, sondern auch durch die Lebensverhältnisse geprägt wird. Massnahmen, die das Gesundheitsverhalten fokussieren, müssen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten werden. Am erfolgreichsten sind Interventionen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, wenn Vertretende der Zielgruppe aktiv eingebunden werden und sie auf möglichst allen Ebenen der Planung und Entscheidungsfindung von Projekten und Programmen partizipieren. So empfiehlt es sich z. B. bei Massnahmen für ältere Menschen zu beachten, dass sie unter Umständen autoritäre und passiv-rezeptive Erziehungs- und Bildungsstile gewohnt sind. Deshalb müssen diese Menschen den aktiven und partizipativen Umgang mit Wissen, wie er für die interaktive Gesundheitskompetenz zentral ist, erst erlernen und üben. Gleichzeitig muss setting-bezogen gearbeitet werden. So findet sich z. B. eine Konzentration von sozioökonomisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen in Wohngebieten mit billigem Wohnraum. Will man arme Menschen erreichen, bietet sich das Setting Wohnumfeld wie ein Quartier an.

Literaturhinweise

Boes, S., Kaufmann, C. & Marti, J. (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Cantoreggi, N. (2016). Pondération des déterminantes de la santé en Suisse: étude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Genève: Université de Genève.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). Social determinants of health: the solid facts (2nd ed.). Copenhagen: WHO Regional Office

© 2022. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

Downloaded from https://seismoverlag.ch/de/daten-woerterbuch/gesundheitliche-ungleichheit/ by guest on 17 November 2026

Wörterbuch
der Schweizer
Sozialpolitik

Seismo

for Europe.

© 2022. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

Downloaded from https://seismoverlag.ch/de/daten-woerterbuch/gesundheitliche-ungleichheit/ by guest on 17 November 2026