

Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung **GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT**

erarbeitet von der
UAG des Evaluationsbeirates
zur Stärkung der Querschnittsanforderung
'Gesundheitliche Chancengleichheit'

Dr. Angela Fehr

Günter Hölling

PD Dr. Thomas Lampert

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Dr. Andreas Mielck

Karin Niederbühl

Boris Orth

Prof. Dr. Oliver Razum

Prof. Dr. Hajo Zeeb

Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung ,Gesundheitliche Chancengleichheit‘

Im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* ist wiederholt auf die Wichtigkeit des Themas ‚Chancengleichheit‘ hingewiesen worden. An mehreren Stellen wird explizit betont, dass die nationalen Gesundheitsziele einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit leisten sollen. Im Kriterienkatalog zur Auswahl von Gesundheitszielen werden 13 Kriterien aufgelistet, darunter auch das Kriterium ‚Chancengleichheit‘. In diesem Zusammenhang heißt es: „Die Verteilung von Risikofaktoren und Erkrankungen über die Bevölkerung ist in vielen Fällen durch eine Ungleichverteilung über verschiedene soziale Schichten und Bevölkerungsgruppen charakterisiert. Gleichsam gibt es soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von (...) präventiven Maßnahmen. *gesundheitsziele.de* will (...) auch zur Schließung der Krankheits- und Gesundheitslücke beitragen.“ Unter der Überschrift ‚Systematik der Gesundheitsziele‘ wird betont: „Alle Ziele müssen zudem Querschnittsanforderungen – wie Gender Mainstreaming, gesundheitliche Chancengleichheit, Evidenzbasierung – erfüllen.“

Trotz dieser expliziten Hinweise auf den Stellenwert des Themas ‚gesundheitliche Chancengleichheit‘ besteht die Gefahr, dass es bei der konkreten Entwicklung von Gesundheitszielen in den Hintergrund gerät. Eine so komplexe Anforderung wie ‚Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit‘ ist mit erheblichem Aufwand verbunden, bezogen auf die Analyse möglicher Ansatzpunkte und auch bezogen auf die politische Durchsetzung. Bei der Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels sind zudem viele Anforderungen zu beachten, eine einzelne Querschnittsanforderung wie ‚Chancengleichheit‘ kann dabei leicht aus dem Blickfeld geraten.

Der Evaluationsbeirat hat daher eine Unterarbeitsgruppe beauftragt, eine Anleitung zur Stärkung der Querschnittsanforderung ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘ zu entwickeln. Die hiermit vorgelegte Anleitung besteht aus einer Liste von Leitfragen und einem Glossar zur näheren Erläuterung einiger zentraler Begriffe. Ausgangspunkt ist die folgende zentrale Erkenntnis: Gesundheit wird wesentlich durch soziale Determinanten (engl. social determinants of health) geprägt. Dies gilt für die Mehrheitsbevölkerung genauso wie für gesellschaftliche Untergruppen als Teil der Bevölkerung. Die Mitglieder einer Gruppe weisen wichtige gemeinsame Merkmale auf, auch wenn es bei den Lebensbedingungen und den Chancen auf soziale Teilhabe große Unterschiede geben kann. Definieren lassen sich die Gruppen z.B. über Merkmale wie Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, Erwerbsstatus, Lebensform, Wohnregion und Migrationshintergrund. Die Kombination dieser Merkmale bietet eine Möglichkeit zur Erfassung der sozialen Diversität. Dabei ist zu betonen, dass Menschen zumeist mehreren Untergruppen angehören und demgemäß auch eine Akkumulation und Wechselwirkung der verschiedenen Diversitätsmerkmale auftreten kann. Durch Kombination lassen sich weitere Subgruppen bilden, die jeweils spezifische gesundheitliche Belastungen, spezifische Ressourcen und Präventionspotentiale aufweisen. Auch der Handlungsbedarf unterscheidet sich daher von Gruppe zu Gruppe, bezogen auf Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung. Die gesundheitliche Chancengleichheit lässt sich nur dann verbessern, wenn diese soziale Diversität angemessen berücksichtigt wird und damit soziale Determinanten der Gesundheit angemessene Berücksichtigung erfahren. Die Gefahr der Diskriminierung aufgrund der Gruppenmerkmale sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden.

Die Querschnittsanforderung ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘ ist bei der Kriterienanalyse, der Ausarbeitung bzw. Weiterentwicklung der Gesundheitsziele und bei der Evaluation der Gesundheitsziele zu berücksichtigen. Bei jeder dieser Prozessstufen sind die nachstehenden Leitfragen zu beachten, sie beziehen sich auf drei zentrale Merkmale der sozialen Diversität: auf den sozio-ökonomischen Status, den Migrationshintergrund und das Geschlecht. Zunächst geht es um die Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen, die in den unterschiedlichen sozialen Gruppen vorhanden sein können, anschließend um die Ableitung des Handlungsbedarfs. Danach folgen Fragen zur Partizipation als unverzichtbarem Bestandteil aller Maßnahmen, mit denen der Gesundheitszustand verbessert werden soll. Dahinter steht die Überzeugung, dass eine bestimmte soziale Gruppe nur dann erreicht werden kann, wenn sie frühzeitig und umfassend an Planung und Umsetzung der Maßnahme beteiligt wird.

Leitfragen

SOZIO-ÖKONOMISCHER STATUS

(z.B. erfasst über Schulbildung, Berufsstatus oder Einkommen):

a) Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen

- Welche gesundheitlichen Risiken sind mit geringem Einkommen, niedrigem Berufsstatus und/oder niedriger Schulbildung verbunden (siehe z.B. Arbeitsbedingungen, Wohnumgebung, Zuzahlungen und Selbstbehalte, Gesundheitsverhalten)?
- Welche gesundheitlichen Ressourcen und Präventionspotentiale sind bei den sozialen Gruppen vorhanden (bzw. nicht vorhanden), die ein geringes Einkommen und/oder eine niedrige Schulbildung aufweisen (siehe z.B. Coping-Strategien, soziale Unterstützung, Verständnis der Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote [Stichwort ‚health literacy‘])?

b) Ableitung des Handlungsbedarfs

- Bei welchen Bildungs-, Berufsstatus- und Einkommensgruppen ist der Handlungsbedarf besonders groß, d.h. wo sind die Belastungen besonders hoch und/oder die Ressourcen besonders gering?
- Werden alle sozialen Gruppen aufgeführt, bei denen der Handlungsbedarf besonders groß ist, und werden sie durch Angaben zu Bildung, Berufsstatus und Einkommen hinreichend beschrieben (d.h. ist eine weitere Konkretisierung erforderlich, z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund)?

c) Gestaltung der Partizipation

- Bezogen auf die sozialen Gruppen, deren Gesundheit verbessert werden soll: Wie stark sind sie beteiligt an der Planung und Durchführung der Maßnahmen?
- Gibt es Barrieren in Bezug auf die Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeiten? Bei welchen sozialen Gruppen sind diese Barrieren besonders groß, und wie können sie überwunden werden?

MIGRATIONSHINTERGRUND

(z.B. erfasst über Herkunftsland der Eltern oder eigene Deutschkenntnisse):

a) Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen

- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund von Expositionen im Herkunftsland (z.B. durch dort verbreitete Krankheiten, soziale Bedingungen, politische und/oder religiöse Verfolgung)?
- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund der Migration selbst (z.B. psychische und körperliche Traumata während der Migration oder der Flucht)?
- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund von Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache?
- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken aufgrund kultureller Unterschiede? Dazu gehören z.B. auch die beiden folgenden Problemfelder: unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Akkulturation in Deutschland innerhalb einer Familie (und daraus resultierende Konflikte), Konflikte innerhalb einer Migrantengruppe aufgrund innerer kultureller Diversität.

b) Ableitung des Handlungsbedarfs

- Ergibt sich aufgrund besonderer Risiken ein klar begründeter Handlungsbedarf für Personen mit Migrationshintergrund?
- Sind konkrete Maßnahmen der Unterstützung etwa bei Sprache, Akkulturation, Informationsbedarf ableitbar?
- Wie ist der Handlungsbedarf auch innerhalb der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund differenziert einzuschätzen?

c) Gestaltung der Partizipation

- Wie lässt sich Teilnahme und Teilhabe von Migrantinnen und Migranten an den geplanten Maßnahmen sicherstellen? Gibt es good-practice Beispiele zur Orientierung?
- Wird durch die Ziele und geplanten Maßnahmen ggf. die Partizipation der Gruppe eingeschränkt oder gefährdet? Sind Gegenmaßnahmen notwendig?

GESCHLECHT (GENDER)

a) Identifikation der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen

- Gibt es besondere Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Frauen und Männern?
- Stehen diese im Zusammenhang mit unterschiedlichen Einflussfaktoren der sozialen Chancengleichheit von Frauen und Männern in der Gesellschaft (z.B. bedingt durch verschiedene Positionen der Geschlechter in der Gesellschaft und deren Auswirkungen auf Bildung, Arbeit, Einkommen, gesellschaftliche Teilhabe, etc.)?
- Stehen diese gesundheitlichen Unterschiede im Zusammenhang mit biologischen Einflussfaktoren bei Frauen und Männern, die die Chancengleichheit der Geschlechter in Hinblick auf den Zugang zu Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung beeinflussen?
- Gibt es besondere Gesundheitsrisiken bei Menschen mit diverser (sozial und/oder biologisch bedingter) Geschlechtsidentität?

b) Ableitung des Handlungsbedarfs

- Gibt es Gruppen, bei denen ein geschlechtsspezifischer Handlungsbedarf als besonders wichtig angesehen wird?
- Sind Maßnahmen bekannt und verfügbar, mittels derer eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation oder Versorgung erzielt werden kann?
- Könnte die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte (geschlechtsspezifische) Gruppe mit der Vernachlässigung, Ausblendung oder Diskriminierung anderer relevanter Gruppen verbunden sein? Wie kann das vermieden werden?

c) Gestaltung der Partizipation

- Sind die Gruppen, auf die die Ziele und Maßnahmen ausgerichtet werden, in die Entscheidungsfindung eingebunden?
- Werden durch Ziele und Maßnahmen Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Befähigung, Transparenz und Freiwilligkeit gefördert und nicht behindert oder eingeschränkt?

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Vor dem Hintergrund, dass soziale Determinanten die Bevölkerungsgesundheit entscheidend prägen, lautet die zentrale Frage: Bei welchen sozialen Gruppen ist der Handlungsbedarf besonders groß? Diese Gruppen sollten so genau wie möglich beschrieben werden, beispielsweise mit Hilfe der oben genannten Merkmale (d.h. sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, Geschlecht). Es gibt jedoch noch eine ganze Reihe weiterer sozialer Merkmale wie z.B. Alter, Familienstand, Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit und beruflicher Status. Durch Kombination der Merkmale können somit soziale Gruppen in vielfältiger Weise charakterisiert werden. Die Antwort auf die Frage, welche soziale Gruppe im Vordergrund steht, wird sich von Thema zu Thema unterscheiden, und selbstverständlich hängt sie auch von den zur Verfügung stehenden empirischen Informationen ab. Hier lassen sich nur zwei allgemeine Hinweise geben: (a) Nach Möglichkeit sollten die Gruppen nicht zu breit definiert werden (z.B. ‚alle Personen mit niedriger Bildung‘) und auch nicht zu eng (z.B. ‚alle Männer mit niedriger Bildung, die in einer bestimmten Stadt wohnen‘). (b) Im Vordergrund steht nicht die zweifelsfreie Identifizierung der sozialen Gruppe mit dem größten Bedarf, sondern die exemplarische Auswahl von Gruppen mit besonders hohem Bedarf.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass es bei der Beschreibung der sozialen Gruppen nicht zu ungerechtfertigten Verallgemeinerungen und Stereotypisierungen kommen sollte. Eine ungerechtfertigte Verallgemeinerung liegt dann vor, wenn sich die empirischen Ergebnisse auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe beziehen (z.B. Erwachsene in einer bestimmten Altersgruppe), die Ergebnisse aber ohne weitere Prüfung auf eine größere Bevölkerungsgruppe (z.B. alle Erwachsenen) übertragen werden. Mit Stereotypisierung ist gemeint, dass Annahmen über die Wünsche, Fähigkeiten und Limitationen bestimmter sozialer Gruppen formuliert werden, ohne diese Annahmen explizit zu prüfen.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung werden immer einen Effekt auf das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit haben, d.h. auf die gesundheitlichen Unterschiede zwischen

den sozialen Gruppen. Die Ungleichheit kann kleiner, aber auch größer werden. Es sollte daher immer geprüft werden, ob die Maßnahmen einen Beitrag zur Verringerung der Ungleichheit leisten können, gemäß der Frage: Können von den Maßnahmen auch und vor allem die sozialen Gruppen profitieren, bei denen der Handlungsbedarf besonders groß ist?

Die folgenden Kontrollfragen dienen dazu, die Umsetzung dieser Empfehlungen zu überprüfen:

- Wird bei allen Stufen des Gesundheitszieleprozesses (Kriterienanalyse, Ausarbeitung konkreter Gesundheitsziele, Evaluation) explizit darauf hingewiesen, dass der Handlungsbedarf bei einigen sozialen Gruppen besonders groß ist?
- Werden diese sozialen Gruppen so genau wie möglich benannt?
- Wird bei den einzelnen Ober- und Teilzielen, Strategien und (Starter-)Maßnahmen explizit betont, dass auch und vor allem diese sozialen Gruppen erreicht werden sollten?

Diese Fragen dienen der eigenen Kontrolle, eine schriftliche Beantwortung ist daher nicht erforderlich. Alle Aussagen zum Thema ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘ sollten jedoch in einem gesonderten Kapitel zusammenfassend dargestellt werden.

Glossar

CHANCENGLEICHHEIT/CHANCENGERECHTIGKEIT

Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften das Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Gesundheitliche Chancengleichheit definiert dieses Recht gesundheitsbezogen, d.h. als Herstellung gleicher Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben, unabhängig z.B. von sozialem Status, nationaler Zugehörigkeit, Generation, Alter und Geschlecht. Gesundheitliche Chancengleichheit beginnt mit einem guten Zugang der Gesamtbevölkerung zu einem ausgebauten primären Gesundheitsversorgungssystem und schließt eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie eine Verminderung von Gesundheitsrisiken mit ein. Im englischen Sprachraum hat sich eine weitere wichtige Differenzierung herausgebildet. Unter dem Begriff ‚health inequalities‘ werden alle sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand bzw. bei gesundheitsrelevanten Faktoren zusammengefasst, unter dem Begriff ‚health inequities‘ dagegen nur die Unterschiede, die als ungerecht empfunden werden. Nicht jede gesundheitliche Ungleichheit ist auch ungerecht. So können Unterschiede zum Beispiel auf selbst gewählte Lebensstile zurückzuführen sein, wobei zu berücksichtigen ist, dass auch hier die individuelle Entscheidung zugunsten eines gesundheitsförderlichen oder eines gesundheitsabträglichen Lebensstils unter anderem von der erworbenen individuellen Gesundheitskompetenz abhängt.

Altgeld T (2010) Gesundheitliche Chancengleichheit. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter:

<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitliche-chancengleichheit/>

Mielck A (2010) Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter:

<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-ungleichheit-und-gesundheit-krankheit/>

DIVERSITÄT (DIVERSITY)

Diversität beschreibt die Eigenschaften und Kontexte, in denen sich Menschen unterscheiden oder ähneln können. Die Vielfalt bezieht sich dabei zunächst auf primäre Dimensionen wie Alter, Geschlecht, sozialer Hintergrund, Ethnie/ kulturelle Herkunft, Behinderung, sexuelle Orientierung, Religion/Weltanschauung. Einige dieser primären Dimensionen sind biologisch determiniert und gelten als vom Individuum her betrachtet relativ schwer beeinflussbar. Gleichzeitig sind alle primären Dimensionen als soziale Determinanten zu verstehen und als solche mit bestimmten Lebenslagen, gesellschaftlichen Vor- und Nachteilen und Rollenzuschreibungen verbunden. Als soziale Faktoren sind diese durch gesellschaftliches Handeln veränderbar. Es folgen sekundäre Dimensionen, die einen unterschiedlichen Grad an Veränderbarkeit aufweisen, z.B. Familienstand, Elternschaft, Wohnort, Einkommen und Stellung im Beruf oder Gewohnheiten. Diese Liste der sekundären Dimensionen ist je nach Autorenschaft unterschiedlich lang und ausdifferenziert. Hinzu kommen organisationsbezogene Merkmale wie z.B. der Arbeitsort oder -inhalt, die Dauer und Art des Beschäftigungsverhältnisses oder auch Gewerkschaftsmitgliedschaften. Wichtig ist, dass die sozialen Determinanten von Diversität stets miteinander verknüpft sind und damit vielfältige Lebenslagen abbilden. Übertragen auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention kann der Diversity-Ansatz eine genauere Definition von Zielgruppen und eine stärkere Berücksichtigung von deren Vielfalt ermöglichen.

Altgeld T (2010) Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter:

<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/diversity-und-diversity-management-vielfalt-gestalten/>

GESCHLECHT (GENDER)

Das Konzept Geschlecht umfasst sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht. Beide sind miteinander verknüpft, d.h. der Mensch trifft mit seiner körperlich-biologischen Ausstattung im Lebensverlauf auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die ihn formen und die die Nutzung seiner angeborenen Potentiale in Hinblick auf Gesundheit beeinflussen. Die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Frauen und Männern sind durch deren Position in der Gesellschaft und das darin bestehende Geschlechterverhältnis bestimmt. Das Geschlechterverhältnis ist durch Vor- und Nachteile der Geschlechter, durch unterschiedlichen Zugang zu Macht und Einfluss, zu sozialen Ressourcen wie Bildung, Arbeitsmarkt oder Gesundheit und durch geschlechtsspezifische Belastungen und Potentiale geprägt. Männern und Frauen werden in einer Gesellschaft geschlechtsspezifische Aufgaben, Pflichten und Verhaltensweisen zugeschrieben, sogenannte geschlechtsspezifische Rollenerwartungen, die das Verhalten von Frauen und Männern in der jeweiligen Gesellschaft normieren.

In Bezug auf Gesundheit spielt die Geschlechterperspektive eine wichtige Rolle, weil Unterschiede in der Gesundheit nicht nur beschrieben, sondern auch in Bezug zu sozialen und biologischen Einflussfaktoren gesetzt und damit verbundene Vor- und Nachteile identifiziert werden können. In Bezug auf die Gesundheit von Männern und Frauen ist es wichtig, biologische und soziale Einflussfaktoren zu unterscheiden, um zu vermeiden, dass biologische Erklärungen verwendet werden, wenn ihnen soziale Phänomene zugrunde liegen, und umgekehrt. So können ungerechtfertigte Verallgemeinerungen vermieden, geschlechter-bezogene Vorurteile und Stereotypisierungen erkannt und ggf. Maßnahmen zum Nachteilsausgleich ergriffen werden.

Krieger N (2001) A glossary for social epidemiology. *J. Epidemiol. Community Health* 2001;55: 693-700

Lasch V, Maschewsky-Schneider U, Sonntag U (2010) Health Inequalities and Gender – An Introduction. In: Lasch V, Sonntag U, Maschewsky-Schneider U (eds) *Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women*. kassel university press, Kassel: 5-14

Eichler M, Burke AM (2010) Beyond Gender Bias: A Methodological Approach for Analyzing Inequalities. In: Lasch V, Sonntag U Maschewsky-Schneider U (eds) *Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women*. kassel university press, Kassel: 31-43

MIGRATIONSHINTERGRUND

Migration (von ‚migrare‘ = wandern, auswandern, übersiedeln) hat das Statistische Bundesamt 2007 wie folgt definiert: Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen „ ... alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. Der Ausländeranteil an der Bevölkerung Deutschlands liegt seit vielen Jahren bei etwa 9%; dabei ist festzuhalten, dass deutsche Staatsangehörige mit Migrationserfahrung wie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sowie Eingebürgerte hier nicht mitgezählt sind. Da die bisher in Statistiken verwendete Kategorie der Staatsangehörigkeit immer weniger geeignet war, die Einwanderungsrealität der Bundesrepublik Deutschland angemessen abzubilden, wurde im Mikrozensus 2005 erstmals das Kriterium ‚Migrationshintergrund‘ für die amtliche Statistik definiert. Diese orientiert sich am Geburtsort und folgt dem Generationsprinzip, wobei einen Migrationshintergrund hat, wer selbst oder wessen Eltern (Vater oder Mutter) im Ausland geboren sind. 2012 betrug der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland 20%, bei Kindern unter 15 Jahren liegt er sogar bei 33%. Für die Forschung wird ein Mindestindikatorensatz empfohlen, der weitere Angaben zur Aufenthaltsdauer, zur Sprache und zum Aufenthaltsstatus enthält.

Die vorliegenden Erkenntnisse zum Gesundheitsstatus und zum Gesundheitsverhalten weisen bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zum Teil günstigere, zum Teil ungünstigere Befunde im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund auf. Erst eine differenzierte Betrachtung des Zusammenwirkens verschiedener Einflussfaktoren wie Herkunftsland, Sozialstatus, Einwanderergeneration und Geschlecht erlaubt es, spezifischen Risiken entgegenzuwirken und Gesundheitspotenziale zielgerecht zu fördern.

- Borde T, Blümel S (2010) Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter:
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-migrationshintergrund/>
- Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (9): 853-860
- Statistisches Bundesamt (2012) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1. Reihe 2.2. Online verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220127004.pdf?__blob=publicationFile

SOZIO-ÖKONOMISCHER STATUS (SES)

Der sozio-ökonomische Status beschreibt die individuelle Position in der Sozialstruktur bzw. auf der sozialen Stufenleiter. Er bringt damit Vor- bzw. Nachteilsbedingungen in Bezug auf die Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen zum Ausdruck. In Deutschland wird der sozio-ökonomische Status zumeist über die Bildung, die berufliche Stellung und das (bedarfsgewichtete) Haushaltsnettoeinkommen gemessen. In diesem Zusammenhang wird auch von den sozio-ökonomischen Ressourcen gesprochen, die entweder einzeln oder zu einem mehrdimensionalen Status-Index zusammengefasst betrachtet werden.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse sprechen in weitgehender Übereinstimmung dafür, dass Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status ein höheres Risiko für viele chronische Erkrankungen und Beschwerden haben als Personen mit höherem sozio-ökonomischen Status. Sozioökonomische Unterschiede zeigen sich zudem bei vielen gesundheitlichen Risikofaktoren, wie z. B. Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Die stärkere Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie diesen zugrundeliegenden Risikofaktoren schlägt sich letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und einer um 5 bis 10 Jahre geringeren mittleren Lebenserwartung bei Geburt nieder.

- Lampert T, Kroll S, von der Lippe et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsbl 56: 814-821

Mitglieder der UAG

Sprecher: Dr. Andreas Mielck, MPH / Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Koordination: Dr. PH Angela Fehr

Dr. PH Angela Fehr

gesundheitsziele.de / Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

Hansaring 43, 50670 Köln

E-Mail: a.fehr@gvg.org

Günter Hölling (Teilnahme an Telefonkonferenz)

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) / Gesundheitsladen Bielefeld e.V.

Breite Str. 8 , 33602 Bielefeld

E-Mail: gl-bielefeld@t-online.de

PD Dr. Thomas Lampert

Robert Koch-Institut, Leiter FG27 Gesundheitsberichterstattung

General-Pape-Str. 62-64, 12101 Berlin

E-Mail: LampertT@rki.de

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Ehemals: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin School of Public Health

Domstr. 31, 14482 Potsdam (privat)

E-Mail: ulrike.maschewsky-schneider@charite.de

Dr. Andreas Mielck, MPH

Helmholtz Zentrum München / Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen

Postfach 1129, 85758 Neuherberg

E-Mail: mielck@helmholtz-muenchen.de

Karin Niederbühl

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

E-Mail: karin.niederbuehl@vdek.com

Boris Orth, Dipl.-Psych.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Referat 2-25 / Forschung, Qualitätssicherung

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

E-Mail: boris.orth@bzga.de

Prof. Dr. Oliver Razum, MSc

AG3 Epidemiologie und International Public Health
Dekan, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Hajo Zeeb, MSc

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH
Abteilung Prävention und Evaluation
Achterstraße 30, 28359 Bremen
E-Mail: zeeb@bips.uni-bremen.de

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
Geschäftsstelle *gesundheitsziele.de*
Hansaring 43, 50670 Köln
Tel.: +49 (0)221 912867-28
Fax: +49 (0)221 912867-10
gesundheitsziele@gvg.org
www.gesundheitsziele.de

Stand: 12/2014