

Ungleichheit und Gesundheit

Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit

im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz



Gesundheitsförderung
Schweiz

Hanspeter Stamm und Markus Lamprecht

Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG • Zürich

info@LSSFB.ch

Mai 2009

Inhalt

1. Einleitung: Warum ist Ungleichheit ein Thema für die Gesundheitsförderung?	2
2. Was ist Ungleichheit und wie wirkt sie?	3
2.1. Vom Unterschied zur Ungleichheit	3
2.2. Ungleichheiten in der Gegenwartsgesellschaft	4
2.3. Wie wirkt Ungleichheit?	7
2.4. Wie wirkt Ungleichheit auf die Gesundheit?	11
3. Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz	13
3.1. Das Ausmass der Ungleichheit	13
3.2. Gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz	18
4. Was kann und soll die Gesundheitsförderung tun?	24
5. Zusammenfassung und Ausblick	28
Literaturhinweise	30
Anhang 1: Hinweise zum Ungleichheitsmodell von WHO und BAG	33
Anhang 2: Ausgewählte Schweizer Gesundheitsförderungsprojekte mit einem Bezug zur Ungleichheitsproblematik	34
Endnoten	37

1. Einleitung: Warum ist Ungleichheit ein Thema für die Gesundheitsförderung?

Männer leben in der Schweiz durchschnittlich rund fünf Jahre weniger lang (79 Jahre) als Frauen (84 Jahre). Wenn die Männer dazu noch das Pech haben, nur die Pflichtschule absolviert zu haben, reduziert sich ihre Lebenserwartung weiter: dreissigjährige Männer mit obligatorischer Schulbildung werden durchschnittlich etwas über 73 Jahre alt, Akademikerinnen im selben Alter dagegen etwas über 85 Jahre.¹ Der schweizerischen Gesundheitsbefragung lässt sich zudem entnehmen, dass Personen mit einem geringen Haushalteinkommen sich gesundheitlich eher schlechter fühlen, im Durchschnitt schwerer sind und mehr rauchen als Personen mit einem höheren Einkommen.² Und schliesslich zeigt die Studie "Sport Schweiz 2008", dass der Anteil der Nichtsportler/innen unter den Ausländer/innen sowie unter den Personen mit einem geringen Einkommen und einer geringen Schulbildung überdurchschnittlich ist (vgl. Kapitel 3).³

Die wenigen Beispiele zeigen: Bildung, Einkommen, Geschlecht und nationale Herkunft stehen in einem klaren Zusammenhang mit Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung. Dieser Befund ist zwar nicht neu, er wird in konkreten Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit aber häufig vergessen. Man hängt Plakate mit Informationen über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und neue Angebote auf, und glaubt, dass die Botschaften überall in gleichem Masse verstanden werden und auf dieselbe Bereitschaft treffen, das Verhalten zu ändern. Dem ist aber offenbar nicht so. Je nach sozialer Herkunft und gesellschaftlicher Position sind wir von unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken betroffen und verfügen über unterschiedliche Möglichkeiten, uns gesundheitsförderlich zu verhalten. Aus diesem Grunde ist es wichtig, bei der Planung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen immer auch den Aspekt der *sozialen Ungleichheit* im Auge zu behalten.

Kompliziert wird dieses Vorhaben allerdings durch die Tatsache, dass sich der allgemeine Begriff "soziale Ungleichheit" auf eine Vielzahl von verschiedenen Einflussfaktoren bezieht, die teilweise widersprüchlich auf unsere Gesundheit und unser Gesundheitsverhalten wirken. Oder anders formuliert: Es reicht nicht, den Blick nur auf Bildungs- oder Einkommensunterschiede zu richten. Vielmehr muss man sich fragen, wie genau diese Unterschiede wirken und ob vielleicht weitere Faktoren eine Rolle spielen, wenn man am Schluss feststellt, dass nicht alle Gesellschaftsmitglieder die gleichen Möglichkeiten haben, ein gesundes Leben zu führen.

Das vorliegende Dokument versucht, Ordnung in diese verschiedenen Zusammenhänge zu bringen, indem im folgenden Kapitel zunächst ganz allgemein gefragt wird, was soziale Ungleichheit ist und wie sie auf unsere Gesundheit wirkt (Kapitel 2). Daran anschliessend werden ausgewählte Resultate zum Ausmass der Ungleichheit und ihren Gesundheitswirkungen in der Schweiz präsentiert (Kapitel 3). Dies führt zu einem Blick auf konkrete Beispiele der Berücksichtigung der Ungleichheitsproblematik in der Gesundheitsförderung (Kapitel 4 und 5).

Der vorliegende Text versteht sich als knappe, praxisorientierte Einführung in die Ungleichheitsproblematik. In seiner Kürze kann er die Vielzahl von Originalbeiträgen und Lehrbüchern zum Thema selbstverständlich nicht ersetzen. Daher enthält das Literaturverzeichnis Hinweise auf lesenswerte weiterführende Titel.

2. Was ist Ungleichheit und wie wirkt sie?

2.1. Vom Unterschied zur Ungleichheit

Ein kurzer Blick zurück in die Geschichte der Menschheit zeigt, dass die Ungleichheit in den vergangenen Jahrtausenden ein ständiger Begleiter der gesellschaftlichen Entwicklung war. Es ist sehr schwierig, eine Epoche oder Gesellschaft zu finden, in der es nicht Mächtige und Machtlose, Reiche und Arme, Privilegierte und Benachteiligte gab. Zwar tauchten immer wieder Kritiker der Ungleichheit auf – man denke etwa an die Kritik an den Reichen im Neuen Testament, an Jean-Jacques Rousseau mit seiner Abhandlung über die Ungleichheit oder an Karl Marx mit seinem Glauben an eine klassenlose Gesellschaft – und die französische Revolution hob erstmals die "Gleichheit" auf den Schild einer Volksbewegung. Dennoch bleibt unsere Gesellschaft weiterhin durch eine Vielzahl von Ungleichheiten geprägt.

Neben den besonders offensichtlichen Macht-, Einkommens- und Vermögensunterschieden existieren viele weitere Ungleichheiten: Zu erwähnen sind etwa ungleiche Startbedingungen von Kindern je nach der sozialen Stellung ihrer Eltern (soziale Herkunft), die erstaunlich resistenten Vorstellungen über ungleiche Fähigkeiten der Geschlechter oder verschiedener Nationalitäten, die zu einer Ungleichbehandlung im Alltag führen, sowie Unterschiede bezüglich des Berufs und der Bildung, die unseren Alltag und unsere Lebensbedingungen massgeblich beeinflussen.

Nicht jeder in unserem Zusammenleben beobachtbare Unterschied ist gleichzeitig eine Ungleichheit. Damit Unterschiede zu Ungleichheiten werden, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein, die in Abbildung 2.1 grafisch veranschaulicht sind⁴:

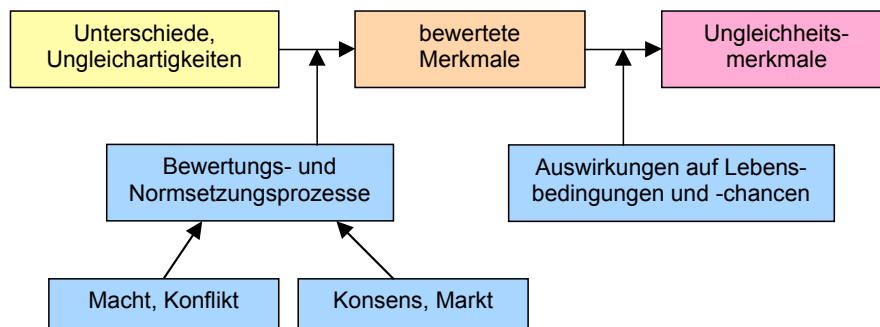
- *Erstens* müssen die Unterschiede von einer Bevölkerungsmehrheit als relevant wahrgenommen und bewertet werden. Das heisst: Die Unterschiede müssen sich nach den Kriterien "mehr" oder "weniger" bzw. "besser" oder "schlechter" anordnen lassen. Wie Abbildung 2.1 zeigt, können solche gesellschaftlich verbindlichen Bewertungen sowohl durch Konsens als auch durch Machtanwendung durchgesetzt werden. Der erstere Fall wäre dann gegeben, wenn eine Mehrheit der Bevölkerung glaubt, dass es seine Richtigkeit hat, wenn gut ausgebildete Spezialist/innen mehr verdienen als ungelernete Arbeiter/innen, der zweite Fall dann, wenn die Spezialist/innen durch Berufsorganisationen etc. selbst dafür sorgen, dass ihre Privilegien nicht angetastet werden.
- Bewertete Unterschiede (orange in Abbildung 2.1) müssen sich *zweitens* auf unsere Lebensbedingungen und unsere Handlungsmöglichkeiten auswirken. Dass etwas als "besser" oder "schlechter" gilt, wird mit anderen Worten also erst dann bedeutsam, wenn sich tatsächlich Auswirkungen in unserem Leben beobachten lassen. Bewertete und relevante Unterschiede werden so zu Ungleichheiten (rot in Abbildung 2.1).

Diese Punkte können an zwei Beispielen erläutert werden. Bildung ist in unserer Gesellschaft zweifellos ein hoch geschätztes und positiv bewertetes Gut. Eine höhere Schulbildung gilt als erstrebenswert und kann dem Inhaber neben Prestige – indem man ihn beispielsweise um seine Meinung fragt oder mit Frau Doktor anspricht – Privilegien im Sinne von Einkommen und guten Beziehungen verschaffen. Bildung wirkt aber nicht nur über den Beruf und das Einkommen auf unsere Lebensbedingungen, sondern auch viel subtiler. Personen mit einer höheren Schulbildung sind in der Regel besser in der Lage, komplexe Informationen (z.B. die Packungszettel von Medikamenten) zu verstehen, und sie können sich besser ausdrücken, was das Alltagsleben erleichtern kann. Bildung wird mit anderen Worten also nicht nur positiv bewertet, sondern beeinflusst unser Leben in verschiedenerelei Hinsicht.

Ein Gegenbeispiel wäre die Haarfarbe. Zwar äussern viele Männer und Frauen in der Schweiz ihre Vorliebe für "blonde" oder "dunkelhaarige" Partner/innen. Aber solche Vorlieben haben individuellen

Charakter und drücken keinen gesellschaftlichen Konsens über die Überlegenheit der Merkmale "blond" oder "dunkelhaarig" aus. Entsprechend wirkt sich die Haarfarbe kaum auf den „Rest des Lebens“ aus. Das Beispiel zeigt aber, dass sich die Bewertung von Unterschieden über die Zeit ändern kann und dass kulturelle Unterschiede in den Bewertungen existieren. So ist es einerseits noch nicht lange her, dass in der Schweiz rothaarige Kinder stigmatisiert wurden, und in verschiedenen Ländern gelten blonde Frauen als besonders schön, was ihnen auch bessere Chancen auf dem Partner- oder Arbeitsmarkt eröffnet. Selbst in diesen Kontexten dürfte die Haarfarbe aber kein besonders wichtiges Merkmal sein, denn über das Bleichen und Färben von Haaren lässt sich einiges korrigieren.

Abbildung 2.1: Vom Unterschied zur Ungleichheit



Unterschiede müssen also gesellschaftlich bewertet werden und einen erheblichen Einfluss auf unser Leben haben, damit sie als „Ungleichheiten“ gelten. Damit stellen sich nun aber zwei Anschlussfragen, die in den folgenden Abschnitten diskutiert werden sollen:

1. Welche Unterschiede werden durch Bewertungsprozesse und ihre Auswirkungen in unserer Gesellschaft zu relevanten Ungleichheiten? Es geht hier mit anderen Worten also darum, wesentliche Ungleichheiten von weniger wichtigen (wie etwa der Haarfarbe) abzugrenzen.
2. Wie beeinflussen die verschiedenen Ungleichheiten unser Leben konkret? Es ist ja keineswegs so, dass eine höhere Bildung automatisch zu einem "glücklicheren Leben" führt. Vielmehr muss gefragt werden, wie genau sich Bildung und andere Ungleichheiten auswirken.

2.2. Ungleichheiten in der Gegenwartsgesellschaft

Wenden wir uns zunächst der ersten Frage nach den relevanten Ungleichheiten in unserer Gesellschaft zu. In der Literatur wird eine Vielzahl von Ungleichheitsmerkmalen beschrieben⁵, von denen die folgenden immer wieder genannt werden.

- *Bildung*: Bildung hat in verschiedenerlei Hinsicht einen wichtigen Einfluss auf unser Leben: Sie eröffnet uns Berufs- und Verdienstchancen, entscheidet darüber, wie gut wir Informationen verstehen und versorgt uns ganz allgemein mit Wissen über (lebenswichtige) Zusammenhänge. Bildung wird in der Ungleichheitsdiskussion in aller Regel mit formaler Bildung gleichgesetzt, also einer Art von Bildung, die sich durch Zeugnisse, Schulabschlüsse und Diplome messen lässt. Neuerdings wird jedoch zunehmend auch die Rolle der (beruflichen) Weiterbildung diskutiert und auf die informelle Bildung verwiesen, die im täglichen Austausch mit Bekannten, Kolleg/innen und Mitgliedern der Peer Group erworben und weitergegeben wird.
- *Beruf*: Hinter dem Merkmal "Beruf" steckt genau genommen eine ganze Reihe verschiedener Ungleichheiten, so etwa die berufliche Tätigkeit und der Berufstitel, die berufliche Stellung

(Vorgesetzte und Untergebene), das Berufsprestige (Ansehen des Berufs) oder der Erwerbs- und Arbeitsmarktstatus (Art und Umfang der Erwerbstätigkeit). In seinen verschiedenen Facetten beeinflusst der Beruf unsere Einkommensmöglichkeiten, unsere sozialen Netzwerke, unsere Lebensbedingungen und unsere "Weltsicht". Zudem sind mit unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten verschiedene gesundheitliche Risiken verknüpft.

Kritische Stimmen bemängeln in diesem Zusammenhang manchmal, dass das Merkmal "Beruf" einseitig auf die Erwerbstätigkeit verengt werde. Grundsätzlich lässt sich der Beruf aber durchaus durch ehrenamtliche Tätigkeiten (z.B. als Trainer/in in einem Sportverein oder Fahrer/in in einer sozialen Organisation) und die Hausarbeit ergänzen, denn auch solche Tätigkeiten sind Ausdruck von Ungleichheit und können zu ungleichen Lebensbedingungen führen. So haben beispielsweise Hausfrauen und -männer ein nicht zu unterschätzendes, spezifisches "Berufsunfallrisiko" und können unter erheblichem Stress leiden.

- *Einkommen*: Der Soziologe Volker Borschier⁶ hat das Einkommen einmal als "Generalnenner der Schichtung" bezeichnet und damit die Beobachtung auf den Punkt gebracht, dass vieles in unserer Gesellschaft auf das Einkommen hinzielt und von diesem abhängt: Bildung wird mit Blick auf eine berufliche Karriere erworben, die neben Ansehen vor allem ein ausreichendes Einkommen abwerfen soll, das seinerseits dann die Wahl- und Handlungsmöglichkeiten in verschiedenen Lebensbereichen mit beeinflusst. Dabei gilt: Je höher mein Einkommen, desto grösser mein Handlungsspielraum auf dem Wohnungs-, Freizeit- und Gesundheitsmarkt. Selbstverständlich lässt sich unser Leben nicht auf Geld und Einkommen reduzieren, aber die Abwandlung eines geflügelten Wortes bringt die Wichtigkeit des Einkommens in unserer Gesellschaft gut auf den Punkt: "Geld allein macht nicht glücklich – aber es hilft."
- *Vermögen*: Vermögen – seien es Obligationen, Sparbücher, Kunstschatze, Häuser oder Fabriken – hat ähnliche Auswirkungen wie das Einkommen, indem es Sicherheit und Handlungsmöglichkeiten schafft. Vermögen ist aber häufig nicht einfach gespartes persönliches Einkommen. Vermögen wird häufig vererbt und verfestigt damit Privilegien über mehrere Generationen hinweg. Im Gegensatz zum Einkommen, das sich häufig unter Bezugnahme auf einen anspruchsvollen Beruf, besondere Fähigkeiten oder Qualifikationen rechtfertigen lässt, ist in vielen Fällen die Eigenschaft "Tochter" oder "Sohn" die einzige Voraussetzung, um zum grossen Vermögensbesitzer zu werden. Das Vermögen hat also im Gegensatz zu den anderen bereits erwähnten Ungleichheiten eine starke „zugeschriebene“, nicht veränderbare Komponente.
- *Soziale Herkunft*: Ähnlich wie ein Grossteil des Vermögens wird einem die soziale Herkunft buchstäblich "in die Wiege gelegt" und lässt sich nicht verändern, wobei der familiäre Hintergrund unseren weiteren Lebensweg entscheidend mitprägt. Höher gebildete und materiell besser gestellte Eltern können ihre schulpflichtigen Kinder beispielsweise besser bei den Aufgaben unterstützen und ihnen notfalls Nachhilfeunterricht "kaufen". Zudem verfügen unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen über je spezifische Beziehungsnetze, die sich je unterschiedlich auf dem Berufs- und Heiratsmarkt nutzen lassen, und schliesslich lernen Kinder von ihren Eltern "schichtspezifische" Werte und Verhaltensweisen, die sich im späteren Leben nicht einfach ablegen lassen.

Bildung, Beruf, Einkommen, Vermögen und soziale Herkunft umschreiben die "klassischen Merkmale" der Ungleichheitsforschung, wie sie seit der Mitte des 19. Jahrhunderts gepflegt wird. Während Karl Marx Macht- und Vermögensunterschiede sowie Herkunftseffekte ins Zentrum seiner Klassentheorie rückte, konzentrierte sich die Schichttheorie des 20. Jahrhunderts auf den Dreiklang Bildung, Beruf und Einkommen. In der empirischen Forschung der vergangenen Jahrzehnte wurde jedoch immer wieder deutlich, dass weitere Merkmale Anspruch auf den Titel "relevante Ungleichheiten"

haben. Interessanterweise wurden diese zusätzlichen Merkmale aber erst in jüngerer Zeit systematisch thematisiert und unter dem Titel "neue" oder "horizontale" Ungleichheiten in die Ungleichheitsforschung eingebaut. Zu erwähnen sind hier insbesondere:

- *Lebensalter*: Das Lebensalter begründet Ungleichheit in verschiedenerlei Hinsicht. In unserer Gesellschaft wird mindestens zwischen den drei Lebensphasen Kindheit/Jugend, Aktiv-/Familienphase und Ruhestand unterschieden, die mit sehr unterschiedlichen Rechten, Pflichten und Rollenvorstellungen einhergehen. Aber auch innerhalb der drei grossen Lebensphasen bewirkt das Alter Ungleichheit, etwa dann, wenn der Lohn automatisch mit steigendem Lebensalter wächst oder wenn die Versicherungsprämien an das Alter gekoppelt werden.
- *Geschlecht*: Dass das Geschlecht unsere Lebenschancen beeinflusst, ist zwar offensichtlich, es bedurfte aber der Emanzipationsbewegung und der feministischen Forschung, damit diese eindeutigen Sachverhalte in den Kreis der zentralen Ungleichheitsmerkmale aufgenommen wurden. Mit dem Geschlecht sind spezifische Zuschreibungen, Rollenvorstellungen und Entfaltungsmöglichkeiten verbunden, die in der Forschung unter dem Begriff "Gender" (in Absetzung vom biologischen "Sex") diskutiert werden und sich in der Schweiz selbst Jahre nach der Einführung der Gleichstellungsgesetzgebung als erstaunlich resistent erweisen. Damit erweist sich die Bezeichnung "horizontale Ungleichheit" als euphemistisch, denn der Geschlechterunterschied hat in unserer Gesellschaft nach wie vor eine starke vertikale Komponente in dem Sinne, dass Männer in verschiedenerlei Hinsicht deutlich besser gestellt sind. Aufgrund der Bedeutung des Geschlechts wird dieses in einem gesonderten Grundlagendokument ausführlich thematisiert.⁷
- *Migrationshintergrund*: Ähnliches gilt für den Migrationshintergrund, der die Lebenschancen in erheblichem Masse mitprägt. Hinter dem Einfluss des Migrationshintergrunds stehen teilweise Herkunfts- und Bildungseffekte – etwa dann, wenn Migrant/innen aus tiefen Bildungsschichten stammen und Probleme haben, sich in der Kultur und Sprache des Gastlandes zurechtzufinden. Zusätzlich existiert aber eine Reihe von sehr direkten Auswirkungen des Migrationshintergrundes aufgrund fehlender (politischer) Mitwirkungsrechte oder Diskriminierungen wegen Vorurteilen gegenüber gewissen Hautfarben oder Nationalitäten. Da der Migrationshintergrund in der Schweiz gerade mit Bezug zur Gesundheit von erheblicher Bedeutung ist, wird er in einem eigenen Grundlagendokument ausführlich diskutiert.⁸

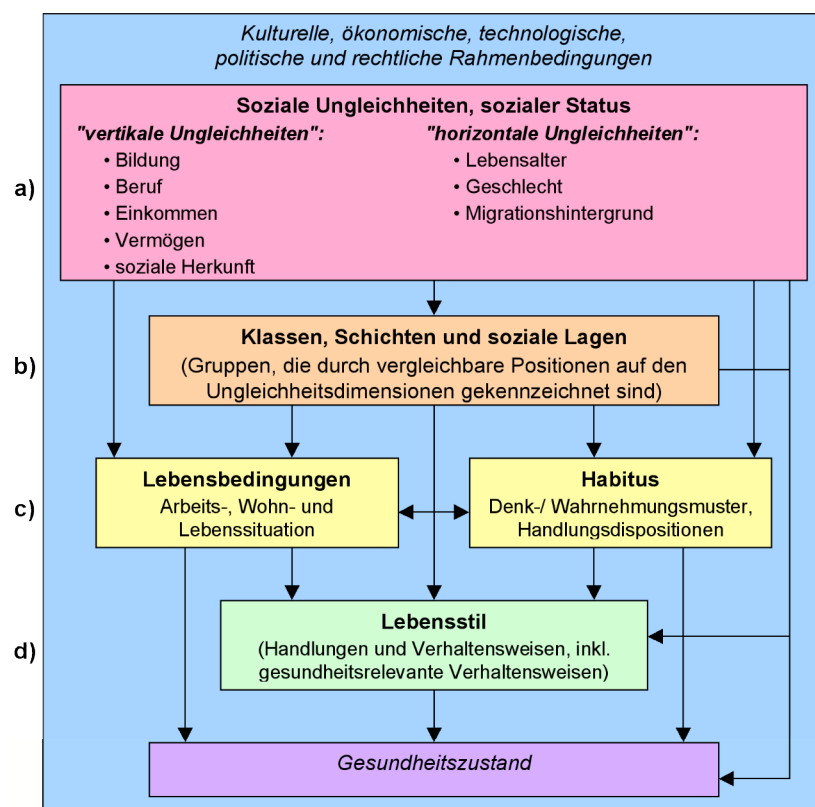
Die Übersicht über verschiedene Ungleichheitsmerkmale ist selbstverständlich nicht abschliessend. Insbesondere bei den "horizontalen" oder "neuen Ungleichheiten" wird in der Literatur auf eine Reihe weiterer Merkmale wie etwa den Familienstand, die Betroffenheit von verschiedenen Risiken, die regionale Herkunft (Stadt-Land-Konflikt, Sprachregionen etc.) oder körperliche und geistige Behinderungen hingewiesen. Im Interesse einer einfachen Einführung beschränken wir uns an dieser Stelle jedoch auf die erwähnten Merkmale.

In diesem Zusammenhang ist der Vollständigkeit halber überdies darauf hinzuweisen, dass sich unsere Diskussion von relevanten Ungleichheitsmerkmalen und ihren Auswirkungen explizit auf die Situation in der Schweiz bezieht, die zwar Ähnlichkeit mit derjenigen in anderen hochentwickelten Ländern aufweist, sich aber erheblich von den Verhältnissen in vielen Ländern der dritten Welt unterscheidet. Das bedeutet, dass in anderen Ländern auch andere Listen mit Ungleichheitsmerkmalen erstellt werden müssten: Im einen Land mag die soziale Herkunft von ausschlaggebender Bedeutung sein (Stichwort: Kastenwesen), während in anderen Ländern die Religionszugehörigkeit oder der Beruf des Vaters (Stichwort: Zunftwesen) von grösserer Bedeutung ist als in der Schweiz. Diese Tatsache ist in Abbildung 2.2 weiter unten mit dem Verweis auf die *kulturellen, ökonomischen, technologischen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen* festgehalten (vgl. auch Anhang 1).

2.3. Wie wirkt Ungleichheit?

Eine klare Antwort auf die Frage "Wie wirkt sich Ungleichheit auf unser Leben und unsere Gesundheit aus?" ist auch bei der Beschränkung auf die Schweiz und die vorgestellten acht Ungleichheitsmerkmale schwierig. Das Problem lässt sich an einem Beispiel illustrieren. Stellen wir uns eine Doktorin der Philosophie vor, die keine Arbeit in ihrem Fachgebiet gefunden hat und daher in der Nacht Büros reinigt. Vom hohen Bildungsstand her wären eigentlich positive Auswirkungen auf die Lebensbedingungen und die Gesundheit der Philosophin zu erwarten, denn es ist anzunehmen, dass die Philosophin über eine vergleichsweise hohe Gesundheitskompetenz verfügt. Unter idealen Bedingungen würden diese positiven Wirkungen noch durch eine risikoarme und gut bezahlte Stellung als Professorin an einer Hochschule verstärkt. In unserem Beispiel können das verhältnismässig geringe Einkommen und der eher ungesunde und belastende Beruf (Nachtarbeit, Belastung durch Staub und die Dämpfe von Reinigungsmitteln, Unsicherheit auf dem Arbeitsweg etc.) die positiven Bildungseffekte aufwiegen. Nehmen wir nun zusätzlich an, dass die Frau aus Südeuropa stammt, so dürfte sie als Ausländerin unter anderem auch grössere Schwierigkeiten haben, eine bezahlbare und gemütliche Wohnung zu finden, während die Nachtarbeit die Integration in die Gemeinde anderer Migrant/innen erschwert.

Abbildung 2.2: Ein Modell des Zusammenhangs von Ungleichheit, Lebensstil/Gesundheitshandeln und Gesundheit



Quelle: Lamprecht et al. (2007)

Das Beispiel verweist auf verschiedene Arten von Ungleichheitseffekten, die bei der Beurteilung einer Situation berücksichtigt werden müssen und die in Abbildung 2.2 schematisch festgehalten sind (vgl. auch Anhang 1).⁹ Die Pfeile in der Abbildung zeigen, dass die im vorangehenden Abschnitt diskutierten Ungleichheiten (a) nur teilweise direkt auf unsere Gesundheit wirken, sondern dass sie

auch vermittelt über „Klassen, Schichten und soziale Lagen“ (b), konkrete Lebensbedingungen und den „Habitus“ (c) sowie über den Lebensstil (d) Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Die verschiedenen Ebenen im Modell sind dabei ihrerseits miteinander verknüpft, was zu komplizierten Wechselwirkungen führen kann. Wie man sich diese Wirkungen vorstellen kann und was mit den verschiedenen Begriffen in Abbildung 2.2 gemeint ist, soll im folgenden kurz ausgeführt werden.

- a) (Direkte) Effekte einzelner Ungleichheiten: Von einem einzigen Ungleichheitsmerkmal können unterschiedliche Wirkungen ausgehen. Wie bereits weiter oben erwähnt, kann beispielsweise angenommen werden, dass eine höhere Schulbildung die Gesundheitskompetenz verbessert. Hinter dem Begriff der Gesundheitskompetenz stehen jedoch unterschiedliche Wirkungen, die von allgemeinem Wissen über den Zusammenhang zwischen eigenem Handeln und Gesundheit über den kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen bis hin zu besseren Möglichkeiten reichen, sich kritisch mit Fachpersonen des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen. Jenseits der Gesundheitskompetenz lässt sich überdies zeigen, dass ein längerer Verbleib im Bildungssystem tendenziell einen positiven Einfluss auf verschiedene Dimensionen des Gesundheitsverhaltens hat. So treiben höher gebildete Personen durchschnittlich mehr Sport als Personen, die das Schulsystem schon nach Ablauf der obligatorischen Schulzeit verlassen haben (vgl. Kapitel 3).

Während bei der Bildung die verschiedenen Effekte zumindest alle in dieselbe Richtung deuten, ist es beim Beruf etwas schwieriger. So dürfte beispielsweise eine Managementposition in einem Grossunternehmen mit höherem Stress einhergehen, gleichzeitig sind die Berufsunfallrisiken von Manager/innen jedoch eher geringer als bei Handwerker/innen. Hier wären also differenzierte Aussagen über spezifische Arbeitskontexte zu machen, auf die weiter unten und in Kapitel 3 noch einmal zurückzukommen sein wird.

- b) Zusammenwirken verschiedener Ungleichheiten: Wie das Beispiel mit der Philosophin zeigt, wirken die einzelnen Ungleichheiten nicht isoliert, sondern gemeinsam mit anderen Ungleichheiten. Diese gemeinsame Wirkung wird in der Ungleichheitsdiskussion häufig durch Begriffe wie „Klassen-, Schicht- oder Lageeffekte“ umschrieben, wobei angenommen wird, dass es Gruppen von Personen gibt, die wegen vergleichbarer Merkmale in dieselbe Klasse, Schicht oder Lage fallen und daher von ähnlichen Ungleichheitseffekten betroffen sind.

Die Ungleichheitsforschung der vergangenen Jahre hat jedoch gezeigt, dass die eindeutige Identifikation von "privilegierten" und "unterprivilegierten" Individuen und Gruppen in unserer Gesellschaft sehr schwer ist und dass daher keine einfachen Aussagen zu ihrem Lebensstil und ihrer Gesundheit möglich sind. Im Gegensatz zu den alten Klassen- und Schichtvorstellungen (siehe Abbildung 2.3 weiter unten), die noch von einer eindeutigen Verknüpfung verschiedener Ungleichheitsmerkmale im Sinne von "hohe Bildung führt zu hohem Berufsprestige und einer gehobenen Berufsstellung, die mit hohem Einkommen einhergehen" ausgingen, sind andere Verknüpfungsmuster heute durchaus an der Tagesordnung. In unserem Beispiel werden beispielsweise positive Bildungseffekte durch einen belastenden Beruf aufgewogen. Man braucht jedoch nicht einmal Extrembeispiele wie dasjenige der Philosophin zu bemühen. Vielmehr genügt in der Regel ein Blick auf den eigenen Bekanntenkreis: Da gibt es Frauen, die trotz identischer Tätigkeit weniger verdienen als ihre männlichen Kollegen, Teilzeitangestellte, die trotz eines angesehenen Berufs relativ wenig verdienen, und Personen, die sich von einer kaufmännischen Lehre mit Beharrlichkeit an die Spitze eines Unternehmens hochgearbeitet haben.

Diese Beobachtungen sind mit ein Grund dafür, weshalb Ungleichheitsforscher/innen heute nicht mehr gerne von Klassen und Schichten sprechen: Die Vorstellung, dass unsere Gesellschaft wie eine Schwarzwäldertorte mit mehreren, klar voneinander getrennten Schichten aufgebaut ist, scheint ganz einfach nicht mehr der Realität zu entsprechen. Ein Querschnitt durch die Gegen-

wartsgesellschaft würde wohl eher einem Marmorkuchen entsprechen: Verschiedene Gruppen fließen ineinander, wobei es häufig nicht so einfach ist anzugeben, welcher Gruppe es nun besser oder schlechter geht. Diesem Umstand tragen neue Begriffe wie "soziale Lage" oder "Milieu" Rechnung, die eine realitätsnähere Bestimmung moderner Ungleichheitsstrukturen anstreben (vgl. Abbildung 2.3).

Abbildung 2.3: Klassen, Schichten, Lagen, Milieus: Begriffsverwirrungen in der Ungleichheitsdiskussion

Die Ungleichheitsforschung zeichnet sich durch eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle und Begriffe aus, mit denen das Zusammenspiel verschiedener Ungleichheitsmerkmale beschrieben und erklärt wird. Die wichtigsten sollen an dieser Stelle kurz vorgestellt werden:

- Klasse: Karl Marx hat bereits im 19. Jahrhundert den Begriff der "Klassengesellschaft" geprägt, um damit auf den Umstand hinzuweisen, dass sich die Gesellschaft nach Massgabe der Eigentums- und Machtverhältnisse in klar voneinander getrennte Gruppen (Klassen) aufteilt. Auch heute ist der Klassenbegriff noch gebräuchlich, verweist er doch auf kaum überbrückbare Differenzen und Konflikte zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen.
- Schicht: Der Schichtbegriff ist seit der Mitte des 20. Jahrhunderts populär. In seiner ursprünglichen Version grenzt sich der Schichtbegriff klar vom Klassenbegriff ab, indem Schichten auf der Grundlage von mindestens drei Merkmalen – Bildung, Beruf und Einkommen – bestimmt werden, wobei es den Gesellschaftsmitgliedern durchaus möglich ist, zwischen den Schichten auf- und abzustiegen (Mobilität). Damit orientiert sich der Schichtbegriff stärker als der Klassenbegriff an individuellen Leistungen und Möglichkeiten. Allerdings wird der Schichtbegriff heute von vielen Forscher/innen nicht mehr oder nur unter Vorbehalten verwendet, weil er ihrer Meinung nach der komplizierten gesellschaftlichen Realität nicht gerecht wird.

Einen interessanten Spezialfall stellt in diesem Zusammenhang die Klassenvorstellung von Pierre Bourdieu¹⁰ dar: Auf der Grundlagen der Menge an kulturellem (soziale Herkunft, Bildung), ökonomischem (Einkommen, Vermögen) und sozialem Kapital (Beziehungen) werden Gruppen gebildet, die Ähnlichkeit mit "Schichten" aufweisen. Bourdieu interpretiert die Gruppen jedoch klassentheoretisch in dem Sinne, dass er nur bedingt an Mobilität zwischen den Gruppen glaubt.

- Soziale Lage: Dem Einwand, konventionelle Klassen- und Schichtansätze seien zu einfach, trägt die seit den 1980er Jahren geführte Diskussion um soziale Lagen Rechnung. In die Bestimmung sozialer Lagen gehen verschiedene Merkmale ein (vgl. Abbildung 2.2), wobei nicht angenommen wird, dass die so gebildeten Gruppen klar voneinander getrennt sind oder sich unversöhnlich gegenüberstehen. Wie weiter oben erwähnt, gleicht die Gesellschaftsvorstellung des Lagenansatzes eher einem „Marmorkuchen“, in dem verschiedenen Lagen ineinander fließen, als das vom Schichtansatz favorisierte Modell einer klar geschichteten Schwarzwälder- oder Hochzeitstorte.
- Milieu: Ähnlich wie soziale Lagen werden auch Milieus auf der Grundlage einer Vielzahl unterschiedlicher (Ungleichheits)merkmale bestimmt. Ein wesentlicher Unterschied zu den oben erwähnten Begriffen besteht darin, dass Milieus in der Regel nicht nur durch objektive Lagen, sondern auch durch subjektive gefühlte Zugehörigkeiten und Werthaltungen charakterisiert sind. Es wird dann eben beispielsweise von "traditionell orientierten" oder eher "modernen" Milieus gesprochen.

Um den Unterschied zwischen Milieus und anderen Ungleichheitsbegriffen zu klären, reicht ein Blick auf Abbildung 2.2: Während sich die Klassen, Schichten und soziale Lagen auf die „objektiven Ungleichheiten“ im oberen Teil der Abbildung beschränken, werden bei den Milieus die vermittelnden Ebenen der Lebensbedingungen und des Habitus direkt bei der Bestimmung unterschiedlicher Gruppen mitberücksichtigt. Dies führt zu einer höheren Komplexität der entsprechenden Modelle.

Weitere Hinweise zu den begrifflichen Unterschieden finden sich bei Burzan (2004) und Stamm et al. (2003).

- c) Lebensbedingungen und Habitus als vermittelnde Ebenen: Verschärft werden die Probleme widersprüchlicher und sich verstärkender oder aufhebender Effekte noch dadurch, dass die meisten Ungleichheiten bzw. die darauf aufbauenden Klassen, Schichten und Lagen nur sehr begrenzt

direkt auf unser Leben und unsere Gesundheit wirken, sondern vermittelt über konkrete Handlungssituationen und Lebensbedingungen. Oder anders formuliert: Eine hohe Bildung und ein hohes Einkommen machen uns nicht automatisch gesünder, sondern erst, wenn die Bildung und das Einkommen im Alltag auch gesundheitsförderlich eingesetzt werden, wenn wir Gesundheitsinformationen also tatsächlich kritisch zur Kenntnis nehmen und unsere Möglichkeiten nutzen.

Wie Abbildung 2.2 verdeutlicht, sind mindestens zwei wichtige vermittelnde Ebenen zwischen der Ungleichheit und konkreten Verhaltensweisen mitzubedenken.

- Lebensbedingungen: Unsere Position im Ungleichheitsgefüge bestimmt unsere konkreten Lebensbedingungen wesentlich mit. Bildung, Beruf, Einkommen, Geschlecht und Migrationshintergrund hängen mit den konkreten Arbeitsbedingungen und -belastungen, der Wohnsituation, den sozialen Beziehungsnetzen und ganz allgemein unserer Lebenssituation zusammen. Solche konkreten Lebensbedingungen können Ungleichheitseffekte verstärken (etwa durch belastende Arbeitsbedingungen) oder kompensieren (z.B. wenn man im Freundeskreis einen verständnisvollen und erholsamen Ausgleich zum Arbeitsstress findet).
- Habitus: Der französische Soziologe Pierre Bourdieu erwähnt den "Habitus" als wichtige vermittelnde Ebene zwischen Sozialstruktur und Handeln. Gemeint sind subjektive Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen, die durch unsere soziale Herkunft und Lage geprägt sind und unsere Weltsicht und unsere Handlungspräferenzen beeinflussen. Der Habitus führt dazu, dass Menschen aus unterschiedlichen sozialen Lagen Situationen unterschiedlich wahrnehmen und unterschiedliche Handlungsentscheidungen fällen. Um auch hier ein Beispiel zu nennen: Eine Person, die in ihrer Kindheit und Jugend gelernt hat, dass ihr körperliche Bewegung gut tut, wird auf das Angebot der Krankenversicherung, einen Teil des Fitnesscenterbeitrags zu übernehmen, eher positiver reagieren als eine Person, die mit Sport nur negative Erinnerungen verbindet.¹¹

d) Lebensstil: Wie dem unteren Teil von Abbildung 2.3 zu entnehmen ist, führen auch vorteilhafte Lebensbedingungen und ein "gesundheitsfreundlicher" Habitus nur teilweise direkt zu einer guten Gesundheit. Es ist zwar nicht von der Hand zu weisen, dass belastende Arbeitsbedingungen oder eine problematische Wohnsituation krank machen können, doch gerade in der Gesundheitsförderung sind mehr oder weniger bewusst gewählte Verhaltensweisen ebenfalls von erheblicher Bedeutung. Aus diesem Grund enthält Abbildung 2.2 ein zusätzliches Kästchen mit dem Titel "Lebensstil", zu dem unsere alltäglichen Handlungs- und Verhaltensweisen gehören. Elemente des Lebensstils, die durch die soziale Ungleichheit mitbestimmt werden, wären mit Bezug zur Gesundheit etwa die Fragen, ob man raucht, Sport treibt, genügend schläft etc.

Die vielen Verbindungen zwischen den verschiedenen Ebenen des Modells in Abbildung 2.2 sowie die Beispiele und Kommentare im Text machen deutlich, dass es schwierig ist, eindeutige Aussagen zu den Gesundheitswirkungen von sozialer Ungleichheit zu machen. Daraus aber zu schließen, dass sich kein Effekt der sozialen Ungleichheit auf die Gesundheit nachweisen lässt, wäre falsch. Das Gegenteil ist der Fall: In den vergangenen Jahrzehnten sind viele Studien entstanden, die den Zusammenhang zwischen Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheit zweifelsfrei belegen und auch für die Gesundheitsförderung von Bedeutung sind.

2.4. Wie wirkt Ungleichheit auf die Gesundheit?

Da ein Überblick über die relevanten Studien zum Zusammenhang zwischen Ungleichheit und Gesundheit den Rahmen des vorliegenden Dokuments sprengen würde, beschränken wir uns an dieser Stelle auf zwei zusammenfassende Bemerkungen, die im folgenden Kapitel (Abschnitt 3.2) dann um einige zusätzliche Resultate aus der Schweiz ergänzt werden.

- a) In Anlehnung an verschiedene Forschungsüberblicke¹² können folgende allgemeinen Aussagen zum Zusammenhang von Ungleichheit und Gesundheit formuliert werden. Verschiedene Studien zur *Mortalität* zeigen zunächst, dass Personen aus tieferen sozialen Lagen eine kürzere Lebenserwartung aufweisen als Personen aus höheren Lagen. Das heisst: Die Sterblichkeit von Personen ohne Matura, von Personen mit tieferem Berufsstatus oder aus den unteren Einkommensgruppen ist höher als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Ähnliches gilt für die *Morbidität*. Die Chance, einen Herzinfarkt zu erleiden, an gewissen Arten von Krebs zu erkranken oder an psychischen Störungen zu leiden, sowie eine kritische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands sind bei Personen mit einem tieferen sozialen Status höher als bei Personen mit einem höheren Bildungs-, Berufs- oder Einkommensstatus. Die gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich im übrigen bereits bei den Kindern und Jugendlichen. Real-schüler/innen leiden häufiger an Kopfweg als Gymnasiast/innen, und Kinder von Eltern mit tieferer Schulbildung haben häufiger Probleme mit ihren Zähnen als Kinder von Eltern mit höherer Schulbildung.

Verschiedenen Studien zeigen zudem einen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem *Gesundheitsverhalten* sowie verschiedenen Risikofaktoren wie etwa Rauchen, Übergewicht, Gesamt-Cholesterin, Bluthochdruck, Mundhygiene sowie Ernährung.¹³ Bei allen diesen Faktoren zeichnen sich Personen mit einem höheren sozialen Status durch ein gesünderes Verhalten aus.

Zusammenfassend lässt sich mit Bezug zu Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand festhalten, dass ein tieferer sozioökonomischer Status in der Regel einhergeht mit...

- ... höherem Tabakkonsum,
- ... ungesünderen Ernährungsgewohnheiten,
- ... schlechterer Körperhygiene,
- ... mehr Bewegungsmangel,
- ... weniger sozialer Unterstützung,
- ... geringem Gesundheitswissen,
- ... geringerer Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsangeboten,
- ... mehr Stress,
- ... mehr Übergewicht,
- ... vermehrtem Bluthochdruck sowie
- ... erhöhtem Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (mehr Herz-Kreislauf- und Stoffwechselkrankheiten sowie bestimmten Krebskrankheiten).¹⁴

- b) Auch mit Bezug zur Gesundheit gilt, dass sich die Effekte verschiedener Ungleichheitsdimensionen und Ebenen überlagern, gegenseitig verstärken oder neutralisieren können. Denken wir noch einmal zurück an die Philosophin aus einem südosteuropäischen Land, die mangels Alternativen Büros reinigt: Der grundsätzlich positive Effekt ihres hohen Bildungsstandes kann durch eine belastende und eher schlecht bezahlte Tätigkeit kompensiert werden. Zusätzlich können ihre durch die kulturelle und soziale Herkunft geprägten Handlungspräferenzen sowie ihre konkrete Lebenssituation eine Auswirkung darauf haben, mit welchen konkreten Verhaltensweisen und Strategien sie auf diese Situation reagieren kann und will.

Kontrastieren wir diesen zugegebenermassen extremen Fall mit einer Philosophin aus Deutschland, die einen Ruf an eine Schweizer Universität erhält, so wird deutlich, bei wem die Vorteile liegen: Die Professorin ist zwar ebenfalls "Frau" und "Migrantin", sie hat aber kaum Sprachprobleme, wird sich aufgrund der kulturellen Nähe von Herkunfts- und Gastland gut in ihrer neuen Umgebung zurechtfinden, dürfte schnell mit ihren gut integrierten Arbeitskolleg/innen in Kontakt kommen und verfügt über ein gutes Einkommen – alles Faktoren, die sich letzten Endes positiv auf ihre Lebensbedingungen und ihre Gesundheit auswirken dürften.

Zwischen diesen beiden Extremen der Professorin und der glücklosen Philosophin sind nun viele weitere Schicksale denkbar, die je spezifische Vor- und Nachteile aufweisen. Der italienische Gastarbeiter im Tessin spricht zumindest die Sprache der dortigen Bevölkerung, findet in seinem Umfeld möglicherweise Personen aus seiner Herkunftsregion vor, die schon länger in der Schweiz sind und ihn daher unterstützen können, dürfte aber über einen vergleichsweise geringen Bildungsgrad und ein tiefes Einkommen verfügen. Der indische Computerspezialist in Zürich kann dagegen seine Sprachprobleme und kulturelle Differenzen möglicherweise über seine Arbeitskollegen und seine privilegierten Einkommens- und Berufsverhältnisse kompensieren, wird in seinem Wohnquartier aber wohl über Jahre von vielen fälschlicherweise als "der Tamile" wahrgenommen, dem man mit einer Mischung aus Zurückhaltung und Respektlosigkeit begegnet.

Diese Beispiele illustrieren die Wirkungsweise des weiter oben vorgestellten Ungleichheitsmodells: Jeder einzelne Ungleichheitsfaktor hat zwar eine gewisse Grundrichtung mit Bezug zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten, doch ihr konkretes Zusammenwirken führt zu einer Vielzahl von Lebensbedingungen, deren Wirkungen sich nicht a priori festlegen lassen. Dies ist auch der Grund, weshalb es falsch wäre, nur eines der verschiedenen Merkmale aus dem Modell herauszupflücken und isoliert zu betrachten. Die Migrant/innen sind ebensowenig eine homogene Gruppe wie die Personen mit einer geringen Bildung oder einem geringen Einkommen, und die Tatsache, dass jemand einen manuellen Beruf ausführt, heisst noch nicht zwingend, dass seine gesundheitlichen Risiken grösser sind als diejenigen von Büroangestellten.

Im folgenden Abschnitt wird aufgezeigt, dass die Schweiz nicht nur durch ein erhebliches Mass an Ungleichheit charakterisiert ist, sondern dass auch deutliche Zusammenhänge zwischen Ungleichheit und Gesundheit existieren, welche von Interventionen der Gesundheitsförderung beachtet werden müssen.

3. Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz

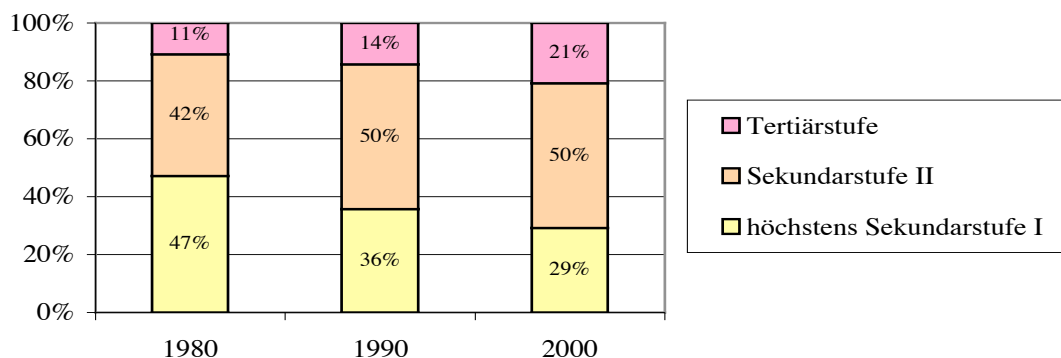
3.1. Das Ausmass der Ungleichheit

Die Schweiz ist in verschiedenerlei Hinsicht ein beneidenswertes Land: Gemessen am materiellen Lebensstandard gehört sie zu den reichsten Ländern der Welt, ihre Bürger/innen geniessen ein hohes Mass an bürgerlichen und politischen Freiheiten und ein gut ausgebautes Gesundheitswesen, und das Leben verläuft in vergleichsweise sicheren Bahnen sowohl, was die Kriminalität als auch, was die soziale Sicherung betrifft. Trotz dieser im internationalen Vergleich durchaus vorteilhaften Situation ist die Schweiz durch verschiedene Ungleichheiten charakterisiert. Einige Befunde zu den in Abschnitt 2.2 eingeführten Ungleichheitsdimensionen sollen dies verdeutlichen:

- Bildung: In der Schweiz ist es den Jugendlichen und ihren Eltern selbst überlassen, wie sie ihre Bildungskarriere nach dem Ablauf der obligatorischen Schulzeit fortsetzen möchten. Eine Mehrheit der Bevölkerung nutzt das weiterführende Bildungsangebot, indem sie eine Berufslehre absolviert oder eine Maturitätsschule und anschliessend möglicherweise eine (Fach)hochschule besucht.

In den vergangenen Jahrzehnten wurde das Bildungssystem in der Schweiz ausgebaut und die Bildungsmöglichkeiten haben sich für breite Bevölkerungskreise verbessert. Abbildung 3.1 zeigt, dass der Anteil der 25-jährigen und älteren Bevölkerung, der höchstens die obligatorische Schulbildung abgeschlossen hat (Sekundarstufe I), zwischen 1980 und 2000 von 47 auf 29 Prozent zurückgegangen ist, während sich der Anteil der Personen mit einem Hochschuldiplom fast verdoppelt hat (von 11 auf 21%). Das Bundesamt für Statistik schätzt, dass die *Bildungsexpansion* auch in Zukunft anhalten und der Anteil der 25- bis 64-jährigen Schweizer/innen mit einem Abschluss auf der Tertiärstufe bis 2050 auf 44 bis 51 Prozent ansteigen wird.¹⁵ Dagegen dürfte der Anteil der Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung auf vier bis fünf Prozent fallen. Trotzdem wird Bildung ein ungleich verteiltes Gut bleiben, denn in dem Masse, wie die Hochschulbildung ausgebaut wird, werden dort auch neue Stufen eingebaut (Bachelor, Master, Doktorat, Nachdiplomstudien). Das heisst: Die Ungleichheit verschiebt sich gleichsam auf ein höheres Niveau.

Abbildung 3.1: 25-jährige und ältere Wohnbevölkerung der Schweiz nach Bildungsniveau (in %), 1980–2000

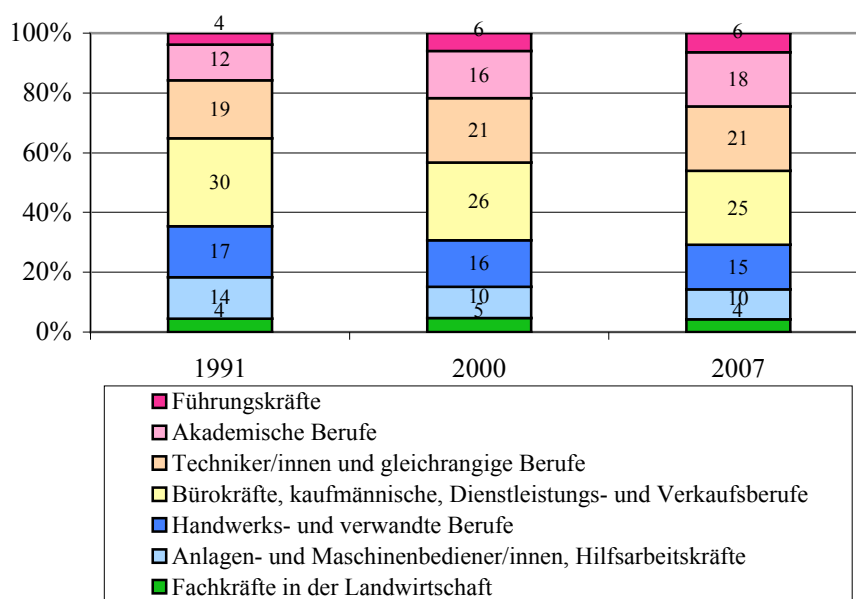


Quelle: Volkszählungen des BFS (BFS 2005a, Stamm und Lamprecht 2008)

- Beruf: Das System der beruflichen Tätigkeiten ist in den vergangenen Jahrzehnten immer komplizierter geworden. Dies zeigt nicht zuletzt ein Blick auf das Gesundheitswesen: Die Krankenschwester, der Krankenpfleger und der Arzt sind durch eine ständig wachsende Zahl von Spezialisten/innen ersetzt worden, um den Anforderungen eines hochkomplexen Gesundheitssystems besser gerecht zu werden. Da einfache, manuelle Tätigkeiten aber nicht einfach verschwinden, gehen mit der zunehmenden Berufsdifferenzierung häufig steilere Hierarchien und grössere Ein-

kommensdifferenzen einher. Zwar sind keine gesicherten Aussagen über eine zunehmende Hierarchisierung der Arbeit in der Schweiz möglich, doch gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) ist der Anteil der Führungskräfte im engeren Sinne an allen Erwerbstätigen zwischen 1991 und 2007 von knapp vier auf über sechs Prozent gestiegen, während der Anteil der Personen mit einer Vorgesetztenfunktion im selben Zeitraum von 30 auf 36 Prozent anwuchs. Abbildung 3.2 lässt sich überdies entnehmen, dass über die Zeit die akademischen und technischen Berufe auf Kosten der kaufmännischen und Dienstleistungsberufe, des Handwerks und weniger qualifizierter Tätigkeiten an Bedeutung gewonnen haben.

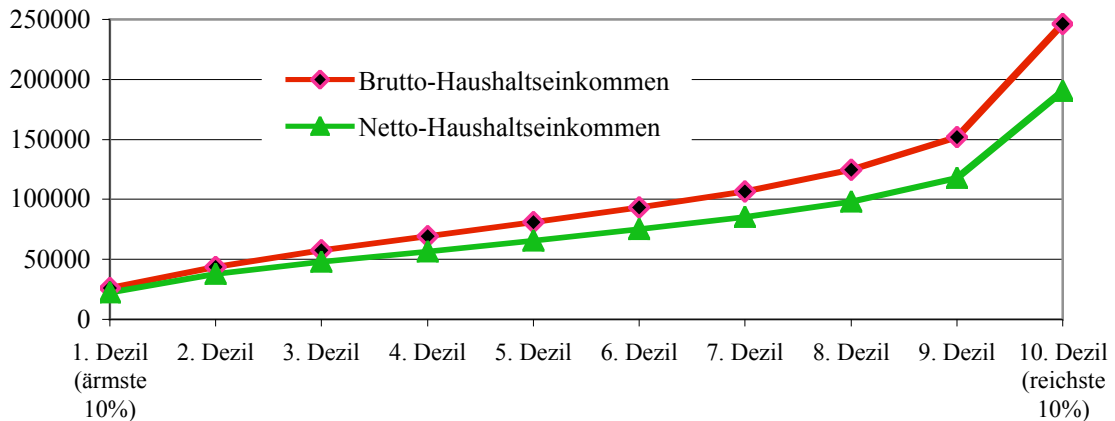
Abbildung 3.2: Anteil verschiedener Berufsgruppen an den Erwerbstätigen, 1991-2007



Quelle: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des BFS (Basis: Tabellen von der Website des BFS unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/data/03.html>)

- **Einkommen:** Deutlicher als bei der Bildung und beim Beruf tritt die Ungleichheit in der Schweiz beim Einkommen zutage. Selbst wenn man von den in der Presse breit diskutierten Extrembeispielen von jährlich zweistelligen Millionenbezügen in den Chefetagen einiger Schweizer Grossunternehmen absieht und sich auf die "Durchschnittsbevölkerung" beschränkt, sind die Unterschiede ausgeprägt. Nimmt man die Bruttohaushaltseinkommen als Basis der Betrachtung – das heisst: die gesamten Einkommen aller Mitglieder eines gegebenen Haushalts vor den Steuer- und anderen Abgaben (rote Linie in Abbildung 3.3) – so kamen die ärmsten zehn Prozent der Haushalte in der Schweiz 2005 auf ein Jahreseinkommen von rund CHF 26'000.-, während die entsprechende Zahl bei den reichsten zehn Prozent mit CHF 246'000.- knapp das Zehnfache betrug.¹⁶ Die reichsten zwei Prozent der Haushalte kamen gar auf ein Jahreseinkommen von rund CHF 421'000.-. Selbst wenn statt der Brutto- die Netto-Einkommen – das heisst: die Einkommen nach Abzug von Steuer- und anderen Transferleistungen (grüne Linie in Abbildung 3.3) – betrachtet werden, bleiben die Einkommensunterschiede substantiell: Die durchschnittlichen Einkommen der am besten verdienenden zehn Prozent der Haushalte sind mir rund CHF 190'000.- pro Jahr noch über achtmal höher als diejenigen der ärmsten zehn Prozent (rund CHF 22'000.-). Entgegen einer häufig geäusserten Einschätzung hat sich die Einkommensungleichheit während der vergangenen Jahre zwar nicht dramatisch verschärft, doch über vier Prozent der Erwerbstätigen gelten hierzulande als sogenannte „Working Poor“, die trotz einer Vollzeitstelle kein ausreichendes Einkommen erzielen.¹⁷

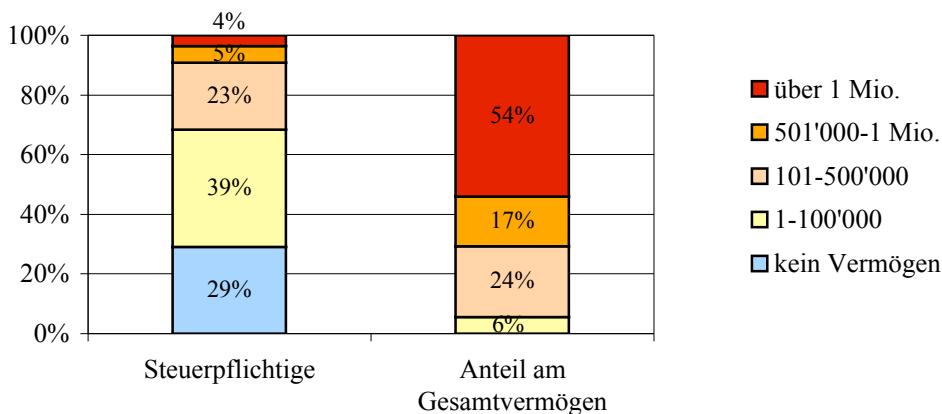
Abbildung 3.3: Verteilung der Haushaltseinkommen in der Schweiz, 2005



Quelle: Eigene Auswertung von Schweizer Haushaltspanel (SHP) und CH-SILC, 2005 (Stamm et al. 2007)

- Vermögen: Noch ungleicher als die Einkommen sind in der Schweiz die Vermögen verteilt, wie ein Blick auf die in Abbildung 3.4 dargestellten Daten der Eidgenössischen Steuerverwaltung zeigt: Im Jahr 2003 versteuerten 29% aller Steuerpflichtigen in der Schweiz überhaupt kein Vermögen, und knapp 40 Prozent konnten auf maximal CHF 100'000.- zurückgreifen. Auf der anderen Seite der Vermögenspyramide versteuern weniger als vier Prozent aller Steuerpflichtigen Vermögen von einer Million und mehr Franken, was über der Hälfte aller Privatvermögen entspricht.¹⁸ Selbst wenn zuverlässige Vergleichsdaten fehlen, dürften diese Vermögensunterschiede im internationalen Vergleich sehr erheblich sein.

Abbildung 3.4: Steuerpflichtige in verschiedenen Vermögenskategorien und Anteil ihrer Vermögen am Gesamtvermögen, 2003

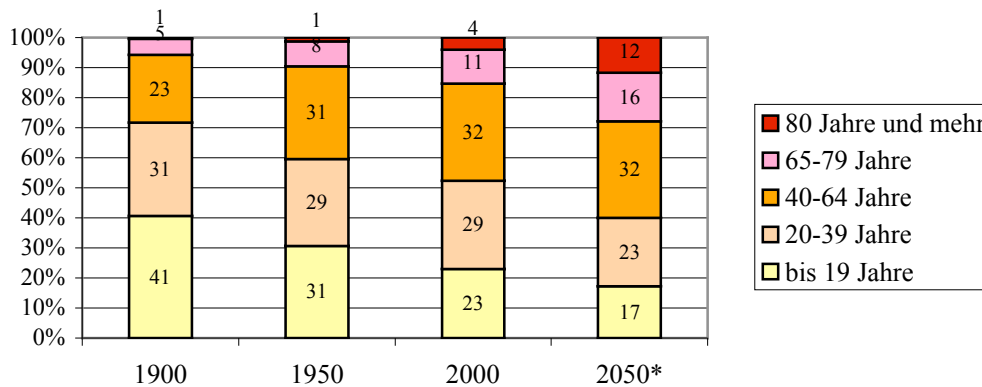


Quelle: ESTV (2006, S. 14).

- Soziale Herkunft: Die Ungleichheit bezüglich Bildung, Beruf, Einkommen und Vermögen widerspiegelt sich in der sozialen Herkunft. Die Folgen sind vor allem für den Zusammenhang zwischen Herkunft und Bildung gut dokumentiert: Trotz der oben erwähnten Bildungsexpansion sind die Chancen von Kindern aus Akademikerhaushalten, selbst einen Hochschulabschluss zu erreichen, rund fünfmal besser als diejenigen von Kindern, deren Eltern eine Lehre abgeschlossen haben.¹⁹ Da sich überdies zeigen lässt, dass der Schulabschluss die berufliche Karriere und damit das Einkommen beeinflusst, hinterlässt dieser Herkunftseffekt deutliche Spuren im späteren Leben.

- Lebensalter: Die Ungleichheitseffekte des Lebensalters sind weniger einfach zu fassen als diejenigen von Bildung, Beruf, Einkommen und Vermögen. Schon weiter oben wurde darauf hingewiesen, dass es einige einschneidende, durch das Alter bestimmte Lebensereignisse wie die Volljährigkeit oder das Pensionsalter gibt, die auch zu spezifischen Ungleichheiten führen (politische Partizipation, Steuerpflicht, Rechtsansprüche gegenüber der Altersversicherung). Gerade der Übergang von der aktiven zur Ruhestandsphase ist mit einer Reihe von ökonomischen Veränderungen verbunden. Während die Haushaltseinkommen im Verlaufe des Lebens tendenziell ansteigen, gehen sie ab der Pensionierung eher zurück. Selbst wenn nur noch ein kleiner Teil der Schweizer Rentner/innen von Altersarmut betroffen ist, darf dieser Effekt nicht vergessen werden – dies umso mehr, als der Anteil der Rentner/innen in der Schweiz laufend wächst. War im Jahr 1950 gemäss Abbildung 3.5 erst knapp ein Zehntel der Schweizer Bevölkerung 65-jährig oder älter, ist dieser Anteil bis zum Jahr 2000 auf 15 Prozent angestiegen und dürfte sich im Jahr 2050 gemäss einer Schätzung des BFS gar auf knapp 30 Prozent belaufen.

Abbildung 3.5: Altersstruktur der Schweizer Wohnbevölkerung, 1900-2050

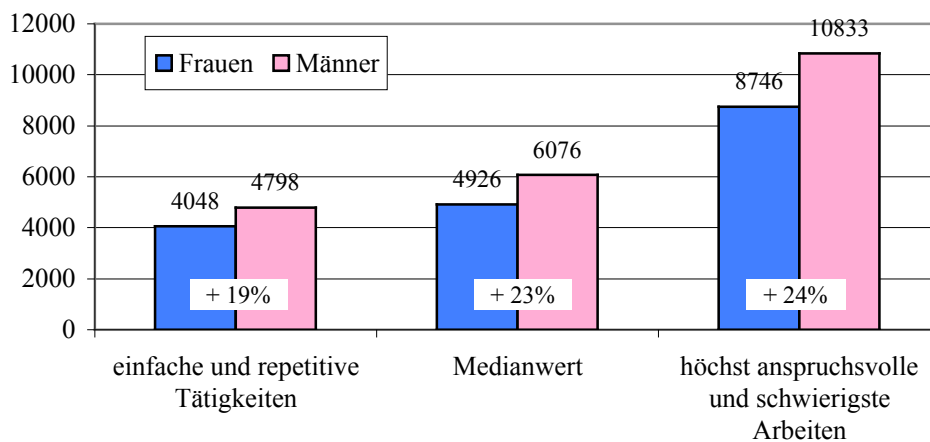


* mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung gemäss BFS (2007)

Quelle: Bundesamt für Statistik (2007) sowie die Tabellen unter:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand.html>

Abbildung 3.6: Monatlicher Bruttolohn von vollzeit erwerbstätigen Männern und Frauen nach unterschiedlichen Tätigkeiten, 2006



Quelle: Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2006 (BFS 2008a, vgl. auch BFS 2008b)

- **Geschlecht:** Die Gleichstellung der Geschlechter hat in der Schweiz während der vergangenen Jahrzehnte grosse Fortschritte gemacht. Dies zeigt sich etwa daran, dass sich mittlerweile kaum mehr Geschlechterdifferenzen bezüglich der Bildungschancen von Mädchen und Knaben nachweisen lassen und dass sich der Zugang zur Erwerbstätigkeit für die Frauen geöffnet hat. Gerade auf dem Arbeitsmarkt bleiben jedoch verschiedene Ungleichheiten bestehen. Es existieren nach wie vor Frauen- und Männerberufe, und die Löhne der Frauen in der Schweiz liegen, wie Abbildung 3.6 zeigt, im Durchschnitt nach wie vor rund ein Viertel unter denjenigen der Männer. Detaillierte Hinweise auf die Geschlechterungleichheit in der Schweiz finden sich im Grundlagendokument „Gender“.²⁰
- **Migrationshintergrund:** Wie die oben aufgeführten Beispiele und das Grundlagendokument „Migration“ zeigen, müssen die Auswirkungen des Migrationshintergrundes differenziert untersucht werden. Einer eher unterprivilegierten Migrationsbevölkerung aus Süd- und Osteuropa sowie verschiedenen Drittweltländern steht eine eher überprivilegierte Gruppe von Personen aus Mittel- und Nordeuropa sowie den angelsächsischen Ländern gegenüber.²¹ Der Verweis auf die länderspezifische Herkunft greift jedoch zu kurz, da die Migrant/innen keine homogene Gruppe darstellen: Der spanische Spitzenmanager mag sich in der schweizerischen Gesellschaft durchaus besser zurecht finden als die Krankenpflegerin aus Österreich. Eine besondere Rolle spielen in der Schweiz überdies die sogenannten *Secondos*, das heisst Ausländer/innen, die in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind. Analysen der Volkszählung 2000 haben gezeigt, dass diese Gruppe im Schweizer Bildungssystem tendenziell sogar erfolgreicher ist als schweizerische Kinder.²²

Die kleine Übersicht zeigt, dass Ungleichheit in der Schweiz verbreitet ist. Teilerfolge in der Bildungs-, Gleichstellungs- und Integrationspolitik stehen dabei relativ konstante Einkommens- und tendenziell wachsende Vermögensungleichheiten gegenüber.

Dem in Abschnitt 2.3 eingeführten Modell zufolge wirken die verschiedenen Ungleichheiten nicht isoliert, sondern verdichten sich zu „sozialen Lagen“, die dann ihrerseits einen Einfluss auf die konkreten Lebensbedingungen und den Habitus haben und schliesslich zu einem spezifischen Lebensstil führen. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die verschiedenen Verknüpfungen im Modell mit Daten zu illustrieren. Verschiedene Untersuchungen zeigen jedoch, dass diese Zusammenhänge existieren und bedeutsam sind. So lässt sich etwa zeigen, dass in der Schweiz systematische Verknüpfungen zwischen Bildungsstand, Beruf und Einkommen existieren, die aber nicht mehr zu klar voneinander abgesetzten Schichten sondern zu komplexen sozialen Lagen führen, die nach Massgabe von Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund weiter modifiziert werden.²³ Solche komplexen Zusammenhänge zeigen sich auch bezüglich des Lebensstils, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheit, die im folgenden Abschnitt kurz untersucht werden sollen.

3.2. Gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz

In der Schweiz existieren verschiedene Untersuchungen, welche den Zusammenhang zwischen Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheit belegen. Aus Platzgründen beschränken wir uns an dieser Stelle auf einige knappe Illustrationen.

a) Gesundheitskompetenz

Die Forschung zur Gesundheitskompetenz und zum Gesundheitswissen steckt in der Schweiz noch in ihren Kinderschuhen. Die erste umfassende Gesundheitskompetenzstudie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich aus dem Jahr 2006 zeigt einen klaren Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Bildungsstand auf. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang der Befund, dass rund ein Viertel der Bevölkerung die Gesundheitsinformationen in den Medien als "schwer verständlich" einschätzt.²⁴

b) Gesundheitsverhalten

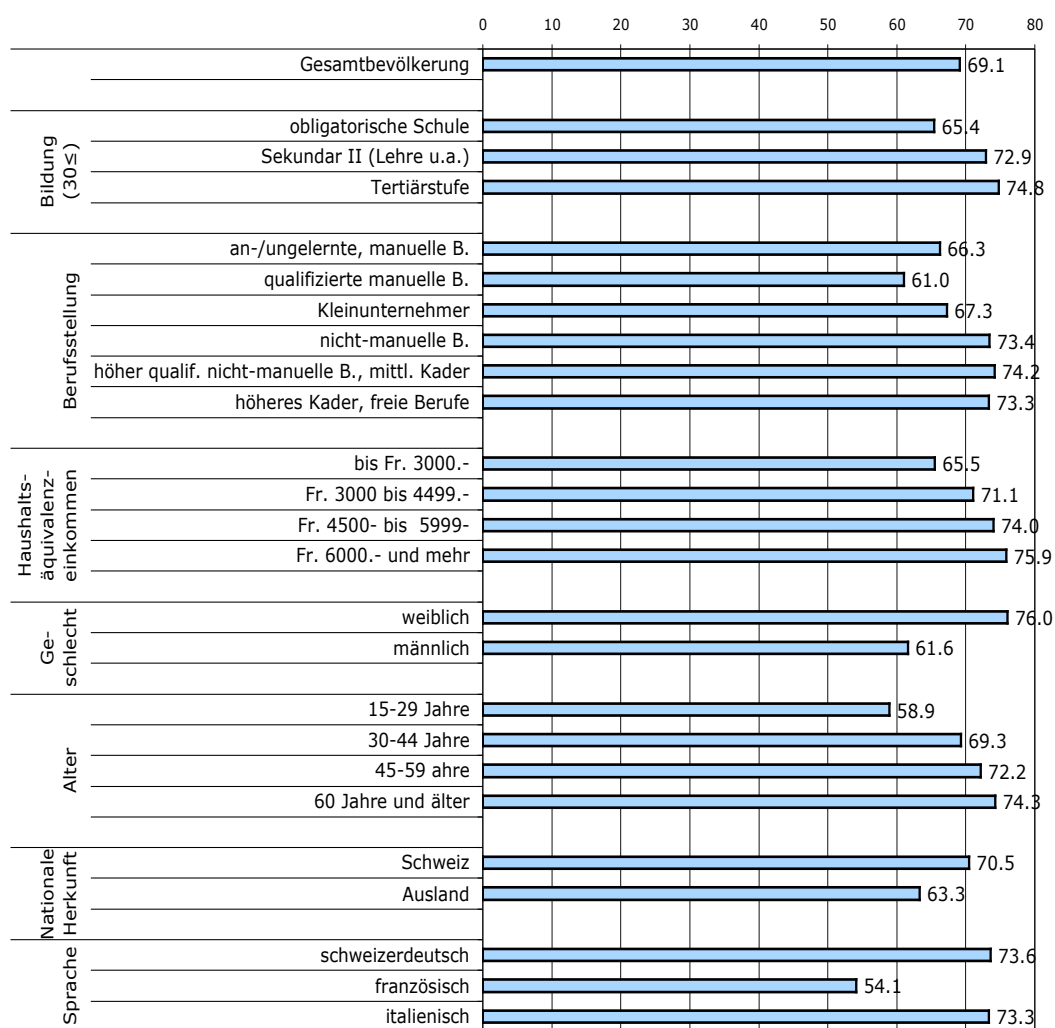
Gut dokumentiert ist der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und verschiedenen Aspekten des Gesundheits- und Risikoverhaltens. Die Zusammenhänge in der Schweiz folgen dabei im wesentlichen dem in Abschnitt 2.4 skizzierten Muster: Ein höherer sozialer Status und bessere Lebensbedingungen gehen in der Regel einher mit einem gesundheitsbewussteren Lebensstil.²⁵ Diese Zusammenhänge sollen an dieser Stelle an zwei Beispielen illustriert werden.

Das *erste Beispiel* ist an der Schnittstelle zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten angesiedelt und bezieht sich auf das Ernährungsbewusstsein. In der Gesundheitsbefragung 2002 (SGB 2002) des Bundesamtes für Statistik (BFS) wurde einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Wohnbevölkerung unter anderem die einfache Frage vorgelegt, ob man bei seiner Ernährung "auf etwas achte" oder ob man "auf nichts achte". Abbildung 3.7 zeigt den prozentuellen Anteil derjenigen Personen, die angeben, "auf etwas zu achten", wobei die Angaben nach verschiedenen Ungleichheitsmerkmalen gegliedert wurden.

Insgesamt geben knapp 70 Prozent der Befragten an, bei ihrer Ernährung auf etwas zu achten. Dieser Anteil variiert jedoch zwischen knapp 54 Prozent in der Westschweiz bzw. 59 Prozent bei der jüngsten dargestellten Altersgruppe und 76 Prozent bei den Frauen und den Personen mit einem hohen Haushaltseinkommen. Bei der Bildung lässt sich feststellen, dass die Unterschiede zwischen der tiefsten und der mittleren Gruppe am ausgeprägtesten sind, während sich das Ernährungsbewusstsein der mittleren und der höchsten Gruppe nur geringfügig unterscheidet. Bei den Berufen findet sich gar ein Verlauf, bei dem die Gruppe der an- und ungelerten manuellen Arbeiter/innen über ein etwas höheres Ernährungsbewusstsein verfügt als diejenige der gelernten manuellen Arbeiter/innen. Dagegen unterscheiden sich die drei nicht-manuellen Gruppen kaum.

Beim Einkommen findet sich ein ähnlicher Effekt wie bei der Bildung: Das Ernährungsbewusstsein nimmt mit steigendem Einkommen zwar zu, aber die Zunahme ist in den tieferen Einkommensgruppen grösser als in den höheren. Ähnliches gilt für das Alter, während sich sowohl beim Geschlecht als auch bei der Nationalität recht klare Unterschiede zeigen. Erstaunlich ist schliesslich das deutlich geringere Ernährungsbewusstsein in der französischen Schweiz, das wohl auf spezifische kulturelle Präferenzen zurückgeführt werden muss. Das Beispiel zeigt damit, dass sich nach Massgabe von Merkmalen der sozialen Ungleichheit substantielle Unterschiede im Ernährungsbewusstsein finden.

Abbildung 3.7.: Soziale Unterschiede im Ernährungsbewusstsein, SGB 2002



Hinweise: Antworten auf die Frage: „Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?“ Fallzahlen je nach Merkmal zwischen 16'827 (Bildung, nur Personen ab 30 Jahren) und 19'690 (Geschlecht, Alter); die Prozentangaben basieren auf den gewichteten Daten der SGB 2002.

Quelle: Eigene Auswertung der SGB 2002

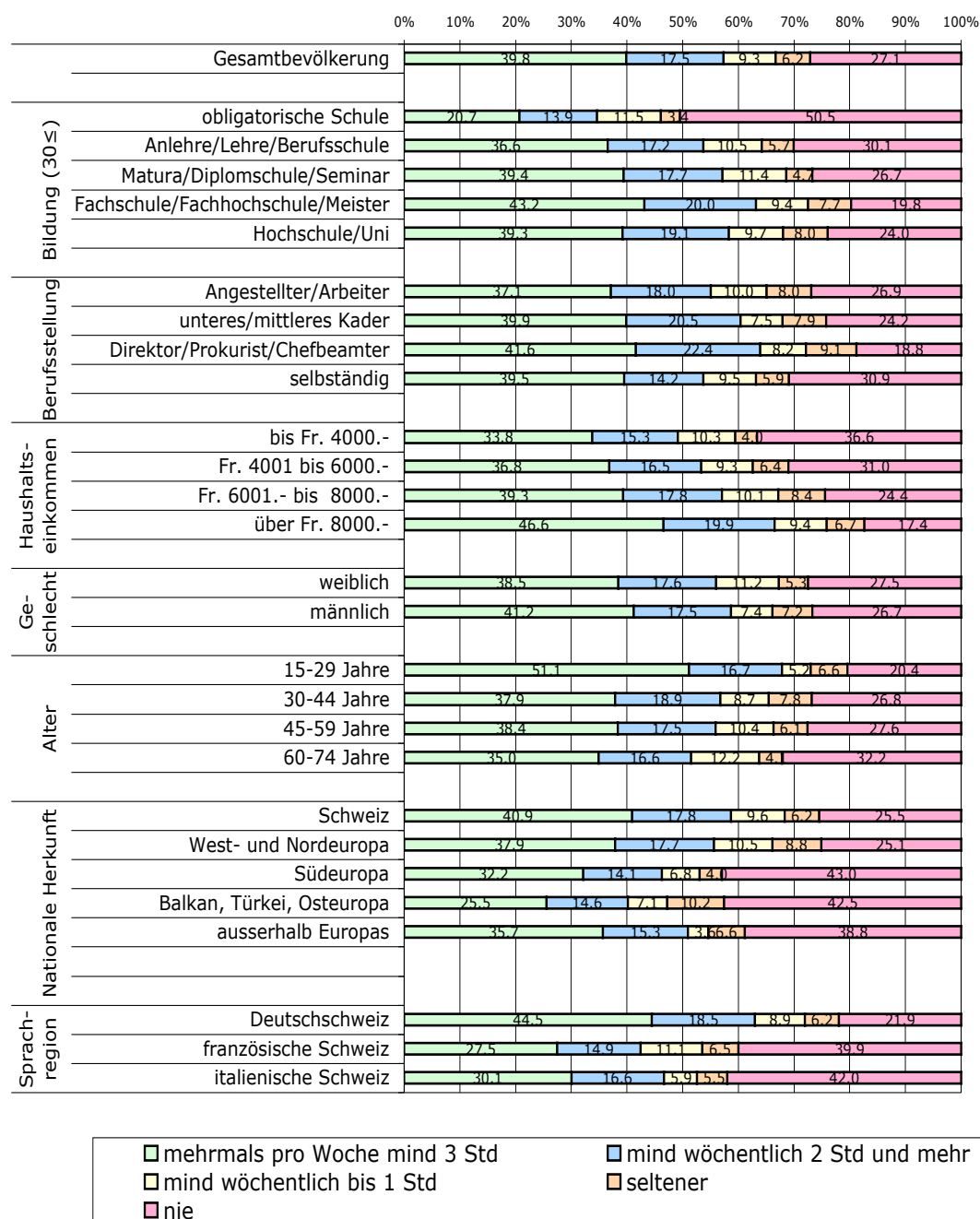
Unterschiede zeigen sich auch bei der körperlichen Bewegung und der sportlichen Aktivität, die als wichtige Elemente eines gesundheitsbewussten Lebensstils gelten und Gegenstand unseres *zweiten Beispiels* sind. Zur körperlichen Aktivität finden sich Angaben in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002,²⁶ doch beschränken wir uns an dieser Stelle auf die sportliche Aktivität im engeren Sinne, zu der aktuelle Daten aus der Studie Sport Schweiz 2008 vorliegen.²⁷ Abbildung 3.8 gibt einen Überblick über den Zusammenhang zwischen verschiedenen Aspekten der sozialen Ungleichheit und dem Ausmass der sportlichen Aktivität. Aus dem oberen Teil der Abbildung geht zunächst hervor, dass – ähnlich wie in der Gesundheitsbefragung – rund zwei Fünftel der Bevölkerung mehrmals pro Woche Sport treiben, während etwas über ein Viertel keinerlei sportliche Aktivitäten ausübt.

Zwischen verschiedenen Gruppen sind die Unterschiede im Aktivitätsniveau stellenweise erheblich. So zeigt sich ein ausgeprägter Bildungseffekt, wobei der Zusammenhang aber nicht streng linear in dem Sinne ist, dass das Ausmass der Aktivität mit steigendem Bildungsniveau proportional zunimmt. Stattdessen gibt es einen sehr deutlichen Unterschied zwischen Personen, die ihre Bildungskarriere nach der obligatorischen Schule beendet haben, und denjenigen, die eine (An)lehre gemacht haben.

Auf den weiteren Bildungsstufen nimmt die Aktivität noch einmal leicht zu, wobei jedoch die Univer-
sitätsabgänger wieder etwas weniger aktiv sind als die Fach(hoch)schulabsolvent/innen.

Ähnliches lässt sich bei der beruflichen Stellung feststellen, wobei hier insbesondere der hohe Anteil
an Inaktiven unter den Selbständigen auffällt, der wohl nicht zuletzt eine Folge der starken zeitlichen
Belastung im Berufsleben ist. Die Zunahme der Aktivität bezogen auf das Einkommen ist dagegen
klar linear: Je höher das Haushaltseinkommen, desto höher der Anteil der (regelmässig) Aktiven.

Abbildung 3.8.: Zusammenhang zwischen verschiedenen Dimensionen der sozialen Ungleichheit
und Sportaktivität, 2007



Hinweis: Das Ausmass der Sportaktivität wurde auf der Grundlage verschiedener Angaben zur Häufigkeit und
zur Dauer sportlicher Aktivitäten bestimmt.

Quelle: Sport Schweiz 2008 (Lamprecht et al. 2008a).

Erwähnenswert ist überdies, dass der noch bis in die 1990er Jahre nachweisbare, markante Geschlechtereffekt fast vollständig verschwunden ist: Frauen treiben heute fast gleich häufig Sport wie Männer, wobei eine Detailanalyse jedoch zeigt, dass die Männer in jungen Jahren deutlich aktiver sind, ihre Aktivität im mittleren Lebensabschnitt dann aber stärker einschränken als die Frauen, um nach der Pensionierung wieder zuzulegen.²⁸ Solche Lebenslaufeffekte werden auch im Teil der Abbildung deutlich, welche das Aktivitätsniveau nach Altersgruppen zeigt. Hier gilt etwas ähnliches wie bei der Bildung, allerdings mit umgekehrten Vorzeichen: Der grösste Bruch in der Aktivität findet im Übergang von der jüngsten zur mittleren Gruppe der 30 bis 44-Jährigen statt, während sich die Verhältnisse im weiteren Lebensverlauf als relativ stabil erweisen.

Der untere Teil der Abbildung illustriert schliesslich den Einfluss der Nationalität auf die sportliche Aktivität. Hier wird deutlich, dass die Migrationsbevölkerung keine homogene Gruppe darstellt. Während Personen aus Nord- und Westeuropa ein ähnliches Aktivitätsniveau wie die Schweizer/innen aufweisen, zeichnen sich die Migrant/innen aus Süd- und Osteuropa durch eine vergleichsweise geringe Aktivität aus. Schliesslich stechen einmal mehr die Unterschiede nach Sprachregion ins Auge, die zumindest teilweise durch eine unterschiedliche „Sportkultur“ in den verschiedenen Landesteilen zu erklären sein dürften. Selbst wenn es sich bei der "Sprachregion" nicht um eine Ungleichheit im eigentlichen Sinne handelt, zeigt das Beispiel auf, dass solche zusätzlichen Faktoren in der Sport- und Bewegungsförderung mitberücksichtigt werden müssen.

Mit Bezug zum Gesundheitsverhalten zeigen sich somit die erwarteten Ungleichheitseffekte. Allerdings gilt es darauf hinzuweisen, dass die Zusammenhänge in vielen Fällen nicht streng linear sind. In einigen Fällen existieren auch „gegenläufige“ Effekte und an verschiedenen Orten zeigen sich Brüche im sogenannten sozialen Gradienten in dem Sinne, dass die Unterschiede zwischen den „tiefen“ und den „mittleren“ Gruppen ausgeprägter sind als diejenigen zwischen den „mittleren“ und den „hohen“ Gruppen. Dieser Befund ist für die Gesundheitsförderung bedeutsam, zeigt er doch, dass Interventionen, die auf die unterprivilegierten Gesellschaftsmitglieder zielen, besonders vielversprechend sind.

c) Morbidität

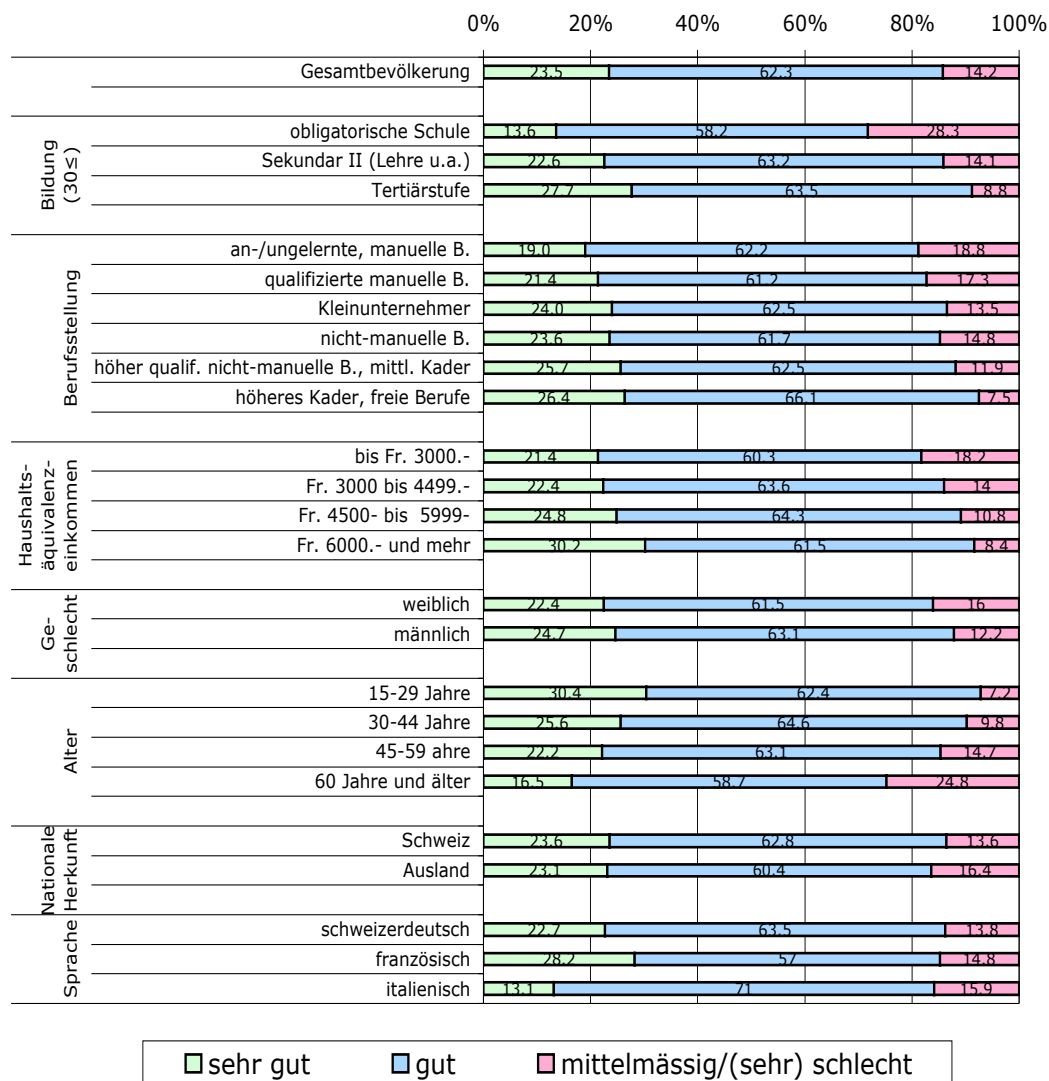
Zum Gesundheitszustand und den Erkrankungsrisiken existieren in der Schweiz ebenfalls verschiedene Untersuchungen, die im wesentlichen die oben erwähnten internationalen Resultate bestätigen. So existieren Zusammenhänge zwischen verschiedenen chronischen Erkrankungen (Angina Pectoris, Bronchitis, Asthma, Magengeschwüre) und dem Bildungsstand, und die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, ist je nach Region, Kanton, Berufsgruppe und sozialer Schicht unterschiedlich.²⁹ So haben beispielsweise Männer mit einer minimalen Schulbildung ein doppelt so hohes Risiko, an Krebs zu sterben, als Akademiker.

Um diese Zusammenhänge zu illustrieren, kann wiederum auf die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 zurückgegriffen werden, die Angaben zum subjektiven Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung enthält. Wie der obere Teil von Abbildung 3.9. zeigt, antworten rund 85 Prozent der Bevölkerung auf die Frage: "Wie geht es Ihnen im allgemeinen gesundheitlich?" mit "sehr gut" (23.5%) oder "gut" (62.3%). Dagegen bezeichnet nur eine Minderheit von 14.2 Prozent ihren Gesundheitszustand als "mittelmässig", "schlecht" oder "sehr schlecht".

Abbildung 3.9 zeigt, dass der subjektive Gesundheitszustand mit verschiedenen Merkmalen der sozialen Ungleichheit variiert: Höher gebildete Personen, Angehörige des mittleren und höheren Kaders, besser verdienende und jüngere Personen bezeichnen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als (sehr) gut. Demgegenüber ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen nur gering, und für einmal lassen sich kaum Unterschiede zwischen den Sprachregionen nachweisen, wenn man

die Betrachtung nur auf die Nennungen zu einem mittelmässigen oder (sehr) schlechten Gesundheitszustand abstützt. Ähnliche Befunde finden sich im übrigen auch, wenn nach körperlichen Beschwerden und der psychischen Ausgeglichenheit gefragt wird – die letztere nimmt mit steigendem Alter allerdings deutlich zu.³⁰

Abbildung 3.9: Zusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen sozialer Ungleichheit und subjektivem Gesundheitszustand, SGB 2002



Hinweise: Antworten auf die Frage: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ Fallzahlen je nach Merkmal zwischen 16'857 (Bildung, nur Personen ab 30 Jahren) und 19'701 (Geschlecht, Alter); die Prozentangaben basieren auf den gewichteten Daten der SGB 2002.

Quelle: Eigene Auswertung der SGB 2002

d) Mortalität

Ein letzter Punkt betrifft schliesslich die Lebenserwartung und die Sterblichkeit, die ebenfalls mit der sozialen Lage zusammenhängen. Ein Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und Berufsstatus wurde in der Schweiz erstmals in den 1980er Jahren nachgewiesen, während in jüngerer Zeit die Auswirkungen des Bildungsniveaus auf die Mortalität von Frauen und Männern genauer untersucht wurden.³¹ So betrug die verbleibende Lebenserwartung von 30-jährigen Männern ohne nachobligatorische

Schulbildung in den 1990er Jahren 43.3 Jahre (Frauen 51.5 Jahre), bei Männern mit einem Universitätsabschluss dagegen 50.4 Jahre (Frauen: 55.1). Diese Unterschiede nehmen mit zunehmendem Alter zwar ab, verschwinden aber nicht vollständig. Die unterschiedliche Sterblichkeit lässt sich also nicht nur auf das berufsbedingte Risiko zurückführen, sondern steht auch in Zusammenhang mit kulturellen und sozialen Ressourcen, welche die Lebensbedingungen und die Lebensbewältigung beeinflussen.

Aktuelle Resultate aus der Swiss National Cohort Studie mit Daten der Jahre 2001 bis 2004 bestätigen und ergänzen diese Befunde.³² Bezogen auf die Berufsgruppen haben die Akademiker/innen das geringste, die handwerklichen Berufe dagegen das höchste Sterberisiko. Noch deutlich höher liegen die Mortalitätsrisiken jedoch bei den Arbeitslosen. Interessanterweise hat der Migrationsstatus für einmal einen positiven Effekt in dem Sinne, dass die ausländische Wohnbevölkerung ein etwas geringeres Sterberisiko aufweist als Schweizer/innen.

Bezüglich der Lebenserwartung und Sterblichkeit zeigen sich somit eindeutige Zusammenhänge mit der sozialen Ungleichheit. Wiederum wird jedoch klar, dass es heikel ist, jeweils nur eine Ungleichheitsdimension für die Erklärung von Unterschieden beizuziehen, da sich verschiedene Ungleichheiten überlagern können. Dies mag ein letztes Beispiel verdeutlichen. Nehmen wir wiederum den subjektiven Gesundheitszustand und vergleichen wir zwei Extremgruppen: Die eine Gruppe ist durch die Kombination einer tiefen Bildung mit einem geringen Einkommen (Haushaltsäquivalenzeinkommen unter CHF 3000.-) charakterisiert, während die andere Gruppe Hochschulabgänger mit einem hohen Einkommen (über CHF 6000.-) enthält. In der ersteren Gruppe bezeichnen nur noch 12 Prozent ihren Gesundheitszustand als sehr gut, während er von 29 Prozent als mittelmässig oder (sehr) schlecht eingeschätzt wird. Die entsprechenden Werte für die zweite Gruppe betragen dagegen 31 Prozent (sehr gut) und 7 Prozent (mittelmässig bis sehr schlecht).

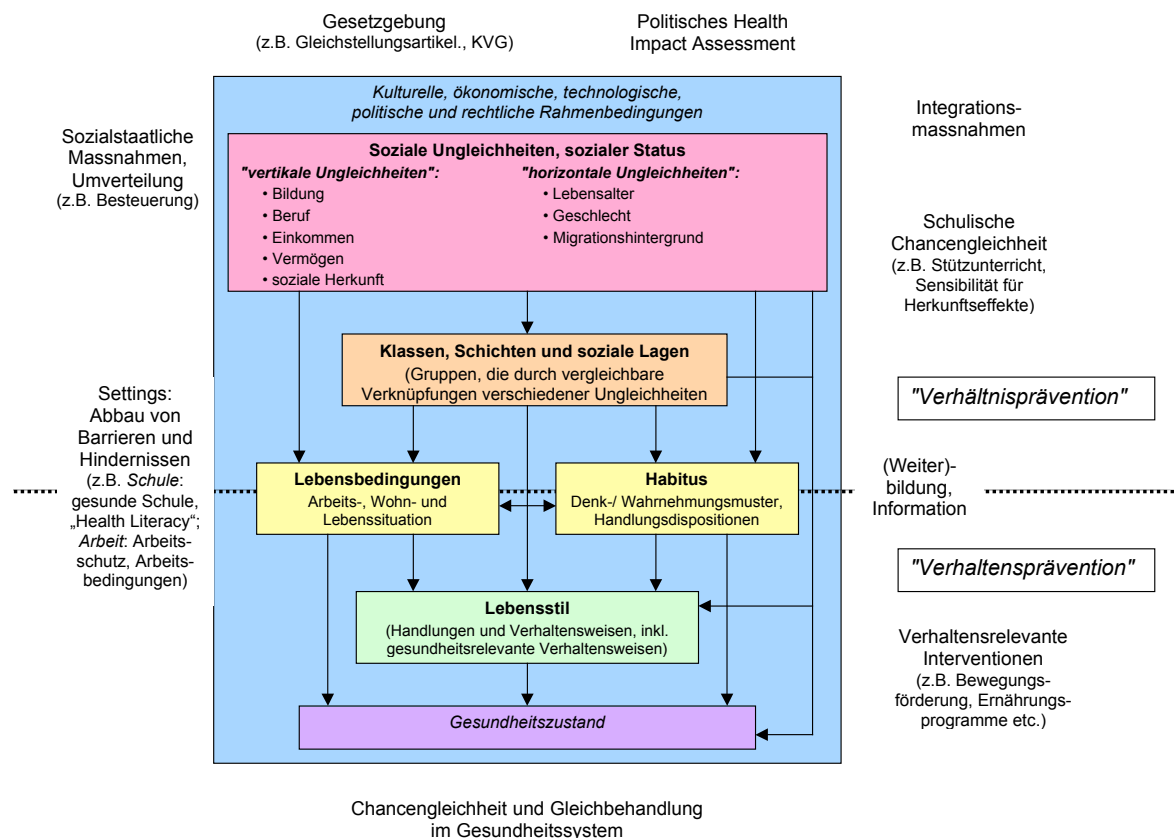
4. Was kann und soll die Gesundheitsförderung tun?

Die Anliegen der Gesundheitsförderung sind eng mit der Ungleichheitsproblematik verknüpft. Dies zeigt etwa ein Blick auf die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986, die unter anderem auf das Ziel von Gesundheitsförderung hinweist, „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen.“³³

Das Zitat verweist auf zwei Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung: Sie kann entweder versuchen, Ungleichheiten direkt zu beseitigen und damit mehr (gesundheitliche) Gleichheit zu schaffen, oder sie kann auf die Herstellung von Chancengleichheit zielen. Beispiele für den ersten Ansatz wären etwa das Krankenversicherungsgesetz, das allen Versicherten unabhängig von ihrer Herkunft und sozialen Position eine angemessene Gesundheitsversorgung zusichert, oder sozialstaatliche Umverteilungsmassnahmen, die auf eine Verringerung von Einkommensunterschieden und damit die Herstellung von mehr Gleichheit gerichtet sind (vgl. auch die Beispiele in Abbildung 4.1).

Das Postulat der Chancengleichheit besagt demgegenüber, dass die Regeln, die über den Erfolg und Misserfolg eines Menschen bestimmen, für alle gleich sein sollen. Chancengleichheit basiert auf Gleichbehandlung und gleichen Ausgangsbedingungen, akzeptiert aber Unterschiede und Ungleichheiten, die in der Folge entstehen.³⁴ Solche Ansätze finden sich etwa im Bildungssystem, wo in den vergangenen Jahrzehnten die Zugangs- und Erfolgchancen der Kinder aus weniger privilegierten Familien verbessert wurden. Auf die Chancengleichheit zielen auch viele zielgruppen- und settingspezifische Massnahmen in der Gesundheitsförderung, auf die weiter unten zurückzukommen sein wird (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1: Beispiele für ungleichheitsrelevante Ansätze in Politik und Gesundheitsförderung



Die Beispiele zeigen, dass sich Gesundheitsförderung nicht alleine auf die „gesundheitliche Ungleichheit“ im engeren Sinne beschränken darf, sondern auch allgemeine gesellschaftliche Ungleichheiten thematisieren muss. Wenn Bildung, Einkommen, Beruf etc. wie weiter oben gezeigt Gesundheitswirkungen haben, so ist es eben vielversprechend, auf diese Merkmale einzuwirken. Oder in der Terminologie der Prävention: Verhaltensprävention oder Verhältnisprävention, welche nur das Gesundheitssetting berücksichtigt, reichen nicht aus, gefragt ist zusätzlich eine allgemeine Verhältnisprävention in dem Sinne, dass die *Lebensverhältnisse* der Bevölkerung verbessert werden. Entsprechend ist Gesundheitsförderung ein intersektorielles Anliegen, das eng mit der Sozial-, Beschäftigungs- und Bildungspolitik zusammenarbeiten muss. Ein wichtiges Stichwort in diesem Zusammenhang ist das sogenannte „Health Impact Assessment“, mit dem allgemeine politische Programme und Interventionen auf ihre Gesundheitswirkungen hin überprüft werden.³⁵

In konkreten Interventionen der Gesundheitsförderung stehen in der Regel jedoch direkte Gesundheitswirkungen bei ausgewählten Zielgruppen oder in spezifischen Settings im Vordergrund. Dabei lässt sich eigentlich bei fast jedem Gesundheitsförderungsprojekt ein Bezug zur Ungleichheitsproblematik finden. Allerdings unterscheiden sich die jeweiligen Projekte darin, ob sie diese Bezüge explizit herstellen, welche Bezüge sie herstellen, ob sie eher auf der allgemeinen strukturellen Ebene oder bei unmittelbar gesundheitsrelevanten Inhalten ansetzen und ob sie eher auf die Chancengleichheit oder die direkte Schaffung von Gleichheit abzielen.

Anhang 2 zum vorliegenden Dokument enthält eine Liste von aktuellen Projekten, die eine oder mehrere Ungleichheitsdimensionen thematisieren und aus der wir an dieser Stelle nur einige wenige Beispiele exemplarisch herausgreifen wollen.

- In der ersten Phase des Projekts „*FemmesTische*“ wurden Gesprächsrunden für Migrantinnen eingerichtet, in deren Rahmen Wissen zu Erziehungs- und Gesundheitsthemen vermittelt wurde. In einer zweiten, durch die Suchtpräventionsstelle Uster getragenen Phase sollen im Zürcher Oberland nun „interkulturelle Gesprächsrunden“ geschaffen werden, in denen Migrantinnen mit Schweizerinnen in Austausch treten.

Dieses primär auf die gesundheitliche Chancengleichheit (bessere Partizipationschancen) gerichtete Projekt thematisiert explizit die Merkmale Geschlecht und Migrationshintergrund, bezieht sich implizit aber auch auf eine Reihe weiterer Merkmale. Zumindest in der Startphase war das Projekt stark auf Migrantinnen mit Bildungsdefiziten aus den tieferen Einkommens- und Berufsschichten ausgerichtet, die über einen speziellen (kulturell geprägten) Habitus und eine spezifische Lebenssituation verfügten. Diesen Personen sollten Gesundheitskompetenzen vermittelt werden, welche die gesundheitliche Ungleichheit reduzieren und allgemein die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben verbessern sollten.

In ähnlicher Weise – aber ohne den engen Fokus auf das Geschlecht – will das Projekt „*Saglik*“ (Gesundheitsdienste Basel) mittels einer türkischsprachigen Gesundheitszeitschrift einen Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz in einem Teil der Basler Migrationsbevölkerung leisten.

- Die Projekte „*Les recettes à quat'sous*“ (Service Social de la Ville de Genève) und „*Gesundheitliche Chancengleichheit im Billigtrend*“ (ISPM der Universität Bern) zielen beide auf die Ernährung von einkommensschwachen Gruppen ab. Das erstere Projekt verfolgt einen ähnlichen Ansatz wie „*FemmeTische*“ und will Chancengleichheit über den Einsatz von Multiplikator/innen schaffen, welche Kompetenzen an einkommensschwache Personen vermitteln. Dabei fällt auf, dass die Merkmale Geschlecht und Migrationshintergrund als wichtige Zusatzkriterien erwähnt werden.

Das zweite Projekt verfolgt einen Ansatz, der stärker auf grundlegende Ungleichheiten gerichtet ist und die Zusammenarbeit mit Grossverteilern und Organisationen im Bereich der Ernährung sucht. Ausgehend von der These, dass Billigprodukte insbesondere von einkommensschwachen Personengruppen nachgefragt werden, sollen diese Produkte unter ernährungswissenschaftlichen Gesichtspunkten untersucht und Vorschläge zu Anpassungen formuliert werden. Sollte es gelingen, die Grossverteiler auf gesunde Billigprodukte festzulegen, so könnte das Projekt neben dem in seinem Titel erwähnten Chancengleichheitsaspekt auch einen Beitrag zur Reduktion grundlegender Ungleichheiten, die aus Einkommensunterschieden entstehen, leisten.

- Ähnliche Anliegen werden im übrigen auch von Gesundheitsförderung Schweiz unter dem allgemeinen Titel „*Gesundheitsförderung und Prävention stärken*“ verfolgt, indem das oben erwähnte „Health Impact Assessment“ eingesetzt und Lobbying mit Blick auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit auf verschiedenen politischen Ebenen betrieben werden.
- Die Merkmale Lebensalter, Einkommen sowie die vermittelnden Ebenen der Lebensbedingungen und des Habitus stehen im Zentrum verschiedener Jugendprojekte wie etwa „*Bientraitance – un antidote à la maltraitance*“ (Fondation Charlotte Olivier, Fribourg) und „*Porta Nova*“ (Infoclick.ch). Beide Projekte sind eher auf der allgemeinen gesellschaftlichen Ebene angesiedelt, weil sie allgemeine Plattformen zum Informationsaustausch schaffen einen Beitrag zur Integration und Chancengleichheit von (behinderten) Jugendlichen schaffen, und die gesundheitliche Ungleichheit erst in zweiter Linie thematisieren.

Die knappe Übersicht zeigt, dass Ungleichheit in allen erwähnten Projekten ein wichtiges Thema ist, wobei verschiedene Merkmale und Ebenen der Ungleichheit angesprochen werden. Tatsächlich findet sich – vielleicht abgesehen von sehr allgemein ausgerichteten Kampagnen – wohl kaum ein Gesundheitsförderungsprojekt oder -programm, bei dem sich kein Bezug zur Ungleichheit nachweisen lässt.

Kritisch anzumerken ist mit Bezug zu den aufgeführten Beispielen jedoch, dass die verschiedenen Ungleichheitsdimensionen und ihr Bezug zum Projekt häufig nicht explizit thematisiert werden, sondern – wenn überhaupt – eher beiläufig erwähnt werden. Für diese Unterlassung dürfte es drei Gründe geben: *Erstens* wird wohl häufig angenommen, dass die unterstellten Ungleichheiten und vermuteten Wirkungen ohnehin klar seien und daher keiner expliziten Diskussion bedürften. *Zweitens* dürfte der fehlende Bezug häufig die Folge einer ungenügenden Sensibilisierung für die Ungleichheitsproblematik bzw. unvollständiger Kenntnisse der Wirkung und Verknüpfung verschiedener Ungleichheitsdimensionen sein. Eng verknüpft mit diesem Defizit dürften *schliesslich* Unsicherheiten bezüglich der Einordnung der Ungleichheitsproblematik in die Projektplanung und -durchführung sein. Dies wird deutlich, wenn wir uns fragen, wo im Best Practice-Konzept von Gesundheitsförderung Schweiz³⁶ das Thema Ungleichheit eine Rolle spielt. Gemäss dem Konzept bedeutet Best Practice (S. 7):

„[...] die *Werte* und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health systematisch zu berücksichtigen, auf das aktuelle wissenschaftliche *Wissen* und Experten-/Erfahrungswissen aufzubauen, die relevanten *Kontextfaktoren* zu beachten sowie die beabsichtigten Wirkungen erreicht zu haben.“ (Hervorhebungen im Original)

Nehmen wir diese Begriffsbestimmung als Ausgangspunkt, so wird klar, dass Ungleichheit mit Bezug zu allen erwähnten Dimensionen eine Rolle spielt:

- *Werte*: Die Reduktion von Ungleichheit bzw. die Herstellung von (Chancen)gleichheit gehört zu den zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung; die Gesundheitsförderung gründet wesentlich auf dem Wert der Gleichheit.

- *Wissen:* Das vorliegende Dokument macht deutlich, dass fundiertes Wissen über die Wirkung von Ungleichheit von ausschlaggebender Bedeutung für strategische Entscheidungen und die Planung konkreter Gesundheitsförderungsmassnahmen ist. Nur wer begründen kann, weshalb gegebene Ungleichheitsstrukturen gesundheitsschädigend sind oder dem Ideal der gesundheitlichen (Chancen)gleichheit widersprechen, hat eine Chance, sich Gehör zu verschaffen und erfolgreiche Interventionen zu planen.
- *Kontext:* Ungleichheit ist ein zentraler Kontextfaktor der Gesundheitsförderung; selbst dort, wo eine Massnahme auf den ersten Blick wenig mit Ungleichheit zu tun hat, stellen die existierenden Ungleichheitsstrukturen wichtige Rahmenbedingungen dar, die über den Erfolg einer Massnahme mitbestimmen. In diesem Zusammenhang ist im übrigen darauf hinzuweisen, dass bei der Identifikation von Zielgruppen und ihrer spezifischen Lebensbedingungen in aller Regel (und häufig ohne, dass man sich dessen bewusst ist) auf eines oder mehrere Ungleichheitsmerkmale verwiesen wird.

Schliesslich darf auch die im Zitat erwähnte Wirkungsebene nicht vergessen werden, denn im Optimalfall wirkt Gesundheitsförderung immer auch auf die Ungleichheit, indem strukturelle oder gesundheitliche Ungleichheiten reduziert werden oder ein höheres Mass an Chancengleichheit hergestellt wird.

Eines der Ziele des vorliegenden Dokuments besteht darin, einen Beitrag zur Sensibilisierung für Fragen der Ungleichheit und damit zur Vertiefung des Best Practice Konzeptes von Gesundheitsförderung Schweiz zu leisten. Denn durch die systematische Reflexion wichtiger Ungleichheitsdimensionen und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesundheitsförderung können konkrete Projekte und Interventionen klarer von anderen Massnahmen abgegrenzt werden und ihre Zielgruppengerechtigkeit und ihre Erfolgchancen erhöht werden. Vor diesem Hintergrund enthält das Schlusskapitel einige Hinweise auf wichtige Fragen, die sich in Zusammenhang mit dem Thema "Ungleichheit in der Gesundheitsförderung" stellen.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Allen Gleichheitsansprüchen zum Trotz sind moderne Gesellschaften durch ein erhebliches Ausmass an sozialer Ungleichheit charakterisiert. In der Schweiz finden wir sowohl bei den „herkömmlichen“ Ungleichheiten Bildung, Beruf, Einkommen und Vermögen als auch bei den „neuen“ Ungleichheiten Lebensalter, Geschlecht und Migrationshintergrund ausgeprägte Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand wirken.

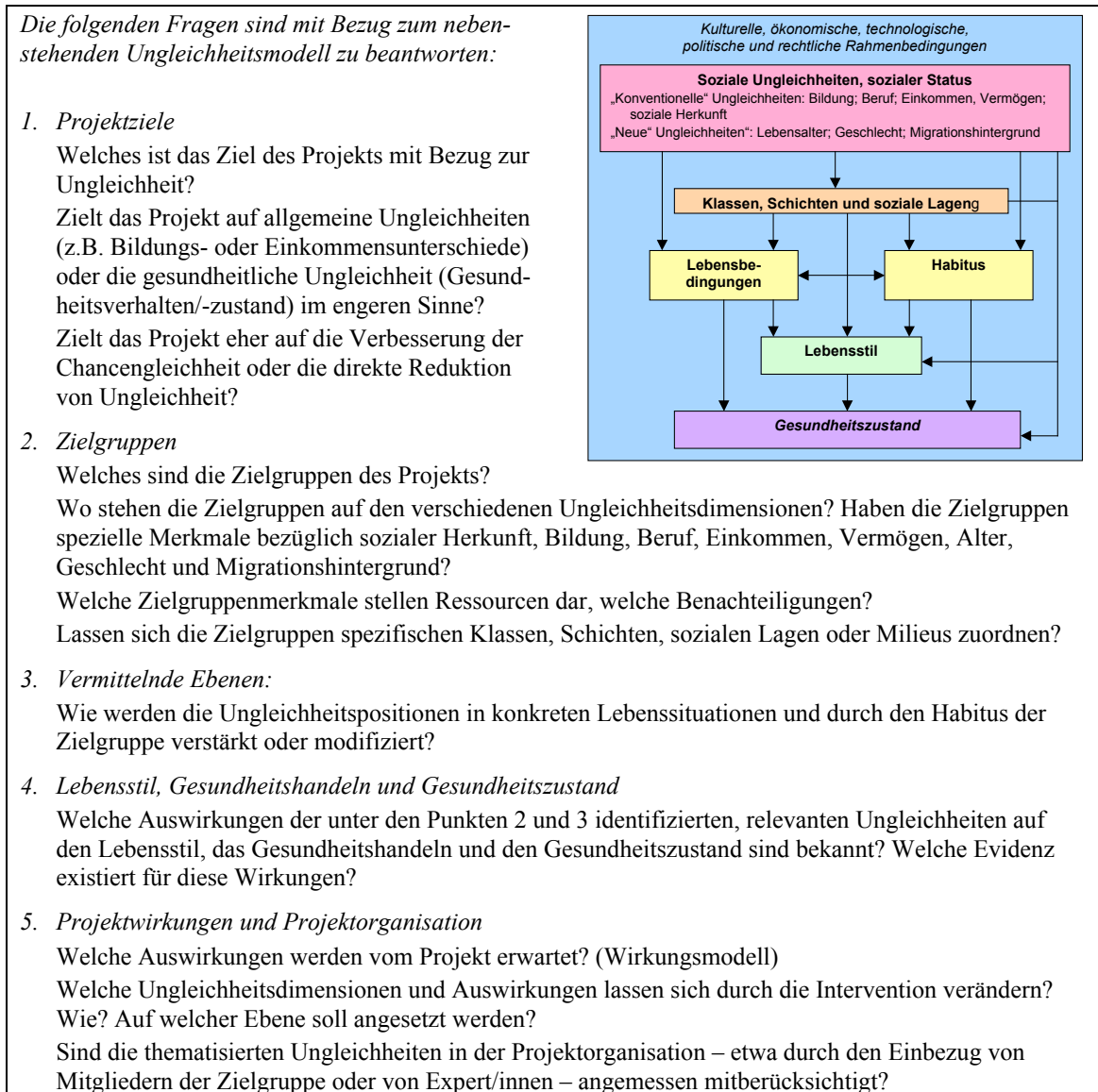
Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass eine hohe Bildung oder ein überdurchschnittliches Einkommen nicht automatisch zu einem gesünderen Lebensstil und einer besseren Gesundheit führen, sondern dass die Wirkung der Ungleichheit durch unmittelbare Lebenssituationen und Verhaltenspräferenzen (Habitus) vermittelt und modifiziert werden kann. Dies hat eine Reihe von Konsequenzen für die Gesundheitsförderung, die an dieser Stelle noch einmal rekapituliert werden sollen:

- a) *Gesundheitsförderung und Ungleichheitsfragen können nicht getrennt werden:* Folgt man der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung und den Resultaten der einschlägigen Forschung, so besteht ein zentrales Ziel der Gesundheitsförderung in der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit, die ihrerseits eng mit grundlegenden gesellschaftlichen Ungleichheiten verknüpft ist. Gesundheitsförderung ist daher immer auch "Gleichheitsförderung". Dies ist einer der Gründe, weshalb Überlegungen zur Ungleichheit in Best Practice Ansätzen relevant sind.
- b) *Ungleichheitsbezogene Gesundheitsförderung setzt sowohl auf der allgemeinen gesellschaftlichen Ebene als auch beim Gesundheitsverhalten und der Gesundheit an:* Gesundheitsförderung kann versuchen, gesundheitliche Ungleichheit direkt zu vermindern, indem sie beispielsweise die Gesundheitsversorgung ausbaut oder zielgruppenspezifische Massnahmen zur Förderung gesunder Verhaltensweisen ergreift. Aber auch von intersektoriell ausgerichteten Ansätzen, welche die Verteilungsstruktur in der Gesellschaft zu verbessern versuchen, indem beispielsweise Einkommensungleichheiten reduziert oder Diskriminierungen im Berufsleben beseitigt werden, ist vermittelt über verbesserte Lebensbedingungen und veränderte Handlungspräferenzen eine Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zu erwarten. Die Ziele der Gesundheitsförderung können dabei auf zwei Arten erreicht werden: Durch direktes Einwirken auf relevante Ungleichheitsdimensionen (*direkte Reduktion von Ungleichheit*) oder durch die Herstellung von *Chancengleichheit*.
- c) *Praktiker/innen der Gesundheitsförderung müssen ein Bewusstsein für die Wirkung von Ungleichheit entwickeln und die Ungleichheitsproblematik systematisch in die Projektplanung und -durchführung einbauen:* Wir alle verfügen über ein intuitives Verständnis von Ungleichheit. In jeder Situation sind wir ohne grössere Probleme in der Lage, Ungleichheitsprobleme zu identifizieren und zu benennen. Was aber häufig fehlt, ist eine systematische Kenntnis grösserer Zusammenhänge und der Verknüpfungen verschiedener Ungleichheitsdimensionen. So stellen wir möglicherweise Lohnunterschiede am Arbeitsplatz fest, übersehen aber, dass hinter diesen Unterschieden auch unterschiedliche Qualifikationen und Erfahrungen der Erwerbstätigen stehen können, oder wir schliessen von den prekären Lebensumständen Asylsuchender und ausländischer Hilfsarbeiter vorschnell auf umfassende Probleme der Migrationsbevölkerung, wobei wir die gut integrierten Migrant/innen an den Hochschulen und in den Chefetagen der Grossunternehmen vergessen.

In diesem Zusammenhang kann es hilfreich sein, bei der Planung und Durchführung eines Projekts die allgemeinen Vorgaben des Best Practice Konzepts von Gesundheitsförderung Schweiz um eine Reihe von konkreten Fragen zur Struktur und Wirkung von Ungleichheit im Projektkontext zu ergänzen. Dabei kann beispielsweise auf das weiter oben vorgestellte und in Abbildung 5.1 in vereinfachter Form noch einmal reproduzierte allgemeine Ungleichheitsmodell zurückgegriffen und versucht werden, die aufgeführten Fragen zu beantworten.

Zu fragen ist zunächst, welche ungleichheitsbezogenen Ziele das Projekt verfolgt, während sich die Fragen 2 bis 4 auf die verschiedenen Ebenen des Modells beziehen. Hier kann es sinnvoll sein, die verschiedenen Ebenen mit den acht, in Kapitel 2 diskutierten Ungleichheiten durchzuspielen und jeweils zu fragen, welche Ungleichheiten in welcher Art auf welcher Stufe des Modells wirken. Die letzte Frage schliesst den Kreis zur ersten Frage, indem noch einmal nach den Ansätzen und Wirkungen des Projekts und der Projektorganisation gefragt wird.

Abbildung 5.1: Ungleichheitsrelevante Fragen bei der Planung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten



Eine für Fragen der Ungleichheit sensibilisierte Gesundheitsförderung leistet gleichsam automatisch einen Beitrag zu einer (chancen)gleicherer Gesellschaft. Damit sie ihre Aufgabe erfüllen kann, ist eine so verstandene Gesundheitsförderung auf die Unterstützung verschiedener weiterer Akteure und Organisationen angewiesen. Von besonderer Bedeutung ist hier die Zusammenarbeit mit der Politik, denn Ungleichheit ist in unserer Gesellschaft ein hochbrisantes, politisches Thema. Da Gesundheitsförderung damit in das Schussfeld antiegalitärer politischer Haltungen geraten kann, ist sie gut beraten, mögliche Allianzen und politische Rahmenbedingungen mitzubedenken.

Literaturhinweise

a) Empfehlenswerte einführende Literatur

Burzan, Nicole (2004): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.	einfach lesbare Einführung in die Ungleichheitsdiskussion
Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht und Rolf Nef (2003): Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmungen. Zürich: Seismo.	Empirische Daten zur Ungleichheit in der Schweiz
Levy, René, Dominique Joye, Olivier Guye und Vincent Kaufmann (1997): Tous égaux? De la stratification aux représentations. Zürich: Seismo.	französischsprachiges Grundlagenwerk zur Ungleichheit in der Schweiz
Bihr, Alain et Roland Pfefferkorn (1995): Déchiffrer les inégalités. Paris: Syros.	Einführung in die Ungleichheitsdiskussion mit einem Kapitel über gesundheitliche Ungleichheit
Marmot, Michael (2005): "Social determinants of health inequalities". The Lancet 365: 1099-1104.	gut Zusammenfassung wichtiger Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit
Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber. Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.	deutschsprachiges Standardwerk zum Zusammenhang von Ungleichheit und Gesundheit mit vielen empirischen Resultaten; der Titel von 2005 enthält eine "Kurzfassung"
Empfehlenswerte Einführungen in die Thematik der "gesundheitlichen Ungleichheit" finden sich auch im folgenden Literaturverzeichnis. Zu verweisen ist etwa Siegrist (2005) und den Sammelband von Richter und Hurrelmann (2006) (dort insbesondere der Beitrag von Hradil) sowie – in englischer Sprache – auf Bartley (2004), Budrys (2003) und Graham (2007).	

b) Im Text zitierte und weiterführende Literatur

- Altgeld, Thomas (2006): "Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen." S. 389-404 in: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.)(2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babitsch, Birgit (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.
- BAG/Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. Basel, Bern: BAG/ISPM.
- Bartley, Mel (2004): Health Inequality: Theories, Concepts and Methods. Cambridge: Polity Press.
- BFS (2005a): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz, 1992-2002 (Schweizerische Gesundheitsbefragung). Neuchâtel: BFS.
- BFS (2005b): Entwicklung der Sozialstruktur. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2005c): Die Integration der ausländischen zweiten Generation und der Eingebürgerten in der Schweiz. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2006): Bewegung, Sport, Gesundheit. Statsanté 1/2006. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2007): Szenarien der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz, 2005-2050. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2008a): Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2006 (Kurzbericht). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008b): Arbeitsmarktindikatoren 2008. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008c): Tieflohne und Working Poor in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bihr, Alain et Roland Pfefferkorn (1995): Déchiffrer les inégalités. Paris: Syros.
- Bisig, Brigitte und Felix Gutzwiller (1999): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

- Bisig Brigitte, Matthias Bopp und Christoph E. Minder (2001): "Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. S. 60-70 in: Andreas Mielck und Kim Bloomfield (Hg): Sozialepidemiologie. Weinheim & München: Juventa.
- Bornschiefer, Volker (1996): Westliche Gesellschaft – Aufbau und Wandel. Zürich: Seismo.
- Bopp, Matthias und Christoph E. Minder (2003): „Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort“. International Journal of Epidemiology 32: 346-354.
- Bosc, Serge (1993): Stratification et transformations sociales. La société française en mutation. Paris: Nathan.
- Boudon Raymond (1973): L'inégalité des chances. La mobilité sociale dans les sociétés industrielles. Paris: Colin.
- Bourdieu, Pierre (1983): "Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital". In: Kreckel, Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz, S. 183-198.
- Bourdieu, Pierre (1979): La distinction: critique sociale du jugement. Paris: Editions de minuit (in deutscher Sprache erschienen unter dem Titel: Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt M.: Suhrkamp.)
- Budrys, Grace (2003): Unequal Health. How Inequality Contributes to Health or Illness. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Burzan, Nicole (2004): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cyba, Eva (2000): Geschlecht und soziale Ungleichheit. Konstellationen der Frauenbenachteiligung. Opladen: Leske+Budrich.
- ESTV (2006): Gesamtschweizerische Vermögensstatistik der natürlichen Personen 2003. Bern: ESTV.
- Geppert, Jochen und Jutta Kühl (Hg.)(2006): Gender und Lebenserwartung. Bielefeld: Kleine.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2007): Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention: Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Graham, Hilary (2007): Unequal Lives. Health and Socio-economic Inequalities. Maidenhead. Open University Press.
- Hradil, Stefan (2006): "Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?" S. 33-52 in: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.)(2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jahn, Ingeborg und Petra Kolip (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kaya, Bülent (2007): Grundlegendokument 'Migration und Gesundheit'. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Lamprecht, Markus, Claudia König und Hanspeter Stamm (2006): Gesundheitsbezogene Chancengleichheit. Grundlegendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Lamprecht, Markus und Hanspeter Stamm (2006): Bewegung, Sport, Gesundheit. (Statsanté 1/2006). Neuchâtel: BFS.
- Lamprecht, Markus, Adrian Fischer und Hanspeter Stamm (2008a): Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport (auch in französischer und italienischer Sprache verfügbar).
- Lamprecht, Markus, Adrian Fischer und Hanspeter Stamm (2008b): Sport Schweiz 2008. Kinder- und Jugendbericht. Magglingen: Bundesamt für Sport (auch in französischer und italienischer Sprache verfügbar).
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury und Christoph E. Minder (1990): »Health and social inequities in Switzerland«. Social Science and Medicine 31 (3), S. 369-386.
- Levy, René, Dominique Joye, Olivier Guye und Vincent Kaufmann (1997): Tous égaux? De la stratification aux représentations. Zürich: Seismo.
- Mackenbach, Johan P. (1998): »The Dutch experience with promoting research on inequality in health«. In: Arve-Parès (Hg.): Promoting research on inequality in health. Stockholm: Swedish Council for Social Research, S. 19-28.
- Marmot, Michael (2005): "Social determinants of health inequalities". The Lancet 365: 1099-1104.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.

- Pfefferkorn, Roland (2007): *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapport de sexes*. Paris: La Dispute.
- Richter, Matthias and Klaus Hurrelmann (Hg.)(2006): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Savidan, Patrick (2007): *Repenser l'égalité des chances*. Paris: Bernard Grasset.
- Schopper, Doris und Reto Obrist (2005): »Das Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005-2010«. *Schweizerische Ärztezeitung* 86 (21), S. 1298-1305.
- Siegrist, Johannes (2005): *Medizinische Soziologie* (6. Auflage). München: Urban & Fischer.
- Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht und Rolf Nef (2003): *Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmungen*. Zürich: Seismo.
- Stamm, Hanspeter und Markus Lamprecht (2008): "Bildung als Gesundheitsressource". In: Obsan (Hg.): *Schweizerischer Gesundheitsbericht*. Bern: Huber.
- Stamm, Hanspeter, Adrian Fischer und Markus Lamprecht (2007): "Einkommen und Vermögen. Nimmt die Ungleichheit zu?". in: Caritas (Hg.): *Sozialalmanach 2008*. Luzern: Caritas.
- Vader, John-Paul, Christoph E. Minder und Thomas Spuhler (1993): »Sterblichkeit«. In: Weiss, Walter (Hg.): *Gesundheit in der Schweiz*. Zürich: Seismo, S. 17-28.
- Wang, Jen und Margareta Schmid (o.J.): *Regional differences in health literacy in Switzerland*. Manuskript. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin (in elektronischer Form verfügbar unter www.gesundheitskompetenz.ch).
- WHO (2007): *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. April 2007. WHO: ohne Ort.

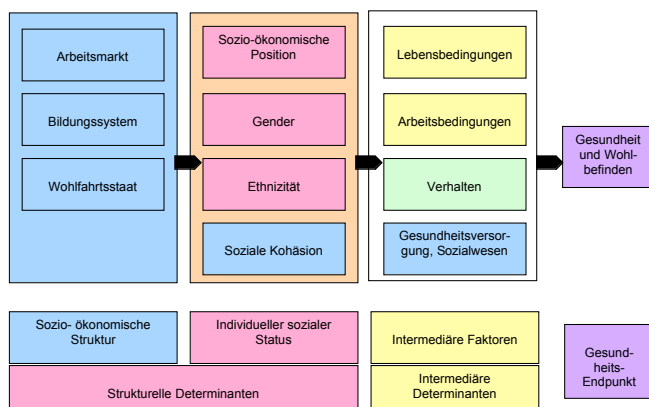
Anhang 1: Hinweise zum Ungleichheitsmodell von WHO und BAG

Das im vorliegenden Dokument vorgestellte und auf der rechten Seite von Abbildung A1 zusammengefasste Ungleichheitsmodell ist nur eines von vielen Modellen, die in der Fachdiskussion verwendet werden. Einige Prominenz hat in den vergangenen Jahren ein Modell erlangt, das von der WHO (2007) entwickelt wurde und in einer jüngeren Publikation des BAG (2008) verwendet wird. Das im linken Teil von Abbildung A1 dargestellte WHO-Modell der Chancengleichheit scheint sich auf den ersten Blick stark vom hier verwendeten Modell zu unterscheiden. Ein näherer Blick zeigt allerdings erheblich Parallelen auf, die in der Abbildung zusätzlich dadurch hervorgehoben wurden, dass inhaltlich vergleichbare Teile der beiden Modelle mit denselben Farben versehen wurden.

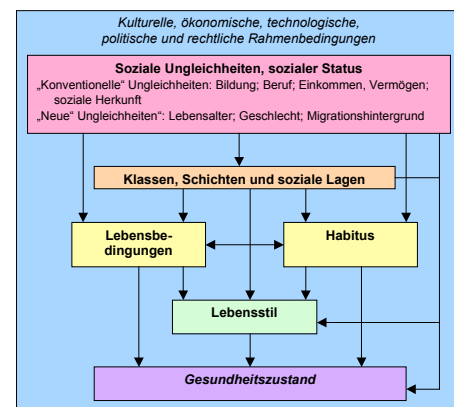
Beide Modelle verweisen zunächst auf die Hintergrundbedingungen (blau dargestellt), die bei der WHO als "sozio-ökonomische Struktur", im vorliegenden Modell als "Rahmenbedingungen" bezeichnet werden. Ebenfalls in beiden Modellen werden einzelne Ungleichheitsdimensionen (rot) und die vermittelnden Ebenen der Lebensbedingungen (gelb) und des Verhaltens/Lebensstils (grün) auf die Gesundheit (lila) thematisiert. Die Abfolge der Dimensionen und Verknüpfungen ist in den beiden Modellen vergleichbar und läuft von übergeordneten (blauen) Strukturen, zu (roten) Ungleichheitsmerkmalen, (gelben) intermediären Bedingungen und (grünen) Verhaltens- und (lila) Gesundheitskonsequenzen.

Abbildung A1: Vergleich des verwendeten Ungleichheitsmodells mit dem WHO-Modell

WHO-Modell der Chancengleichheit



Modell aus dem vorliegenden Text



Quelle: BAG/ISPM (2008):

Allerdings gibt es eine Reihe von Unterschieden, die primär auf den unterschiedlichen Fokus der beiden Modelle zurückzuführen sind. Das WHO-Modell versucht die Chancengleichheitsproblematik so umfassend und allgemein wie möglich abzubilden, wobei auch Unterschieden zwischen den verschiedenen Mitgliedsländern Rechnung getragen werden soll. Dagegen beschränkt sich das vorliegende Modell auf die Analyse der Ungleichheitssituation in der Schweiz, die allerdings differenzierter dargestellt wird, als dies im allgemeiner ausgerichteten WHO-Modell möglich ist.

Als Folge werden im hier verwendeten Modell das Wechselspiel und die Verdichtung verschiedener Ungleichheitsdimensionen zu sozialen Lagen und Schichten expliziter thematisiert als im WHO-Modell. Ausserdem wird der Habitus als zusätzliche, stark subjektiv geprägte vermittelnde Dimension eingeführt. Demgegenüber verwendet die WHO das Konzept der sozialen Kohäsion (Zusammenhalt) als wesentliche Ungleichheitsdimension und fügt die Gesundheitsversorgung und das Sozialwesen als unabhängige Einflussfaktoren auf der Ebene der intermediären Faktoren ein. Beide Dimensionen sind auf der internationalen Ebene von erheblicher Bedeutung, können für die Schweiz jedoch der Einfachheit halber zu den blau markierten, relativ konstanten Rahmenbedingungen gezählt werden. Gesamthaft betrachtet sind die beiden Modelle jedoch sehr ähnlich und führen damit auch zu vergleichbaren Aussagen.

Anhang 2: Ausgewählte Schweizer Gesundheitsförderungsprojekte mit einem Bezug zur Ungleichheitsproblematik

<i>Projektname und Trägerschaft</i>	<i>Zentrale Merkmale, Zielgruppe</i>	<i>Kurzbeschreibung</i>
Gesundheitliche Chancengleichheit im Billig-Trend ISPM Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern	- Einkommen - allgemeine Rahmenbedingungen	Im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit für sozial schwächere Bevölkerungsschichten werden die Billiglinien der Grossverteiler dahin gehend untersucht, ob und inwiefern sie für die VerbraucherInnen gesundheitliche Nachteile mit sich bringen. Durch die kritische Beurteilung von Inhaltsstoffen, Nährwerten, Packungsgrössen und Sortimentszusammensetzung dieser Lebensmittel sollen die für die öffentliche Gesundheit relevanten Zusammenhänge aufgezeigt werden. Im Hinblick auf eine Sensibilisierung der wichtigen Akteure werden die Ergebnisse bei einem Round-Table-Gespräch mit Vertretern der Grossverteiler, Gesundheitsförderung Schweiz, der Schweiz. Gesellschaft für Ernährung sowie Konsumentenschutzorganisationen präsentiert und danach veröffentlicht.
Les recettes à quat'sous Service Sociale de la Ville de Genève	- Einkommen - Lebensbedingungen	Objectif: Créer des espace et des moments de rencontre autour de l'alimentation saine et équilibrée à moindre coût. Ce projet vise à aborder cette problématique par l'intervention de multiplicateurs appartenant eux-mêmes aux publics cibles. Ces personnes sont recrutées par l'entremise d'associations d'entraide. Elles s'engagent dans un processus solidaire consistant à recevoir une courte formation sur l'alimentation équilibrée dont elles se serviront, ainsi que de leurs propres compétences, pour animer à leur tour des ateliers ouverts à toute la population, mais prioritairement à des groupes cibles pré-définis (familles ou individus à revenu modeste ou d'origine étrangère). Ces animations vont associer théorie et pratique autour de l'alimentation et lien social et de proximité à l'intérieur des quartiers.
Présence bénévole Association Neuchâteloise de Services Bénévoles ANSB	- Lebensalter - Lebensbedingungen	Die Association neuchâteloise de services bénévoles ANSB möchte mit dem Projekt 'présence bénévole' älteren oft vereinsamten Menschen die zu Hause wohnen Kontaktmöglichkeiten ausserhalb der familiären und professionellen Strukturen anbieten, die sich nicht um Pflege und Haushalt etc. drehen, ohne diese ersetzen zu wollen. Ziel des Projektes ist es, soziale Beziehungen zu Menschen zu unterhalten, welche selbst nicht mehr Kraft oder Mittel dazu haben. Die Freiwilligen können sich dadurch in einer sinnvollen Tätigkeit wiederfinden und neue Kompetenzen entwickeln. Die Ausarbeitung und Umsetzung des Konzeptes inkl. Schulungsprogramm (monatlich 1 Tg.) und Supervision ist über 3 Jahre angelegt und soll jährlich evaluiert werden.
Bienveillance – un antidote à la maltraitance Fondation Charlotte Olivier, Fribourg	- Lebensalter - Einkommen - Lebensbedingungen - Habitus	Hauptziel des Projekts 'Bienveillance' ist es, den Zugang und die Teilnahme von Kindern und Jugendlichen zwischen 7-17Jahren, insbesondere aus sozial benachteiligten Familien, zu entwicklungsfördernden gemeinschaftlichen Aktivitäten zu erhöhen und damit zu einer gesundheitsfördernden Umwelt beizutragen. Dafür soll ein dauerhaftes Dispositiv entwickelt, angewendet und evaluiert werden, das die Anbieter von gemeinschaftlichen Aktivitäten (ehrenamtliche Gruppen und Vereine) unterstützt. Dem Projekt liegt das neuartige Paradigma der 'bienveillance' zugrunde, die eine optimale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gewährleisten soll. Ausgehend von der These, dass die Teilnahme an geeigneten Gruppenaktivitäten einen gesundheitsfördernden Aspekt (Wertschätzung der eigenen Person, des Körpers, eigener Ressourcen, Anerkennung von Grenzen, Thema Emotionen, Frustrationstoleranz, Konflikt- und Gewaltverhalten) aufweist, möchte das Projekt die ungenutzten Ressourcen identifizieren und mobilisieren. Die Gewährleistung einer gesunden Entwicklung für Kinder und Jugendliche ist im Projekt nicht ausschliessliche Angelegenheit von Fachleuten, Schule und Familie, sondern auch von Organisationen wie Gruppensportclubs, Musikgruppen und Gruppen mit anderen gemeinschaftlichen künstlerischen Aktivitäten, Jugendverbänden, Kulturvereinen.

<i>Projektname und Trägerschaft</i>	<i>Zentrale Merkmale, Zielgruppe</i>	<i>Kurzbeschreibung</i>
Donna, Nonna, ma Donna Berner Gesundheit	- Geschlecht - Bildung	Im Projekt "Donna, Nonna, ma Donna", das innerhalb von Betrieben und sozialen Institutionen durchgeführt wird, geht es um Verminderung des riskanten Medikamentengebrauchs bei Frauen ab 60, aus sogenannten tieferen Bildungsschichten. Mit Informationsveranstaltungen und vertiefenden Gruppenangeboten sollen die Selbsthilfepotentiale der Frauen gestärkt werden.
FemmesTische mit Migrantinnen interkulturell Suchtpräventionsstelle, Uster	- Geschlecht - Migration - Bildung - Einkommen - Lebenssituation - Habitus	Dieses in Anlehnung an das erfolgreiche niederschwellige Mütterbildungsprojekt « Femmes-Tische mit Migrantinnen im Zürcher Oberland » umgesetzte Pilotprojekt führt als neues, ergänzendes Angebot interkulturelle Gesprächsrunden auf Deutsch für Schweizerinnen und Migrantinnen verschiedener Herkunft durch. Ziel dieser Gesprächsrunden am Stubentisch ist es, den Müttern Wissen zu Erziehungs- und Gesundheits-themen zu vermitteln und sie dadurch in ihrer Elternrolle zu stärken, ihnen aber insbesondere auch Gelegenheit zum Knüpfen von Kontakten mit Migrantinnen anderer Herkunft und mit Schweizerinnen zu geben. Für die Leitung der Gesprächsgruppen bilden die Projektverantwortlichen eine Reihe von Migrantinnen mit guten Deutschkenntnissen zu Moderatorinnen aus und begleiten und unterstützen diese während ihrer Tätigkeit. Mit dem neuen Fokus auf dem interkulturellen Dialog ist das auf dem bewährten Konzept der FemmesTische beruhende Projekt speziell auf die Förderung des gegenseitigen Verständnisses zwischen den Migrantinnen unterschiedlicher Herkunft untereinander und den Schweizerinnen ausgerichtet.
Gesundheits-Ratgeber Arbeitstitel "Roter Faden" dialog-gesundheit Schweiz, Zollikofen	- Migration - Lebensalter - Bildung - Lebensbedingungen	dialog-gesundheit Schweiz möchte einen Ratgeber für Gesundheitsförderung entwickeln, der als gesamtschweizerisches Pilotprojekt dienen soll. Die BenutzerInnen des Ratgebers/roten Fadens sollen zu Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit animiert werden. Das Informationsinstrument soll, um wirksam zu sein, gemeinsam mit der Bevölkerung erarbeitet werden, der Wunsch nach besseren Informationen über GF, therapeutische und soziale Angebote und deren besserer Vernetzung ist im Forum dialog-gesundheit Zollikofen geäußert worden. Text und Illustrationen sollen für alle verständlich aufbereitet werden, Konzeptgrundlage bildet der Gesundheitsratgeber der Universität Berkeley, die dialog-gesundheit Schweiz das Lizenzrecht offiziell erteilt. Eine Planungsgruppe bestehend aus BürgerInnen der Gemeinde und Region erarbeitet seit 2 Jahren zusammen mit versch. Organisationen (Spitex...) in freiwilliger Arbeit die Inhalte, schon bestehende Leitfäden werden miteinbezogen und sinnvoll ergänzt.
Saglik - deutsch-türkische Gesundheitszeitung Gesundheitsdienste Basel	- Migration - Bildung	Stadt herausgegebene Gesundheitszeitung Saglik legt ihren Fokus auf die zugezogene, fremdsprachige Bevölkerung und will ihr den Einstieg in die vielfältigen Gesundheitsförderungsangebote erleichtern. Das Magazin wird deshalb zweisprachig herausgegeben. In der vorliegenden Pilotausgabe ist es neben der deutschen die türkische Sprache. Im Vordergrund steht die alltagsbezogene Gesundheitsförderung, weshalb besonders auf lokale Angebote hingewiesen wird. Die Leitidee der Zeitung ist, dass die Förderung der Gesundheit beim eigenen Verhalten beginnt. In der Zeitschrift Saglik werden deshalb viele basisnahe Präventionsangebote vorgestellt, welche von der ganzen Bevölkerung in Anspruch genommen werden können. Gesundheitsförderung und Prävention soll in der Zeitschrift aber nicht mit dem Drohfinger zeigen. Die Leserinnen und Leser sollen vielmehr lustvoll unterstützt und motiviert werden, die Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen.

<i>Projektname und Trägerschaft</i>	<i>Zentrale Merkmale, Zielgruppe</i>	<i>Kurzbeschreibung</i>
Porta Nova Infoklick.ch	- Behinderung (Gesundheit) - Lebensalter - Bildung	Das Projekt will in der Deutschschweiz einen Beitrag leisten zur tatsächlichen Öffnung der „offenen Jugendarbeit“ für junge Menschen mit Behinderung und ebenso zur Öffnung von Projekten von Behinderten-einrichtungen für Nichtbehinderte. Dazu ist die Schaffung von Bildungsprogrammen und Instrumentarien (im Internet und in anderen geeigneten Medien wie Broschüren, Handbücher) vorgesehen, die es den Akteuren der Offenen Jugendarbeit und im Behindertenbereich ermöglichen, ihre Projekte entsprechend zu öffnen. Das Instrumentarium wird unter Mitwirkung von Behinderten und Nichtbehinderten entwickelt. Ziel des Projekts sind die Förderung des gegenseitigen Verständnisses, von Respekt und Toleranz, die Erschliessung neuer Ressourcen und die praktizierte Chancengleichheit für Behinderte und Nichtbehinderte in ausserschulischen Aktivitäten.
Agir pour la promotion de la santé en surdité Association romande pour la promotion de la santé des personnes sourdes	- Behinderung (Gesundheit) - Lebensbedingungen	A. La communauté des sourds de Suisse romande participe activement aux activités de PS développés par Les Mains pour le Dire. -> Une formation d'animateurs/trices de santé en surdité est mise en œuvre -> Un pool de compétence est constitué -> Engagement des sites surdité dans la démarche de promotion de la santé -> Des animateurs/trices de santé du pool de compétence sont actifs B. Création d'un fonds de projet; d'ici fin 2004, 6 à 10 projet de PS ont été réalisés par les animateurs/trices de santé en surdité grâce à ce fonds
Die Anderen Verein Die Anderen	- Behinderung (Gesundheit) - Habitus	Ausgehend von der Band DIE ANDEREN wurde ein Verein gleichen Namens gegründet. Entstanden ist daraufhin eine eigenständige und schräge Kulturszene, die Behinderte und Nichtbehinderte zusammenbringt. Bei den Anlässen und Ausstellungen verwischen die Grenzen zwischen normal und anders. Barrieren, Vorurteile und Ängste der "Normalen" gegenüber Behinderten verschwinden. Behinderte werden vom Publikum als Künstler/-innen wahrgenommen. DIE ANDEREN leisten mit ihrem Engagement zudem einen wichtigen Beitrag gegen Gewalt und Übergriffe an behinderten Menschen.
Neustart Verein Neustar	- Lebensbedingungen - Habitus	Die freiwilligen Bewährungshelfer/-innen von NEUSTART sind für Handfestes zuständig: Finanzen, Wohnung, Arbeit. Fern von Sozial-Romantik leisten sie Hilfe zur Integration von Straftätlern in unsere Gesellschaft. Aufgaben wie Begleitung bei der Arbeits- oder Wohnungssuche, der Freizeitgestaltung, Unterstützung bei Finanzfragen und Schuldenprobleme sind je nach Klient/-in typische Tätigkeiten. Die Freiwilligen absolvieren eine anspruchsvolle Ausbildung. Sie werden zudem mittels Supervision und Coaching unterstützt. Für Personen mit delinquentem Vorleben wirkt die Beziehung zu uns Freiwilligen sehr positiv. Sie erhalten individuell und jenseits von Bürozeiten die notwendigen Hilfestellungen.

Endnoten

- ¹ Vgl. Bopp und Minder (2003) sowie Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2006 gemäss Bundesamt für Statistik: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04.html>
- ² BFS (2005a)
- ³ Lamprecht et al. (2008a)
- ⁴ Vgl. Stamm et al. (2003).
- ⁵ Vgl. z.B. Bosc (1993), Bihl und Pfefferkorn (1995), Levy et al. (1997), Burzan (2004), Stamm et al. (2003)
- ⁶ Bornschieer (1996)
- ⁷ Vgl. Jahn und Kolip (2002) sowie die Dokumente auf www.quint-essenz.ch; weitere Hinweise zur Gender-Thematik finden sich auch in Cyba (2000), Babitsch (2005) und Pfefferkorn (2007).
- ⁸ Vgl. Kaya (2007) sowie die weiteren Hinweise auf www.quint-essenz.ch
- ⁹ Abbildung 2.2 stellt eine von vielen möglichen schematischen Darstellungen des Zusammenhangs zwischen Ungleichheit und Gesundheit dar. An dieser Stelle ist auf ein Modell hinzuweisen, das von der WHO (2007) entwickelt wurde und unter anderem auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) verwendet wird (vgl. BAG/ISPM 2008) und eine sehr ähnliche Auswahl an Ungleichheitsdimensionen und Verknüpfungen enthält. Ein Vergleich jenes Modells mit dem hier vorgestellten findet sich in Anhang 1.
- ¹⁰ Vgl. Bourdieu (1979, 1983)
- ¹¹ Der Habitusbegriff weist eine gewisse Nähe zu verschiedenen psychologischen Konzepten (z.B. kognitive Ressourcen, Bewältigungskompetenz oder Selbstkonzept) auf. Tatsächlich lassen sich verschiedene psychologische Argumente unter dem Stichwort des Habitus diskutieren, der für den vorliegenden Beitrag jedoch den Vorteil hat, dass er explizit auf die Auswirkungen sozialer Ungleichheit Bezug nimmt.
- ¹² Vgl. z.B. Mielck (2000, 2005) und Marmot (2005), Budrys (2003), Graham (2007).
- ¹³ Vgl. z.B. Mackenbach (1998), Mielck (2005).
- ¹⁴ Vgl. Lamprecht et al. (2006).
- ¹⁵ BFS (2007).
- ¹⁶ Ein genauerer Blick auf die Daten zeigt, dass die "reicheren" Haushalte tendenziell eher etwas grösser sind als die ärmeren. Das heisst, dass die höheren Einkommen auch für mehr Personen reichen müssen. Stellt man dies in Rechnung und berechnet man die um die Anzahl Haushaltsmitglieder korrigierten "Haushaltsäquivalenzeinkommen" so reduziert sich die Spanne zwischen den ärmsten und reichsten zehn Prozent der Haushalte auf rund einen Faktor von etwas über 7 (ärmste 10%: rund CHF 21'000.-; reichste 10%: rund CHF 152'000.-; reichste 2%: CHF 252'000.-, vgl. Stamm et al. 2007).
- ¹⁷ BFS (2008b, 2008c).
- ¹⁸ Die "Multimillionäre" mit einem Vermögen von über 10 Mio. Franken machen nur ein Promille aller Steuerpflichtigen aus, versteuern aber knapp ein Fünftel des Gesamtvermögens in der Schweiz.
- ¹⁹ Vgl. BFS (2005b).
- ²⁰ Jahn und Kolip (2002).
- ²¹ BFS (2005b, c), Stamm et al. (2003)
- ²² Vgl. BFS (2005b, c) sowie das Grundlagendokument von Kaya (2007).
- ²³ Vgl. Levi et al. (1997), Stamm et al. (2003)
- ²⁴ Wang und Schmid (o.J.)
- ²⁵ Vgl. z.B. BFS (2005a, 2006).
- ²⁶ Vgl. BFS (2006)
- ²⁷ Vgl. Lamprecht et al. (2008a).
- ²⁸ Vgl. auch Lamprecht et al. (2008b)
- ²⁹ Vgl. Bisig und Gutzwiller (1999), Bisig et al. (2001), Lehmann et al. (1990), Schopper und Obrist (2005)
- ³⁰ In der jüngsten Altersgruppe der unter 30-Jährigen gelten 41.4 % als sehr ausgeglichen, während dieser Anteil in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren 67.2 % beträgt.
- ³¹ Lehmann et al. (1988), Vater et al. (1993), Bopp und Minder (2003).
- ³² Bopp und Minder (2003) sowie aktuelle Resultate, die uns vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.
- ³³ http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- ³⁴ Vgl. Altgeld (2006), Boudon (1973),
- ³⁵ <http://www.who.int/hia/en/>
- ³⁶ Vgl. Gesundheitsförderung Schweiz (2007)