

Kurzversion für die Praxis

# Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention

Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien

April 2020



Herausgeberschaft



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera



Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità

## **Impressum**

### **Herausgeberschaft**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH)  
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

### **Projektleitung**

Sabina Hösli, Bundesamt für Gesundheit  
Dominik Weber, Gesundheitsförderung Schweiz

### **Konzeption und Redaktion**

Dominik Weber, Gesundheitsförderung Schweiz  
Sabina Hösli, Bundesamt für Gesundheit  
In Zusammenarbeit mit advocacy ag

### **Zitierweise**

Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention. Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien. Kurzversion für die Praxis*. Bern: BAG, GFCH, GDK.

### **Publikationszeitpunkt**

April 2020

### **Fotonachweis Titelbild**

shutterstock.com

### **Bestellnummer**

316.606.DE/www.bundespublikationen.admin.ch

### **Sprachversionen**

Diese Publikation ist auch in französischer (316.606.FR) und in italienischer Sprache (316.606.IT) erhältlich.

### **Digitale Versionen**

Alle Sprachvarianten dieser Publikation stehen als PDF unter [www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen) und [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch) zur Verfügung.

### **Zugrundeliegendes Dokument**

Weber, D. (2020): *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.

## Zu dieser Publikation

Die Chancen auf Gesundheit sind in der Bevölkerung ungleich verteilt. Wir kennen bereits einige erfolgreiche Ansätze, dem entgegenzuwirken. Damit in der Schweiz möglichst alle Menschen die gleichen gesundheitlichen Chancen haben, braucht es aber weitere Bemühungen der Gesundheitsakteurinnen und -akteure und die Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche.

Gesundheitsförderung Schweiz, das Bundesamt für Gesundheit und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren haben in einem gemeinsamen Grundlagenbericht das vorhandene Wissen aus der Literatur und evaluierten Massnahmen zusammengetragen. Dieser Bericht zeigt auf,

- wie soziale Unterschiede die Gesundheit beeinflussen,
- welche Ansätze sich eignen, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen,
- welche Kriterien in der Praxis häufig über den Erfolg von Interventionen entscheiden.

Die vorliegende Publikation fasst die wichtigsten Aussagen des Grundlagenberichts für die Praxis zusammen und will damit

- Strategie- und Umsetzungsverantwortliche in Bundesämtern, Kantonen, Gemeinden und NGOs bei der Konzeption und Weiterentwicklung chancengerechter Interventionen unterstützen,
- als Hilfestellung für Personen dienen, die im Rahmen von Förderfonds Projektgesuche schreiben oder beurteilen,
- Gesundheitsakteurinnen und -akteure motivieren, den Dialog mit anderen Politikbereichen zu suchen, um dieses Wissen zu teilen.

Der Aufbau der Publikation orientiert sich an fünf Fragen, die bei der Entwicklung chancengerechter Angebote zentral sind:

1. Warum müssen wir aktiv werden?
2. Wo können wir ansetzen?
3. Für wen gilt es etwas zu tun?
4. Welche Ansätze haben sich bewährt?
5. Wie sind Massnahmen auszugestalten?

Als weiterführende Lektüre empfehlen wir den Grundlagenbericht *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen* (Weber 2020), auf dem diese Publikation beruht. Zur Orientierung verweisen wir in dieser Publikation jeweils auf die entsprechenden Seitenzahlen im Grundlagenbericht:  
(→ siehe Grundlagenbericht, SEITENZAHL)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Warum aktiv werden?</b>	<b>5</b>
1.1	Soziale Benachteiligung gefährdet die Gesundheit	5
1.2	Gesundheitliche Ungerechtigkeit betrifft die ganze Gesellschaft	5
1.3	Mehr Engagement in der Praxis notwendig	5
1.4	Wichtige Begriffe	5
<b>2</b>	<b>Wo ansetzen?</b>	<b>6</b>
2.1	Soziale Benachteiligung als Ursache	6
2.2	Persönliche und gesellschaftliche Verantwortung	6
2.3	Auf zwei Ebenen ansetzen	6
<b>3</b>	<b>Für wen etwas tun?</b>	<b>8</b>
3.1	Gesundheitliche Vulnerabilität hat viele Ursachen	8
3.2	Mehrfache Benachteiligung beachten	8
3.3	Zielgruppen genau analysieren	8
<b>4</b>	<b>Welche Ansätze haben sich bewährt?</b>	<b>10</b>
4.1	Erfolgreiche Ansätze beachten	10
4.2	Empowerment als übergeordnetes Ziel	10
4.3	Empfehlungen für drei Themenbereiche	10
4.4	Praxisbeispiele in der Schweiz	10
<b>5</b>	<b>Wie sind Massnahmen auszugestalten?</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>Hilfsmittel und weiterführende Literatur</b>	<b>16</b>
6.1	Informationsstellen/Online-Plattformen	16
6.2	Literatur	16

# 1 Warum aktiv werden?

## 1.1 Soziale Benachteiligung gefährdet die Gesundheit

Auch in der Schweiz gibt es Bevölkerungsgruppen, die häufiger erkranken, häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und früher sterben als andere. Diese gesundheitlichen Unterschiede sind gross und nehmen teilweise sogar zu. Sie sind weder zufällig, noch lassen sie sich biologisch erklären. Vielmehr folgen sie einem klaren sozialen Muster: Je stärker eine Person sozial benachteiligt ist (tiefe soziale Lage), desto höher ist ihre Wahrscheinlichkeit, von Krankheiten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einem frühen Tod betroffen zu sein. In Bern leben beispielsweise Personen in einkommenschwachen Stadtquartieren durchschnittlich rund fünf Jahre weniger lang als Menschen in wohlhabenden Stadtteilen.

Diese Unterschiede widerspiegeln soziale Privilegien und Benachteiligungen und sind potenziell vermeidbar. Daher werden sie gemeinhin als ungerecht erachtet. Gesundheitliche Unterschiede, die sich aus sozialer Ungleichheit ergeben, werden im Folgenden deshalb als «gesundheitliche Ungerechtigkeit» bezeichnet.

## 1.2 Gesundheitliche Ungerechtigkeit betrifft die ganze Gesellschaft

Gesundheit ist ein besonderes Gut, das es Menschen ermöglicht, handlungsfähig zu sein und ein Leben zu führen, das sie selbst wertschätzen. Gesundheitliche Ungerechtigkeit wiegt deshalb für die betroffenen Personen besonders schwer. Ungleiche gesundheitliche Chancen widersprechen aber auch dem Selbstverständnis und den staatlichen Grundprinzipien der Schweiz. Sie gefährden den sozialen Zusammenhalt und führen zu unnötigen Mehrkosten. Mit Blick auf den sozialen Zusammenhalt und den wirtschaftlichen Wohlstand sind wir dringend aufgefordert, uns für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu engagieren.

## 1.3 Mehr Engagement in der Praxis notwendig

Die Schweiz hat den Handlungsbedarf erkannt. Der Bund und die Kantone haben in zahlreichen Strategien (Gesundheit2030, NCD-Strategie, Suchtstrategie usw.) im Einklang mit der WHO-Strategie «Gesundheit für alle» das Ziel gesetzt, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Zahlreiche Massnahmen wurden in der Schweiz bereits ergriffen, insbesondere zugunsten benachteiligter Migrantinnen und Migranten.

Es braucht jedoch mehr. Insbesondere sind Massnahmen systematischer zu planen und umzusetzen sowie deren Zielgruppen auf weitere sozial benachteiligte Personenkreise auszuweiten.

Die gute Nachricht: Dank evaluierter Massnahmen sind heute verschiedene Ansätze und Erfolgskriterien bekannt, wie sich Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention *chancengerecht* gestalten lassen.

## 1.4 Wichtige Begriffe

Gesundheitliche Unterschiede werden **gesundheitliche Ungleichheiten** (*health inequalities*) genannt, wenn sie biologisch bedingt sind oder freiwillig in Kauf genommen werden. Im Gegensatz dazu werden Unterschiede, die sozial bedingt und vermeidbar sind, als **gesundheitliche Ungerechtigkeit** (*health inequities*) bezeichnet.

**Gesundheitliche Chancengleichheit** ist ein gesundheitspolitisches Leitziel, das für alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit anstrebt.

**Gesundheitliche Chancengerechtigkeit** ist ein operatives Umsetzungsprinzip. Es bezieht sich auf das Schaffen der Bedingungen, die es allen Menschen ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen.

Kurz: Gesundheitliche Chancengleichheit ist das Ziel, gesundheitliche Chancengerechtigkeit der Weg dazu.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 11–30)

## 2 Wo ansetzen?

### 2.1 Soziale Benachteiligung als Ursache

Gesundheitliche Ungerechtigkeit ist ein sozial bedingtes Problem und das Resultat eines langen Prozesses. Ausschlaggebend sind die Rahmenbedingungen einer Gesellschaft und die Verteilung von Ressourcen und Belastungen. Sozial Benachteiligte können die Ursachen ihrer Benachteiligung deshalb oft nicht selbst kontrollieren und beeinflussen.

Die Abbildung auf folgender Seite zeigt ein Modell, das in vier Schritten erklärt, wie gesundheitliche Ungerechtigkeit entsteht:

1. Der gesellschaftliche Kontext (also die Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie die Normen und Werte) bestimmt die Lage, die eine Person in der Gesellschaft einnimmt. Je nach Kontext weist eine bestimmte Person eine höhere oder eine tiefere soziale Lage auf – die Person ist also verglichen mit anderen Mitgliedern der Gesellschaft privilegiert oder benachteiligt.
2. Die soziale Lage prägt, welchen konkreten Belastungen eine Person ausgesetzt ist und über welche Ressourcen sie verfügt. Gemeinhin weisen sozial benachteiligte Menschen gleichzeitig ein erhöhtes Ausmass an Belastungen und einen Mangel an Ressourcen auf.
3. Es sind diese Belastungen und Ressourcen, die sich konkret auf die Gesundheit auswirken. Je mehr Belastungen und je weniger Ressourcen eine Person hat, umso schlechter ist gemeinhin ihr Gesundheitszustand.
4. Am Ende dieser Wirkungskette steht die empirisch gut belegte gesundheitliche Ungerechtigkeit.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 34–39)

### 2.2 Persönliche und gesellschaftliche Verantwortung

Die persönliche Verantwortung ist auch bei Gesundheitsfragen zentral. Sie lässt sich u. a. dadurch fördern, dass das Individuum bestärkt wird, gesundheitsförderliche Entscheide zu fällen. Gleichzeitig zeigt das Erklärungsmodell (siehe Abbildung), dass die gesundheitlichen Möglichkeiten einer Person von ihren sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen geprägt sind – und die individuelle Einflussnahme deshalb begrenzt ist.

Ein soziales Problem wie gesundheitliche Ungerechtigkeit lässt sich nicht alleine mit Massnahmen lösen, die bei einer einzelnen Person ansetzen. Es müssen ebenso Bedingungen geschaffen werden, die es allen Menschen erlauben, gesund zu sein, zu werden und zu bleiben.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 58–59)

### 2.3 Auf zwei Ebenen ansetzen

Je nach Rolle, Auftrag und Möglichkeiten können Akteurinnen und Akteure ihre Massnahmen zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit auf zwei Ebenen ansetzen:

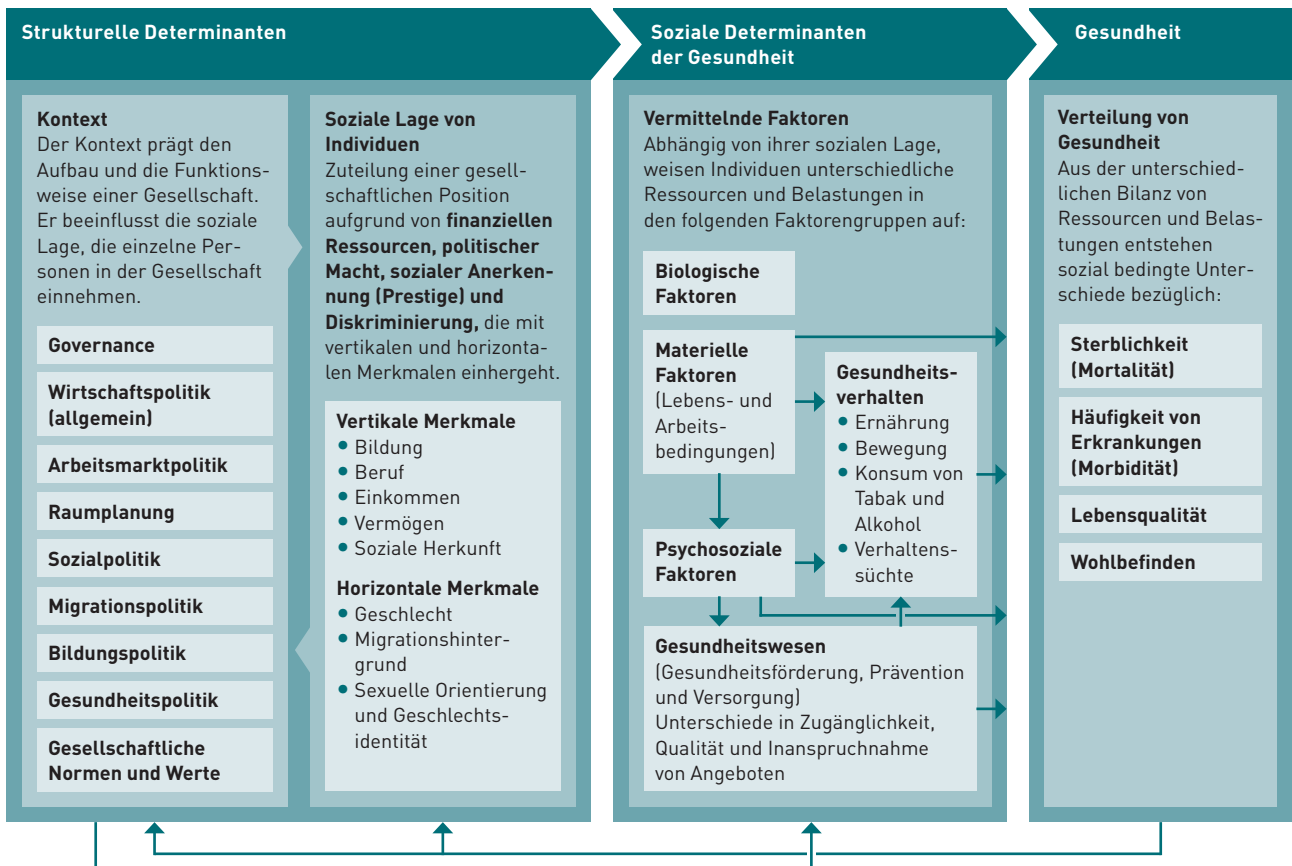
- auf Ebene der sozialen Gesundheitsdeterminanten, das heisst der unmittelbaren Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie
- auf Ebene der strukturellen Determinanten, das heisst der Faktoren, die diese Bedingungen prägen (d. h. der gesellschaftliche Kontext und die soziale Lage).

Massnahmen, die bei sozialen Gesundheitsdeterminanten ansetzen, helfen, Belastungen zu reduzieren und Ressourcen benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu stärken.

Massnahmen, die bei strukturellen Determinanten ansetzen, helfen, soziale Ungleichheit und Benachteiligung zu reduzieren.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 40–41)

ABBILDUNG: MODELL ZUR ERKLÄRUNG GESUNDHEITLICHER UNGERECHTIGKEIT



Im Modell wurden nur die Wirkungsrichtungen abgebildet, die für die Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit entscheidend sind. Daneben gibt es zahlreiche weitere Wirkungsrichtungen (z. B. zwischen biologischen Faktoren und dem Gesundheitsverhalten oder vom Gesundheitsverhalten zurück zu den psychosozialen Faktoren) (eigene Darstellung, in Anlehnung an CSDH [2008] und Mielck [2000]).



## 3 Für wen etwas tun?

### 3.1 Gesundheitliche Vulnerabilität hat viele Ursachen

Unterschiedliche Gründe können dazu führen, dass Menschen häufiger krank werden oder früher sterben. Auf der einen Seite beeinflussen individuelle Faktoren die Gesundheit. Beispielsweise können eine bereits vorliegende Erkrankung oder Behinderung, eine Schwangerschaft, hohes Alter oder ein suchtkranker Elternteil die gesundheitliche Vulnerabilität erhöhen.

Auf der anderen Seite können gesundheitliche Chancen aufgrund sozialer Benachteiligung eingeschränkt sein (siehe Abbildung). Das heisst, das *gesellschaftliche Umfeld* beeinflusst die Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen negativ, indem es ihnen den Zugang zu materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen einschränkt. In der Schweiz werden insbesondere folgende Merkmale mit sozialer Benachteiligung in Verbindung gebracht:

- sozioökonomischer Status (SES), also Bildung, Berufsstatus, Einkommen und Vermögen
- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (LGBTI-Community)

Die folgenden Ansätze für chancengerechte Massnahmen fokussieren auf diese *sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen*.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 21–23)

### 3.2 Mehrfache Benachteiligung beachten

In der Praxis stehen diese individuellen Faktoren und Benachteiligungsmerkmale nicht isoliert nebeneinander. Im Gegenteil: In der Regel ist es das Zusammenwirken von individuellen Faktoren und Benachteiligungsmerkmalen, das soziale Benachteiligung und Gesundheitsprobleme verschärft. Dabei gilt: Je mehr Benachteiligungsmerkmale Menschen aufweisen und je mehr individuelle Faktoren negativ ein-

wirken, desto schlechter steht es um ihre Gesundheit und um ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten, mit einer Erkrankung umzugehen.

Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Person über keinen anerkannten Bildungsabschluss verfügt, alleinerziehend ist und mit unsicherem Aufenthaltsstatus in der Schweiz lebt.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 42–43)

### 3.3 Zielgruppen genau analysieren

Epidemiologische Gesundheitsdaten, ergänzt mit Praxiserfahrungen und theoretischen Überlegungen, liefern erste Anhaltspunkte zur Definition der Zielgruppe einer Massnahme. Sie zeigen, welche Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes Risiko für Krankheiten und/oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen aufweisen.

Zwei Dinge sind dabei aber zu beachten:

1. Weil ein erhöhtes Risiko für Krankheiten oder gesundheitsgefährdendes Verhalten häufig nicht auf ein einziges Merkmal zurückzuführen ist, sind Überschneidungen von sozialen Benachteiligungsmerkmalen (und individuellen Faktoren) besonders zu beachten. Das zuvor diskutierte Zusammenwirken von Faktoren und Merkmalen ist also wesentlich bei der Zielgruppendefinition.
2. Gesundheitsdaten belegen ein erhöhtes Risiko für Krankheiten oder gesundheitsgefährdendes Verhalten bestimmter Bevölkerungsgruppen (z. B. «Teile der Migrationsbevölkerung sind häufiger von Erkrankungen betroffen»), erklären dieses in der Regel aber nicht.

Es braucht deshalb weiterführende Analysen, um zu bestimmen, was tatsächlich für ein erhöhtes Krankheitsrisiko verantwortlich ist. Im Beispiel der Migrationsbevölkerung können dies fehlende Kenntnisse einer Landessprache, mangelnde soziale und ökonomische Integration oder ein prekärer Aufenthaltsstatus sein – Faktoren, die allesamt mit einem Migrationshintergrund verbunden sein können.



Die folgenden Leitfragen können bei weiterführenden Analysen helfen:

- Welche gesundheitlichen Belastungen sind mit den Merkmalen benachteiligter Bevölkerungsgruppen verbunden?  
*Beispielsweise gesundheitsgefährdende Arbeits- und Lebensbedingungen, Stigmatisierung oder fehlender Zugang zum Gesundheitssystem.*
- Welche gesundheitlichen Ressourcen sind bei diesen Gruppen vorhanden bzw. nicht vorhanden?  
*Beispielsweise starke soziale Netzwerke, Gesundheitskompetenz, Sensibilität für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention.*

Die Beschreibung der Zielgruppe und die Analyse konkreter Belastungen und Ressourcen helfen, einen spezifischen Handlungsbedarf zu erkennen und den Fokus für Massnahmen zu setzen.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 52–57)

## 4 Welche Ansätze haben sich bewährt?

### 4.1 Erfolgreiche Ansätze beachten

Eine Reihe von Ansätzen haben sich nachweislich als wirksam erwiesen, um die gesundheitlichen Chancen von Personen zu verbessern, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status, ihres Geschlechts, ihres Migrationshintergrunds, ihrer sexuellen Orientierung und/oder ihrer Geschlechtsidentität sozial benachteiligt und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Krankheiten betroffen sind. Die folgenden Listen sollen dazu dienen, eigene Ansätze zu entwickeln, die auf Bewährtem aufbauen.

### 4.2 Empowerment als übergeordnetes Ziel

Im Kern von chancengerechten Interventionen steht die Stärkung der Ressourcen sozial Benachteiligter (*Empowerment*).

Dadurch sollen Menschen jene Faktoren stärker kontrollieren können, die ihre Gesundheit mitbestimmen. Oder wie die WHO schreibt: Die Kernaufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention liegt darin, *«gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen»* (WHO Europa 1986: 2).

Ein Engagement gegen sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit widerspricht damit nicht dem liberalen Ideal der individuellen Freiheit und Selbstverantwortung, sondern schafft vielmehr eine Voraussetzung für selbstbestimmte Handlungsfähigkeit.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 24)

### 4.3 Empfehlungen für drei Themenbereiche

Auf den folgenden Seiten werden Ansätze vorgestellt, die in Reviews und Meta-Analysen untersucht worden sind. Sie haben sich nachweislich als wirksam erwiesen, die gesundheitliche Chancengleichheit in den folgenden Bereichen zu fördern:

- Ernährung und Bewegung
- Psychische Gesundheit
- Sucht (Fokus Tabak<sup>1</sup>)

Die Listen sind nicht abschliessend. Fehlt ein bekannter Ansatz, heisst dies nicht, dass er wirkungslos ist. Es fehlt vielmehr eine Analyse, die seine Wirksamkeit nachweist.

Die Ansätze werden hier stichwortartig zusammengefasst, im Grundlagenbericht finden sich ergänzende Informationen dazu.

### 4.4 Praxisbeispiele in der Schweiz

Die bewährten Ansätze sind mit Massnahmen aus der schweizerischen Praxis ergänzt. Auch hier liegt der Fokus auf evaluierten Massnahmen. Es fällt auf, dass bislang insbesondere Massnahmen evaluiert wurden, die direkt sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ansprechen. Hingegen wurden kaum evaluierte Massnahmen gefunden, die auf den Kontext dieser benachteiligten Gruppen einwirken.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 60–61)

<sup>1</sup> Im Suchtbereich wurde aus Ressourcengründen ein Fokus auf die Tabakprävention gelegt, da chancengerechte Massnahmen in diesem Bereich gut untersucht sind. Hingegen liegt wenig systematisches Wissen zu chancengerechten Massnahmen bei anderen substanzgebundenen Suchterkrankungen (wie Alkohol) oder Verhaltenssuchten vor. Einige Erkenntnisse aus der Tabakprävention lassen sich auf die Prävention von anderen substanzgebundenen Suchterkrankungen übertragen, jedoch nur beschränkt auf Verhaltenssuchte.

## Ansätze im Bereich Ernährung und Bewegung

### zu strukturellen Determinanten

**Ziel der Massnahmen:** soziale Ungleichheit und Benachteiligung reduzieren

#### Wirtschaftspolitik (allgemein)

- Anpassung der Lebensmittelpreise (Erhöhung der Preise für «ungesunde» Nahrungsmittel)
- Finanzielle Anreize für gesunde Ernährung (Subventionen)
- Vergünstigungen und steuerliche Abzüge für Sportkurse für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien

### zu sozialen Determinanten der Gesundheit

**Ziel der Massnahmen:** Belastungen reduzieren und Ressourcen stärken

#### Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen

- Gestaltung der Umwelt (Erhöhung der Anzahl Spielplätze oder Grünflächen, Förderung der Alltagsbewegung durch Spazier- und Fahrradwege)
- Zurverfügungstellung von kommunalen Sporteinrichtungen
- Förderung des Angebots an gesundem Essen in benachteiligten Quartieren
- Strukturelle Massnahmen an Schulen zur Förderung von Bewegung und Ernährung (Leitlinien, Strategien und Konzepte)
- Ausweitung des Angebots an gesundem Essen in Schulen
- Ausweitung der Gelegenheiten zur sportlichen Betätigung in Schulen
- Spezifische Bewegungs- und Ernährungsinterventionen am Arbeitsplatz
- Geschlechterneutrale Umkleidekabinen in Sporteinrichtungen

#### Psychosoziale Faktoren

- Interventionen zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle
- Auseinandersetzung mit normierten Körperbildern

#### Gesundheitsverhalten

- Multikomponenteninterventionen, die Verhaltenstechniken, Sensibilisierung und Information sowie Anpassungen der Lebensbedingungen kombinieren
- Präventive Hausbesuche durch Gesundheitsfachleute zur Sensibilisierung für das Thema körperliche Aktivität
- Bewegungsförderung im Rahmen von Alltagsaktivitäten
- Zielgruppenspezifische Medienkampagnen und -kanäle zur Sensibilisierung für die Themen körperliche Aktivität und Ernährung
- Technologiebasierte Interventionen (z. B. Fitness-Tracker)

### Praxisbeispiele in der Schweiz<sup>2</sup>

- **schritt:weise**, Frühförderprogramm für Kinder
- **Miges Balù**, Beratung von Eltern mit Migrationshintergrund
- **Roundabout**, Tanzangebot für Mädchen und junge Frauen
- **Mamamundo**, Geburtsvorbereitungskurse für Frauen mit Migrationshintergrund mit Dolmetschenden
- **Feierabendtreff Männer 60-plus**, Informationstreffe für Männer 60+ zu altersspezifischen Fragen wie Pensionierung und Partnerschaft

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 62–71)

<sup>2</sup> Genannt werden hier auch Praxisbeispiele, die einen umfassenden Ansatz haben und nicht einzig auf die Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung fokussieren.

## Ansätze im Bereich Psychische Gesundheit

### zu strukturellen Determinanten

**Ziel der Massnahmen:** soziale Ungleichheit und Benachteiligung reduzieren

#### Arbeitsmarktpolitik

- Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtern
- Trainingsprogramme zur Erleichterung der Arbeitssuche

#### Sozialpolitik

- Armutsabbau (z. B. Förderung von fairen Mindestlöhnen, Vorbeugung gegen Schuldenfallen oder Umverteilung von Geldern in der Gesellschaft)
- Wiedereingliederungsprogramme in den Arbeitsmarkt
- Zugang zu qualitativ guten Betreuungsangeboten für Kleinkinder

#### Bildungspolitik

- Anti-Bullying-Leitlinien an Schulen bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität

#### Gesundheitspolitik

- Gender Mainstreaming
- Abbau von finanziellen und rechtlichen Hürden im Bereich der körperlichen und amtlichen Geschlechtsanpassung

#### Gesellschaftliche Normen und Werte

- Kampagnen zur Reduktion der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen
- Zielgruppenspezifische Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen bei Männern
- Antidiskriminierungsgesetze und -leitlinien bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität
- Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungskampagnen bezüglich der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität

### zu sozialen Determinanten der Gesundheit

**Ziel der Massnahmen:** Belastungen reduzieren und Ressourcen stärken

#### Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen

- Zugang zu Erholungsräumen
- Verbesserung der Wohnsituation
- Arbeitgeberschulungen zum Thema psychische Gesundheit
- Gesundheitsförderliche Veränderung der Arbeitsorganisation

#### Psychosoziale Faktoren

- Massnahmen zur sozialen (Re-)Integration
- Förderung von Strukturen zur sozialen Integration
- Schulbasierte Interventionen zur Förderung der psychosozialen Ressourcen
- Stärkung der Resilienz
- Stärkung der sozio-emotionalen Kompetenzen und der Lebenskompetenzen
- Achtsamkeitsbasierte Ansätze
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Erhöhung der *Mental Health Literacy*
- Familienzentrierte Interventionen (Erziehung und Familienleben)
- Unterstützungsprogramme für Eltern (in Gruppen und über Hausbesuche)
- Freizeitangebote zur positiven Entwicklung in der Jugend
- Aufzeigen von Freizeitaktivitäten (*social prescribing*)
- Förderung von Arbeitnehmenden in Kommunikations- und Stressbewältigungsstrategien
- Motivierende Gesprächsführung
- *Therapeutic communities* (wie Frauenhäuser)

#### Gesundheitsverhalten

- Förderung der körperlichen Aktivität
- Technologiebasierte Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit

#### Gesundheitswesen

- Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsinformationen
- Abbau von Barrieren in der Regelversorgung bzw. eine Steigerung von diversitätskompetenten Angeboten
- Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Regelversorgung bezüglich der Situation und der Bedürfnisse von LGBTI+
- Gemeindefweite Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention von Verhaltensproblemen (insb. kleinräumige Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure und Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsplänen)
- Systematische Berücksichtigung von horizontalen Ungleichheitsmerkmalen in Monitorings und Evaluationen

### Praxisbeispiele in der Schweiz

- **GLL – Das andere Schulprojekt**, Sensibilisierung für sexuelle Orientierung, Diversität
- **Reden kann retten**, Kampagne zum Umgang mit Suizidgedanken
- **Être Gai Ensemble**, Austauschtreffen für homosexuelle Männer
- **Vefz Treffpunkte**, offene Gesprächsnachmittage für sozial isolierte Menschen
- **MigrantInnen leben gesund im Alter**, Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten ab 65 Jahren im Bereich psychische Gesundheit

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 72–81)

## Ansätze im Bereich Sucht (Tabak)

### zu strukturellen Determinanten

**Ziel der Massnahmen:** soziale Ungleichheit und Benachteiligung reduzieren

#### Wirtschaftspolitik (allgemein)

- Beschränkungen in der Tabakwerbung und im Sponsoring
- Erhöhung des Zigarettenpreises und der Tabaksteuer
- Beschränkungen im Tabakverkauf an Minderjährige

#### Gesundheitspolitik

- Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, am Arbeitsplatz, in Betreuungseinrichtungen, an Schulen und auf öffentlichen Plätzen
- Kostenübernahme von Nikotinersatztherapien
- Checklisten zu Gender und Diversität, um Angebote gendersensibel zu gestalten

#### Gesellschaftliche Normen und Werte

- Warnhinweise auf Zigarettenpackungen (inkl. Rollenmodelle)
- Zielgruppenspezifische Medienkampagnen
- Antidiskriminierungsstrategien in Schulen bezüglich LGBTI-Schüler/innen (*Anti-Bullying*-Leitlinien, *Gay-Straight*-Allianzen)

### zu sozialen Determinanten der Gesundheit

**Ziel der Massnahmen:** Belastungen reduzieren und Ressourcen stärken

#### Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen

- Umstellung zu rauchfreien Wohnungen

#### Psychosoziale Faktoren

- Beratungsbasierte psychologische Interventionen zum Rauchstopp in der Schwangerschaft
- Förderung von Problemlösungsfähigkeiten
- Vermittlung von Entspannungstechniken
- Thematisierung von sozialen Einflüssen
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Motivationstechniken
- Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen (bzw. Lebenskompetenzen) in Kindheit und Jugend
- Edukative Angebote für Eltern und Lehrpersonen (zur Stärkung von Unterrichts- und Erziehungskompetenzen)

#### Gesundheitsverhalten

- Pharmakotherapie/Nikotinersatzprodukte
- Rauchstopplinen
- *Contingency Management* (Belohnungssystem in Form von Gutscheinen)
- Technologiebasierte Interventionen (z. B. webbasierte Rauchstoppprogramme, Vernetzung über soziale Medien, Interventionen mit SMS-Versand)
- Förderung der körperlichen Aktivität

#### Gesundheitswesen

- Integration der Suchtproblematik in die Ausbildung der Ärzteschaft
- Motivation der Ärzteschaft, vermehrt spezifische Rauchstoppberatungen anzubieten
- Integration von Kurzberatungen in bestehende Angebote in der Gesundheitsversorgung
- Gemeindebasierte Präventionsstrategien (insb. kleinräumige Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure und Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsplänen)

### Praxisbeispiele in der Schweiz

- **Tiryaki Kukla**, Rauchstoppkurse und Tabakprävention in Settings der Migrationsbevölkerung
- **SmokeFree**, Tabakprävention mit Einbezug von Medien der Migrationsbevölkerung
- **Gendersensibel-diversitätsorientierte Suchtprävention** der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich
- **«der kleine Unterschied – gendersensible Suchtprävention»**, Aufklärungsfilm als Beispiel gendersensibler Suchtprävention
- **FemmesTische**, ungezwungene Diskussionsrunden im privaten Rahmen mit Fragen zu Erziehung und Gesundheit

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 82–89)

## 5 Wie sind Massnahmen auszugestalten?

Chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention kann zweierlei bedeuten: Einerseits, dass bestehende Angebote die unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebensbedingungen von Menschen berücksichtigen; andererseits, dass Angebote spezifisch für benachteiligte Bevölkerungsgruppen entwickelt werden. Für die Planung und Umsetzung solcher chancengerechter Massnahmen sind in der Literatur zahlreiche *Erfolgskriterien* zu finden. Die untenstehende **Checkliste** orientiert sich an den «Kriterien guter Praxis für sozialogenbezogene Gesundheitsförderung» des deutschen Koopera-

tionsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) und wurde ergänzt mit evidenzbasierten Beispielen aus der Literatur. Es handelt sich dabei um eine Auswahl aus gängigen Kriterien guter Praxis, die für chancengerechte Massnahmen als besonders relevant bewertet wurden. Die Checkliste soll dazu beitragen, neue Massnahmen zu konzipieren oder bestehende Massnahmen zu reflektieren und anzupassen.

(→ siehe Grundlagenbericht, S. 62–92)

---

### Zielgruppenbezug

Die Massnahme ist auf benachteiligte Zielgruppen, ihre Ressourcen und die aus ihrer sozialen Benachteiligung entstehenden Belastungen ausgerichtet. Die Lebenslage, altersspezifische Bedürfnisse, Fähigkeiten/Ressourcen und persönlichen Geschichten der Zielgruppe sind adäquat berücksichtigt.

Beispiele:

- Angebote berücksichtigen die Mobilität und/oder den finanziellen Spielraum der Zielgruppe
- Angebote in einfacher Sprache – ohne Fachjargon – und je nach Zielgruppe in deren Herkunftssprache

---

### Setting/Zeitpunkt

Die Massnahme wird in der Lebenswelt der Zielgruppe umgesetzt und/oder strebt eine gesunde Lebenswelt für die Zielgruppe an. Der Zeitpunkt eignet sich, um eine Massnahme umzusetzen.

Beispiele:

- Massnahmen in Lebenswelten/sozialen Netzwerken der spezifischen Gemeinschaft einbetten (religiösen Zentren, [Sport-]Vereinen, Treffpunkten von Communities, Quartiertreffpunkten)
- Kritische bzw. Umstellung erfordernde Lebensereignisse wie Einschulung, beruflichen Wiedereinstieg, Pensionierung oder Tod einer nahestehenden Person als Zeitpunkt für Intervention nutzen

---

### Einbezug von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Für die Umsetzung der Massnahme ist reflektiert, welche Personen (Fachpersonen/Mitglieder der Zielgruppe) und Institutionen Zugang zur Zielgruppe haben und welche Botschaften (konkrete Inhalte oder Hinweis auf Angebote) sie in welcher Form weitergeben sollen.

Beispiele:

- Peer-Leader-Ansatz anwenden, d. h., Massnahmen mit Personen aus der Zielgruppe durchführen
- Zugang über Vertrauenspersonen wie Hausärztinnen und Hausärzte schaffen
- Zielgruppe durch (Sozialarbeitende der) Gemeinde ansprechen und motivieren

---

### Nachhaltigkeit

Die Massnahme ist so ausgestaltet, dass dauerhafte Veränderungen in der Zielgruppe (Stärkung von Ressourcen und Abbau von Belastungen) oder in ihrer Lebenswelt (gesundheitsförderliche Anpassungen der Lebensbedingungen) angestrebt werden.

Beispiele:

- Sich wiederholende Angebote mit personeller und örtlicher Kontinuität
  - Kontakte zwischen Fachpersonen der Grundversorgung und der Zielgruppe herstellen
-

---

 **Niederschwelligkeit**

Die Massnahme ist hinsichtlich ihrer organisatorischen Ausgestaltung (Tageszeit, Ort, Kosten, Formalitäten), ihrer Konzeption (bedarfsgerechte Ausgestaltung, Ausrichtung auf Zielgruppe) und ihrer Zugänglichkeit (aufsuchende, begleitende, vernetzte Angebote) niederschwellig ausgestaltet.

Beispiele:

- Proaktiv mit mehreren Kontakten auf Zielgruppe zugehen
  - Punktuelle, persönliche Unterstützung anbieten
  - Massnahmen mit Kinderhütendienst kombinieren
- 

 **Partizipation**

Die Zielgruppe ist in alle Phasen der Massnahmenentwicklung (Planung, Umsetzung, Evaluation) einbezogen. Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe werden bei Bedarf befähigt, ihre Bedürfnisse und Vorstellungen einzubringen.

Beispiele:

- Partizipative Einbindung von Mitgliedern, Organisationen und/oder Fachpersonen aus der Zielgruppe in die Entwicklung und Adaptierung von Massnahmen
  - Fokus auf interaktive Aktivitäten legen, die eine aktive Partizipation verlangen
- 

 **Empowerment der Zielgruppe**

Unter Beachtung der Rahmenbedingungen und der Möglichkeiten der Zielgruppe werden mit der Massnahme Einzelpersonen und Gruppen befähigt, ihre individuelle Gesundheitskompetenz zu verbessern und damit gesundheitsförderliche Entscheide zu treffen sowie ihre Lebenswelt gesundheitsförderlich auszugestalten.

Beispiele:

- Konkrete Fähigkeiten aufbauen, wie Kochen, Kommunikations- und Problemlösungsstrategien, Bewerbungsunterlagen erstellen, Setzen von Zielen
  - Hilfestellungen für das Auffinden von vertrauenswürdigen Informationen und den kritischen Umgang mit Informationen bieten
  - Massnahmen auf Motivation und Empowerment ausrichten, zum Beispiel mit personenzentriertem Ansatz
- 

 **Kompetenzen der Fachpersonen**

Es ist gewährleistet, dass Fachpersonen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über die notwendigen Kompetenzen für die Umsetzung der Massnahmen verfügen.

Beispiele:

- Gut qualifizierte Fachpersonen oder Laien mit spezifischem Training für die Umsetzung einsetzen
  - Aufbau von Kompetenzen bei den Umsetzenden
- 

 **Vernetzte, multisektorale Massnahmen**

Die Massnahme ist so ausgestaltet, dass Ansatzebenen (strukturelle Determinanten und soziale Gesundheitsdeterminanten), relevante Sektoren (z. B. Gesundheit, Bildung, Raumplanung), Fachbereiche (z. B. Sozialarbeit, Hausarztmedizin, Integrationsfachperson), politische Umsetzungsebenen (z. B. Kanton, Gemeinde, Quartier) und Ressourcen (z. B. finanzielle Mittel, Know-how, fachspezifische Handlungsansätze) vernetzt und integriert sind. Damit wird gewährleistet, dass Ziele verschiedener Akteurinnen und Akteure aufeinander abgestimmt sind, Informationen ausgetauscht werden und sich verschiedene bestehende Ressourcen ergänzen.

Beispiele:

- Massnahmen auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene verknüpfen, zum Beispiel Gestaltung der Umgebung kombinieren mit Massnahmen zum Bewegungsverhalten
  - Zusammenhänge zwischen verschiedenen Themen wie Ernährung, Bewegung, Medienkonsum deutlich erkennbar machen und verschiedene Ansätze kombinieren
  - Gute Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitssystem fördern
- 

 **Dokumentation und Evaluation**

Die Umsetzung der Massnahme wird dokumentiert und evaluiert. Dabei wird überprüft, ob das Angebot die Zielgruppen erreicht, ihren Bedürfnissen gerecht wird, ihre gesundheitlichen Chancen verbessert werden und sichergestellt ist, dass die Massnahme die gesundheitliche Ungerechtigkeit nicht verschärft. Evidenzbasiertes Wissen zur Wirksamkeit von Massnahmen kann für die Umsetzung weiterer Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für benachteiligte Zielgruppen genutzt werden.

---



# 6 Hilfsmittel und weiterführende Literatur

## 6.1 Informationsstellen/Online-Plattformen

- Allgemeine Qualitätskriterien für Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention: [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch)
- migesplus – Portal für gesundheitliche Chancengleichheit: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

## 6.2 Literatur

### Grundlagen

- Bachmann, N. & Neuhaus, M. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- BAG (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit. Zahlen und Fakten für die Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bodenmann, P., Jackson, Y. & Wolff, H. (2018). *Vulnérabilités, équité et santé*. Chêne-Bourg: RMS Médecine & Hygiène.
- Chatelard, S., Vaucher, P., Wolff, H., Bischoff, T., Herzig, L., Panese, F., Vu F., Burnand, B. & Bodenmann, P. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? *Revue Médicale Suisse*, 8, pp. 1061–1066.
- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf: World Health Organization.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Rathmann, K. & Richter, M. (2016). Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Ed.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (pp. 25–58). Zürich: Seismo Verlag.
- Stamm, H., Lamprecht, M., Conrad, C., Setz, R. & Ackermann, G. (2010). *Arbeitspapier zum Grundlegendokument «Soziale Ungleichheit und Gesundheit»*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.
- WHO Europe (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Europe (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Kopenhagen: World Health Organization.

### Empfehlungen/ Best Practice/ Erfolgskriterien

- Bülent, K. & Efionayi-Mäder, D. (2008). *Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten*. Bern: BAG.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2020): *Checkliste Gesundheitliche Chancengleichheit*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Maier, L. & Salis Gross, C. (2015). *Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebereich der Expertengruppe*. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Pospiech, S., Amler, M. & Kilian, H. (2017). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- Spini, D., Pin le Corre, S. & Klaase, H. S. (2016). Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 31–41). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.