

# Wie berücksichtigt Gesundheitsförderung die sozialen Determinanten?

Felix Wettstein<sup>a</sup>

a Dozent am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten, Schweiz; Leiter des MAS-Studiums Gesundheitsförderung und Prävention; Mitglied des Fachrats von Public Health Schweiz und Leiter der Fachgruppe Gesundheitsförderung; Mitbegründer und Co-Koordinator des deutschsprachigen D/A/CH-Netzwerks für Gesundheitsförderung

## Zusammenfassung

Gesundheitsförderung ist als Handlungsansatz zunehmend verbreitet und akzeptiert. In den Grundsätzen ist unbestritten, dass Gesundheitsförderung nur erfolgreich sein kann, wenn die sozialen Bedingungen einer guten Gesundheit beachtet werden. Dazu können Determinantenmodelle zur Gesundheit, welche die sozialen Einflussfaktoren berücksichtigen, gute Orientierung bieten. Idealerweise werden die vertikalen sozialen Ungleichheiten wie Einkommen und Bildungsabschluss ergänzt um die Reflexion von horizontalen Ungleichheiten (Geschlecht, Alter, Ethnie) sowie von Milieuzugehörigkeiten. Auf diese Weise lassen sich Bedarfs- und Zielgruppen von Gesundheitsförderung differenziert charakterisieren und Programme auf das Ziel einer verbesserten gesundheitlichen Chancengleichheit hin begründen. Der Blick auf die praktische Ausgestaltung der Gesundheitsförderung, namentlich auf den gesetzten Rahmen von nationalen Strategien, zeigt allerdings, dass die Orientierung an sozialen Determinanten noch lange nicht selbstverständlich ist.

**Schlagworte:** Gesundheitsförderung, soziale Determinanten, Milieuzugehörigkeit, nationale Strategien.

## Einleitung

Gesundheitsförderung ist ein junges Konzept. Es ist erst dreissig Jahre her, seit die Weltgesundheitsorganisation WHO das Basisdokument, die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [1], formuliert hat. Seither ist Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Lebensfeldern konkretisiert worden – in Gemeinden und Städten, Schulen, Betrieben, sozialen Diensten, Freizeitvereinigungen, Medien ([2], 160f.) – und hat sich zumindest teilweise etablieren können. Gleichwohl kann nicht davon ausgegangen werden, dass Gesundheitsförderung auf ungeteilte Zustimmung stösst. Sie wird auch nicht überall verstanden, daher ist es nötig, sie in ihren Grundzügen zu definieren.

Gesundheitsförderung ist ein entwicklungsorientiertes Konzept. Sie strebt nach Zuwachs an Lebensqualität und Wohlbefinden für alle Gruppen der Bevölkerung.

Gleichzeitig ist sie ein sozialpolitisch motiviertes Konzept, denn es ist ihr erklärtes Ziel, die Chancengerechtigkeit bezüglich Gesundheit zu verbessern respektive dazu beizutragen, dass bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten kleiner werden ([3], 138). Der Begriff «Gesundheit» wird im Sinne des Konzepts Salutogenese ([4], 29f.) als eigenständiges, positiv gewertetes Konstrukt verwendet, nicht bloss als Abwesenheit von Krankheit. Er umfasst seelisches, körperliches, spirituelles und soziales Wohlbefinden. Der Begriff «Förderung» legt den Akzent auf den Ausbau und die Stärkung von Ressourcen in jeder Lebenslage, auch unter erschwerten Lebensbedingungen. Damit setzt Gesundheitsförderung einen Kontrapunkt zu vorwiegend sicherheitsorientierten Konzepten der Prävention oder Prophylaxe, denn deren Bezugspunkte sind Krankheiten und Belastungen, die es zu vermeiden gilt ([5], 102). Die beiden Ansätze Gesundheitsförderung und Prävention ergänzen sich, und beide sind in der Regel gesellschaftlich erwünscht. Trotz Gemeinsamkeiten in den Handlungsfeldern, Zielgruppen und Methoden lassen sie sich, was ihre Handlungsmotive, Ziele und Referenzpunkte anbelangt, deutlich unterscheiden.

Gesundheitsförderliches Handeln manifestiert sich im Idealfall entlang von zwei Strategien, die zudem untereinander in Wechselwirkung stehen: strukturorientierte und individuenorientierte Strategien. Zum einen zielt Gesundheitsförderung auf die Veränderung von strukturellen Bedingungen («Verhältnisse»): Diese sollen sich möglichst günstig auf einen hohen Grad von Gesundheit und Chancengerechtigkeit auswirken. Zum anderen bezweckt sie, die Menschen als Individuen in ihrer Entwicklung zu stärken. Sie will deren Fähigkeiten erweitern, selbstbestimmt zur eigenen Gesundheit beizutragen. Es geht also um Wissen, Einstellungen, Überzeugungen, konkretes Verhalten sowie um Gewohnheiten (Habitus). Diese individuellen Befähigungen sind die Basis sowohl für persönliche Entwicklung als auch für die Motivation und Kompetenz, sich im eigenen Umfeld für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen einzusetzen. Handlungsebenen der Gesundheitsförderung sind daher, wie es bereits in der Ottawa-Charta [1] formuliert wurde, Individuen, Gruppen, Gemeinwesen, formale Institutionen sowie eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik.

## Orientierung an Determinanten von Gesundheit

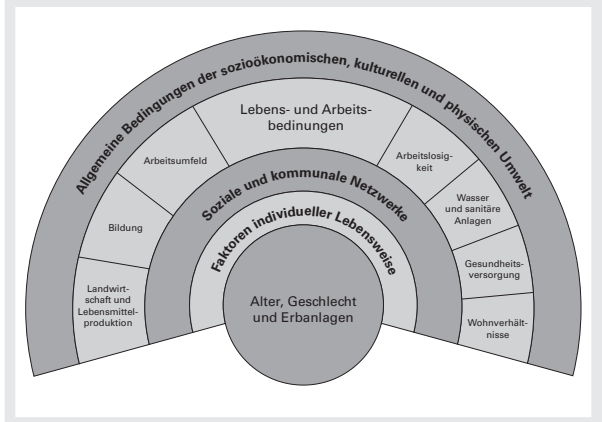
Ein hohes Mass an Gesundheit resultiert aus dem Zusammenspiel von zahlreichen Einflussfaktoren respektive Determinanten. Es gibt verschiedene Vorschläge, diese Einflussgrössen zu kategorisieren und in Form von Modellen grafisch darzustellen. Im Public-Health-Kontext findet zweifellos die regenbogenförmige Darstellung von Dahlgren und Whitehead [6] am häufigsten Verwendung. Sie ist damals im Auftrag der WHO entstanden, darum wird oft, auch nachfolgend, vom WHO-Modell gesprochen.

Die Schalen dieses Modells in konzentrischen Halbkreisen schaffen Übersicht. Im Zentrum sind die individuell-biographischen Faktoren, die in der Regel unbeeinflussbar sind: genetische Ausstattung und Konstitution, Alter, Geschlecht. Eine erste Sphäre um diesen Kern herum umfasst die individuellen Verhaltensweisen (im Originaltext «individual lifestyle factors»), beispielsweise Schlaf, Entspannung, Sexualität, Alltagsbewegung, Ernährung, Konsum von Heil- oder von Suchtmitteln, Hygiene, Selbstbeobachtung und das Wahrnehmen von Vorsorgemassnahmen. Individuenorientierte Strategien von Gesundheitsförderung zielen auf Stabilisierung oder Veränderung im Bereich dieser Faktoren ab, sie werden oft als «verhaltensorientiert» bezeichnet ([7], 46). Mit «Verhalten» ist dieses Bündel von Einflussfaktoren auf die Gesundheit allerdings nur unzureichend umschrieben, denn hinter jedem Verhalten steht Wissen oder Scheinwissen, es wirken Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen. Diese entstehen jedoch im sozialen Austausch und hängen darum stark von der sozialen Zugehörigkeit und Integration ab.

Eine nächste Schale des WHO-Modells wird mit «soziale und kommunale Netzwerke» bezeichnet («social and community networks»). Gemeint sind zum einen die primären Sozialisationsinstanzen, namentlich die Familie und Verwandtschaft, zum anderen mehrheitlich informelle soziale Bezüge wie Freundschaften, Nachbarschaften, Vereinigungen, Treffpunkte und Anlässe. Demgegenüber enthält die dritte Schale des Modells die formalen sozialen Bezüge, darunter die formale Bildung (öffentliche Schule) sowie die Zugehörigkeit zur Arbeitswelt. Auffallend ist, dass im WHO-Modell allein diese Sphäre präziser unterteilt wird: Nebst den Arbeitsbedingungen und Arbeitsumgebungen wird auch das Faktum der Arbeitslosigkeit als eigene potenzielle Einflussgrösse identifiziert, ferner die Wohnlage und Wohnsituation, die Versorgungslage mit sozialen und behandelnden Dienstleistungen sowie das Nahrungsmittelangebot oder die Trinkwasserqualität.

Die äusserste Schale im Modell verweist auf die Einbettung in globalere Zusammenhänge: generelle sozioökonomische, kulturelle und ökologische Einflussfaktoren auf die Gesundheit («general socioeconomic, cultural

Abbildung 1: Determinantenmodell der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead [6] im Auftrag der WHO; Quelle der Abbildung: Richter und Hurrelmann ([7], 45)



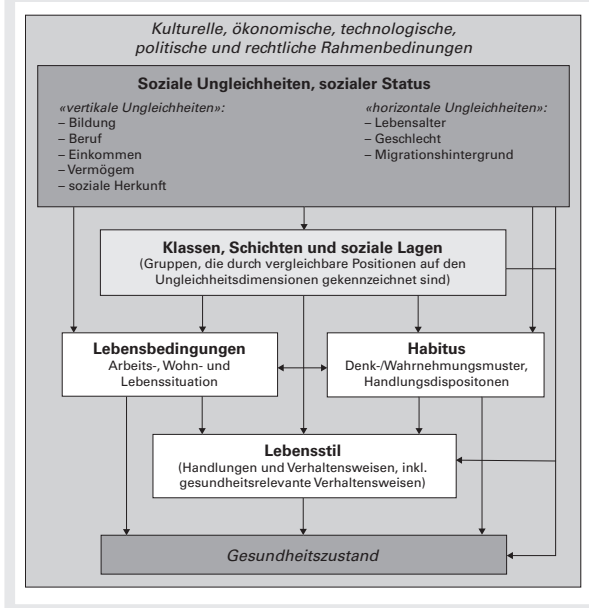
and environmental conditions»). Wenn gesundheitsförderliches Handeln von einer strukturorientierten Strategie geleitet ist, dann zielt dieses Handeln nur selten auf diese äusserste Sphäre, da die direkten Einflussmöglichkeiten begrenzt scheinen oder der Aufwand zu gross wäre. Strukturorientierte Gesundheitsförderung (auch als «Beeinflussung der Verhältnisse» bezeichnet) setzt darum am häufigsten bei den Faktoren der zweitäussersten Schale an ([7], 47), das heisst bei den formalen Lebenswelten, in denen sich die Menschen bewegen. Bisweilen sind auch die eher informellen sozialen Zugehörigkeiten Gegenstand dessen, was Gesundheitsförderung gewinnbringend zu gestalten versucht.

Das WHO-Modell, obwohl häufig verwendet, hat nicht nur Vorteile. Wie bereits angetönt, umfassen die einzelnen Sphären teilweise sehr unterschiedliche Faktoren, die einer je separaten Analyse bedürften. Zudem stellt das Modell keine Wirkungszusammenhänge dar. Implizit wird vermittelt, dass es von aussen nach innen wirkt. Es würden sich aber zweifellos auch Wirkungen in die umgekehrte Richtung oder Querbezüge innerhalb derselben Sphäre finden lassen. Schliesslich enthält die graphische Darstellung des Modells auch keinen Zielwert: Dass sich alle diese Faktoren auf Gesundheit (und nicht auf etwas anderes) auswirken, geht nur aus den Erläuterungen hervor.

## Ein Modell zur Fokussierung auf die sozialen Determinanten

Es gibt verschiedene Vorschläge, die Determinanten von Gesundheit in anderer Weise modellartig darzustellen und somit zumindest einen Teil der genannten Nachteile des WHO-Modells zu überwinden. Einer davon ist ein soziologisch geprägtes Modell von Stamm und Lamprecht ([8], 8). Es ist seinerseits eine Weiterentwicklung der Überlegungen von Elkeles und Mielck [9].

**Abbildung 2: Modell des Zusammenhangs von Ungleichheit, Lebensstil/Gesundheitsverhalten und Gesundheit, Stamm und Lamprecht ([8], 8)**



In der Modellabbildung werden die verschiedenen Wirkungsweisen durch Pfeile dargestellt. Zudem ist der Zielwert der Zusammenhänge dargestellt: der Gesundheitszustand eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen. Dieser lässt sich zusätzlich konkretisieren als körperliche, psychische, soziale und spirituelle Dimension von Gesundheit: Im Idealfall werden dafür je eigene Indikatoren entwickelt und in empirischen Studien als abhängige Variablen verwendet.

Stamm und Lamprecht ([8], 9) sprechen zwar nicht explizit von einem Determinantenmodell, faktisch handelt es sich aber um ein solches. Es fällt sofort auf, dass ein besonderes Augenmerk den sozialen Bedingungsfaktoren von Gesundheit gilt. Den übergeordneten Kontext bilden die kulturellen, ökonomischen, technologischen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, was der äussersten Schale im WHO-Modell weitgehend entspricht. Dieser Kontext ist zwar in einer bestimmten Gesellschaft relativ stabil und überdauernd, aber längerfristig unterliegt auch er Veränderungen: neue politische Verhältnisse, veränderter rechtlicher Rahmen, wirtschaftliche Konjunktur, technologische Entwicklungen. Obwohl in der Modellabbildung nicht erwähnt, sind auch die makroökologischen Verhältnisse Teil dieses übergeordneten Kontextes. Veränderungen, die auf dieser Ebene geschehen, werden in der Regel nicht von Massnahmen der Gesundheitsförderung angestossen, auch nicht vom sogenannten Gesundheitswesen (das in erster Linie ein Krankheitsbehandlungswesen ist). Gleichwohl ist ihr Einfluss auf die Gesundheit unbestritten und sollte darum Berücksichtigung finden.

Hauptsächlicher Ansatzpunkt im Modell von Stamm und Lamprecht sind die sozialen Differenzierungen:

sozialer Status und soziale Ungleichheiten. Dabei wird zusätzlich zwischen den vertikalen und den horizontalen Ungleichheiten unterschieden. Die vertikalen entsprechen den «klassischen» Bestimmungsgrössen der Soziologie wie Bildungsabschluss, Einkommen und Vermögen, Status der Herkunft oder des Berufs sowie Stellung im Erwerbsleben. Mit der horizontalen Differenzierung rücken zusätzlich die Zugehörigkeiten zu Geschlecht, Altersgruppe, Ethnie in den Blick. Das erlaubt unter anderem, die Faktoren der Gesundheit auch bei Nichtberufstätigen zu analysieren. Der gesamte Bereich des sozialen Status ist in der Regel als eine Voraussetzung für gesundheitsförderliches Handeln zu verstehen, er ist nicht Zielgrösse.

Unmittelbar aus den genannten Faktoren heraus ist das Zustandekommen von bestimmten sozialen Klassen und Schichten zu verstehen. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Klasse hat wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitschancen und auf den tatsächlichen Gesundheitszustand. Dieser Einfluss erfolgt mehrheitlich über die vermittelnden Faktoren Lebensbedingungen und Habitus. Zu den Lebensbedingungen gehören beispielsweise die Wohnlage und -ausstattung, die Infrastrukturen und Anlässe der Wohnumgebung (Gemeinde, Stadtquartier), die Verkehrserschliessung, die strukturellen und kulturellen Bedingungen am Arbeitsplatz, in Schulen, in Betreuungseinrichtungen etc. Mit dem «Habitus» führt das Modell von Stamm und Lamprecht eine zusätzliche Determinante ein, die im WHO-Modell nicht angesprochen wird, für den Erhalt und den Ausbau von Gesundheit aber eine grosse Bedeutung hat. Der Habitus wird geprägt durch mehr oder weniger selbst gewählte Zugehörigkeiten zu Gruppen mit ähnlichen Werthaltungen, Denk- und Handlungsmustern. Darauf geht das anschliessende Kapitel näher ein.

Erst an dieser Stelle – das Modell ist von oben nach unten zu lesen – folgt der Blick auf den Lebensstil als Summe von Handlungen und gewohnheitsmässigen Verhaltensweisen. Während in anderen Modellen die Erklärungen für den Gesundheitszustand oft mit dem Blick auf Lebensweise und Lebensführung beginnen (zum Beispiel Ernährungs-, Bewegungsgewohnheiten, Suchtmittelkonsum, Stressverarbeitung etc.), zeigt dieses Modell sehr deutlich, wie viele Einflussfaktoren dem Lebensstil bereits vorgeschaltet sind. Mit anderen Worten: Interventionen, die zur Verbesserung von Gesundheitschancen alleine an eine Anpassung des Lebensstils appellieren, greifen zu kurz.

### Milieuzugehörigkeit als soziale Determinante von Gesundheit

Ob soziologische Klassen- oder Schichtmodelle für Ungleichheiten in der Gesellschaft, zum Beispiel für unterschiedliche Gesundheitschancen, eine ausreichende Erklärungsgrundlage bieten, wird regelmässig bezwei-

felt. Zusammenfassend beispielsweise bei Hradil ([10], 363ff.): Die herkömmlichen vertikalen Differenzierungsmerkmale fokussieren zu sehr auf ökonomische Ursachen sozialer Ungleichheit. Der Beruf und die Berufsstellung gelten als wichtigste Indikatoren, was die Nichtberufstätigen in ihrer sozialen Zugehörigkeit zu Anhängseln von Erwerbstätigen degradiert. Die Manifestationen sozialer Ungleichheit wie Macht, Besitz, Arbeit werden überwiegend im Kontext der beruflichen Stellung analysiert und diskutiert. Horizontale Unterscheidungen wie Geschlecht, Alter oder Ethnie werden unterschätzt oder übersehen.

Lebensstil- und Milieuansätze [11] sind der Versuch, soziale Zugehörigkeiten ergänzend zu den herkömmlichen Schichtzuordnungen sowie zu rein demographischen Unterscheidungsmerkmalen zu charakterisieren. Sie fassen – in der Regel innerhalb eines geographischen Raumes, zum Beispiel eines Staates – jene Menschen zu Gruppen zusammen, die sich in ihren Anschauungen, Werthaltungen und Lebensweisen ähneln. Entsprechend ähnlich sind sie in ihrem Habitus, das heisst in ihren Wahrnehmungsmustern, Denk- und Handlungsdispositionen. Das theoretische Fundament für Ausdifferenzierungen gesellschaftlicher Zugehörigkeiten entlang von Lebensstil-Milieus lieferte im Wesentlichen der französische Soziologe Pierre Bourdieu [12]. Noch relativ selten sind Milieu-Modelle für die Deutung gesundheitlicher Ungleichheiten eingesetzt worden, und mit Blick auf die praktische Durchführbarkeit sind noch viele Fragen offen ([13], 20).

Im deutschsprachigen Raum dürfte der Ansatz der Sinus-Milieus [14] bisher am meisten Verbreitung gefunden haben. Sinus-Milieus gehen von den lebensweltlichen Strukturen und von unterschiedlichen Lebensstilen der Menschen aus und eignen sich zur präzisen Charakterisierung von Zielgruppen. Dargestellt werden sie als Cluster in einem zweidimensionalen Feld. Die Y-Achse entspricht dabei der sozialen Schichtung; die X-Achse spannt ein Kontinuum unterschiedlicher Grundorientierungen auf, das von konservativ-traditionalistisch über liberal-reformistisch bis zu neuorientiert oder experimentell reicht. Basierend auf qualitativen und quantitativen Erhebungen werden die Sinus-Milieus länderspezifisch modelliert. Für die Schweiz lassen sich zehn Milieus unterscheiden [15]. Bisher gelangten die Sinus-Milieus vor allem in der Marktforschung zur Anwendung. Aus ökonomischen Gründen legt das federführende Institut sein methodisches Vorgehen bei der Clusterbildung nicht offen, was es für die Sozialwissenschaften erschwert, mit diesem Ansatz zu arbeiten.

Eine eigene Typologie mit neun «Lebensführungstypen» hat Otte ([11], 78f.) vorgelegt. Je drei Typen bzw. Milieus, abgestuft nach Schichtzugehörigkeit, sind in diesem Modell einer traditionellen, einer teilmodernen und einer modern-offenen Grundhaltung zugeordnet. Das Modell wurde noch nicht für gesundheitsbezogene Orientierungen genutzt. Ganz allgemein ist zu beob-

achten, dass sich Gesundheitsförderung trotz des Anspruchs, ihre Zielgruppen möglichst präzise zu definieren und die Aktivitäten zielgruppengerecht auszugestalten, in der Praxis noch kaum auf Milieumodelle stützt. Eine Annäherung suchte das D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung mit seiner Jahrestagung 2013 in Bregenz unter dem Titel «Gesundheitsförderung, Lebenslagen und soziale Milieus neu verknüpft: Arbeiten mit den Sinus-Milieus in der Gesundheitsförderung» [16].

### **Soziale Determinanten von Gesundheit – Begründung für Gesundheitsförderung?**

Das WHO-Büro für Europa hat 2004 in zweiter, überarbeiteter Auflage «Die Fakten» zu den sozialen Determinanten von Gesundheit publiziert [17]. Insgesamt werden zehn Themenfelder beleuchtet, darunter die lebenslange Bedeutung der frühen Kindheit, die Auswirkungen von Armut, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Suchtmittelkonsum und Stressbelastungen. Soziale Unterstützung, gute Ernährung und die Verkehrspolitik gelten als weitere bedeutsame soziale Einflussgrößen. Eingeleitet wird die Thematik mit der faktengestützten Analyse des sozial bedingten Gesundheitsgefälles. Die beiden Autoren formulieren ein wertorientiertes Ziel:

«Wir hoffen, dass die Politik durch die Überwindung einiger materieller und sozialer Ungerechtigkeiten nicht nur der Gesundheit und dem Wohlbefinden dient, sondern auch andere soziale Probleme entschärft, die mit Gesundheitsdefiziten Hand in Hand gehen und in den gleichen sozioökonomischen Prozessen wurzeln» ([17], 9).

Die Frage drängt sich auf, welchen Einfluss dieses Basisdokument zu den sozialen Determinanten von Gesundheit auf die aktuellen Handlungsweisen zur Gesundheitsförderung in den Ländern Europas hat, zum Beispiel in der Schweiz. Auf nationaler Ebene sind die wichtigsten Akteure die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und das Bundesamt für Gesundheit. Beide arbeiten mit Mehrjahresprogrammen bzw. -strategien.

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz verfolgt über insgesamt zwölf Jahre hinweg (seit 2007) drei strategische Schwerpunkte [18]:

- Gesundes Körpergewicht (bisher mit Fokus auf das Kindes- und Jugendlichenalter)
- Psychische Gesundheit (mit Fokus Stress und Stressbewältigung, vorzugsweise im Kontext von Erwerbsarbeit)
- Gesundheitsförderung und Prävention stärken (beide sollen etabliert, strukturell verankert und gut vernetzt sein).

Die Schwerpunktwahl wird nicht mit den sozialen Determinanten begründet, gleichwohl lassen sich Ver-

bindungslinien erkennen. Der dritte Schwerpunkt ist als Querschnittsaufgabe zu verstehen. Dabei ist eine vertiefte Reflexion über soziale Determinanten von Gesundheit denkbar und hat auch zu einem Grundsatzbericht [8] geführt. Ausgehend vom zweiten Schwerpunkt lassen sich Anknüpfungen an den Determinanten «Stress» und «Arbeit» ([17], 13f., 21f.) des WHO-Regionalbüros für Europa erkennen. Der erste Schwerpunkt von Gesundheitsförderung Schweiz korrespondiert höchstens indirekt mit dem zentralen sozialen Einflussfaktor «Lebensbedingungen der frühen Kindheit».

Der Bund, repräsentiert durch das Bundesamt für Gesundheit, arbeitet mit mehrjährigen Strategien. Mit Beginn 2017 startete sowohl die Nationale Strategie nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) als auch die Nationale Strategie Sucht.

Den Startschuss für die Nationale Strategie Sucht 2017–2024 gab der Bundesrat bereits im November 2015. Mit ihr werden die bisherigen separaten mehrjährigen Programme «Alkohol und Tabak» sowie das Massnahmenpaket «Drogen» abgelöst [19].

Die Strategie verfolgt einen integralen Ansatz, der unterschiedliche Substanzen oder Verhaltensweisen mit Abhängigkeitspotenzial umfasst. Es sollen möglichst viele gesellschaftliche Bereiche einbezogen werden, die Einfluss auf die Entstehung von Sucht haben ([19], 6). Eines von vier übergeordneten Zielen lautet «Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert». Damit wird an die Verknüpfung zwischen gesundheitlicher und sozialer Gefährdung erinnert. Die Strategie definiert sodann acht Handlungsfelder, davon gleich als erstes die Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung. Zu diesem Handlungsfeld sind drei Ziele formuliert, darunter «Gesellschaftliche Rahmenbedingungen so gestalten, dass risikoarmes Verhalten attraktiv ist» ([19], 9). Konkretisiert wird dieses Ziel mit dem Verweis, die Anstrengungen im Jugendschutz weiter zu verbessern und einzelne nichtalkoholische Getränke günstiger anzubieten als die alkoholischen ([19], 55).

Allerdings ist festzustellen, dass das Grundlagendokument nicht näher auf soziale Determinanten als mögliche Ursachen von Sucht und Abhängigkeit eingeht. Im Gegenteil wird hervorgehoben, dass das Phänomen Sucht unabhängig vom sozialen Hintergrund auftreten könne ([19], 15). Verschiedentlich werden zwar die Folgen von Sucht auf das soziale Umfeld thematisiert, nicht aber die sozial bedingte Vorgeschichte. Da insbesondere ein niedriger Bildungsabschluss mit dem gesundheitsgefährdenden Konsum verschiedener Suchtmittel korreliert, müsste eine Mehrjahresstrategie Aussagen dazu machen, ob und wie sie diesem Umstand Rechnung tragen will. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass Empfehlungen zur Verhaltensänderung nicht in allen Bildungsschichten gleichermassen auf Resonanz stossen. Umso wichtiger wären zielgruppenspezifische Empfehlungen. Zudem sind Verhaltensempfehlungen nicht die einzige Präventionsmethode:

Die erwähnte Korrelation von Bildungsabschluss und Suchtmittelkonsum dürfte auf Drittfaktoren zurückzuführen sein, etwa auf Status- und Zukunftsunsicherheiten jener, die Suchtmittel konsumieren. Strukturelle Interventionen – beispielsweise zugunsten von Arbeitsplatzsicherheit, Nachholbildung, Wohnungssanierung oder finanziellen Ergänzungsleistungen in prekären Lebenslagen – sind zielgruppenspezifisch zu begründen und wirken sich entsprechend differenziert aus.

Bemerkenswert ist in diesem Kontext der folgende Passus des Abschnitts «Umfassende Gesundheitspolitik» im Grundlagendokument der Strategie Sucht: «Inzwischen ist bekannt, dass die Gesundheit der Menschen wesentlich von Faktoren ausserhalb der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik beeinflusst wird, etwa durch die Sozial-, Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik. Deshalb greifen Massnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, die sich auf den Sektor Gesundheitspolitik beschränken, oft zu kurz oder können durch teilweise gegenläufige politische Massnahmen anderer Politikbereiche überlagert und konterkariert werden» ([19], 35). Für die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) fiel der Startschuss im April 2016 [20]. Auch sie schliesst an vorangehende Mehrjahresprogramme an, die praktisch zeitgleich auslaufen: Ernährung und Bewegung, Migration und Gesundheit sowie die Strategie Demenz.

Die NCD-Strategie definiert sieben Handlungsfelder. Das Erste heisst «Gesundheitsförderung und Prävention»: Die Bevölkerung soll darin unterstützt werden, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln bzw. aufrechtzuerhalten und jenen Risikofaktoren vorzubeugen, die zu einer nichtübertragbaren Krankheit führen können ([20], 6). Als hauptsächliche Einflussfaktoren werden identifiziert: Tabak, Alkohol, Ernährung, Bewegung, Blutdruck, Blutfette, Gewicht sowie der sozioökonomische Status ([20], 17). Letzterer wird allerdings, im Unterschied zu den vorher genannten, nicht näher erläutert und auch nicht mit empirischen Fakten untermauert.

Weiter fällt auf, dass die Vision für diese Strategie ausdrücklich auf eine soziale Differenzierung verzichtet: «Die Menschen werden unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status befähigt, einen gesunden Lebensstil in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu pflegen» ([20], 4). Eines von fünf spezifischen Zielen der NCD-Strategie handelt zwar von Chancengerechtigkeit, allerdings nicht verstanden als Verringerung der Ungleichheiten beim Risiko zu erkranken, sondern als «Verbesserung der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention» ([20], 5). Das muss erstaunen, denn der bloss wenige Monate zuvor veröffentlichte Nationale Gesundheitsbericht 2015 [21] hat chronische Erkrankungen im Fokus. Er liefert zahlreiche empirische Belege für den deutlichen Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und dem Risiko, eine nichtübertragbare Krankheit zu bekommen.

## Schlussfolgerungen

Nimmt man das Hauptwerk des WHO-Regionalbüros für Europa zu den sozialen Determinanten von Gesundheit [17] mit seinen zehn prioritären Themenfeldern (1. *Das soziale Gefälle*, 2. *Stress*, 3. *Frühe Kindheit*, 4. *Soziale Ausgrenzung*, 5. *Arbeit*, 6. *Arbeitslosigkeit*, 7. *Soziale Unterstützung*, 8. *Sucht*, 9. *Lebensmittel*, 10. *Verkehr*) als Referenz, kann folgende Zwischenbilanz gezogen werden:

Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind für die mehrjährigen Programme in der Schweiz, die unter anderem das gesundheitsförderliche Handeln steuern und prägen, nur selten eine ausgewiesene Begründung. Zwar gibt es Parallelen, doch diese scheinen eher zufällig zu sein. Die Schwerpunktprogramme, an denen die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz arbeitet, bieten Anknüpfungspunkte an drei der zehn Determinanten: Stress, Frühe Kindheit und Arbeit.

Mit seiner neuen Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 geht das Bundesamt für Gesundheit die Suchthematik integral an. «Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung» ist das erste von acht Handlungsfeldern im Rahmen dieser Strategie. Zur Begründung des Handelns werden allerdings keine sozialen Determinanten wie Armut, Erwerbslosigkeit, Migrationsstatus, Beziehungs- oder Statusunsicherheiten herangezogen. In sehr allgemein gehaltenen Formulierungen wird darauf verwiesen, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten seien, dass Sucht möglichst vermieden wird. In den Handlungsempfehlungen wird dieser Anspruch nicht weiter konkretisiert. Die Fachwelt von Prävention und Gesundheitsförderung ist gefordert, diese Lücke konzeptionell und im praktischen Handeln zu schliessen.

Noch herausfordernder könnte die Berücksichtigung von sozialen Determinanten in der Nationalen Strategie «Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024» (NCD-Strategie) des Bundesrates und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren werden. Die Vision und die Handlungsempfehlungen drücken aus, dass die Interventionen alleine auf den Lebensstil der Bevölkerung ausgerichtet sein sollen (namentlich auf Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung), unabhängig vom sozioökonomischen Status. Bisher ist nicht vorgesehen zu analysieren, welche sozialen Lagen, Zugehörigkeiten (z.B. Milieuzugehörigkeiten) und Ungleichheiten zu einem geringeren oder höheren Erkrankungsrisiko von nichtübertragbaren Krankheiten führen. Solche Analysen wären jedoch sinnvoll, wenn nicht sogar unverzichtbar, um Gesundheitsförderung erfolgreich zu gestalten: angepasst an unterschiedliche Voraussetzungen, welche die Menschen je nach ihrer sozialen Lage und Zugehörigkeit mitbringen.

Zusammengefasst lautet die Erwartung an nationale Programme und Strategien in der Schweiz: Sowohl in der Begründung dieser mehrjährigen Schwerpunkte

als auch bei der Ausarbeitung ihrer Ziele und Massnahmen sowie in der Evaluation zur Überprüfung der Zielerreichung müssten die sozialen, soziokulturellen und sozioökonomischen Ungleichheiten konsequent berücksichtigt werden. Da diese Ungleichheiten sehr oft mit gesundheitlicher Benachteiligung korrelieren, ist es angezeigt, für benachteiligte soziale Gruppen überproportional viele Ressourcen einzusetzen. Und obwohl die soziale Schichtung – namentlich der Bildungsabschluss – für die unterschiedlichen Gesundheitschancen entscheidend ist, sind auch andere Differenzierungen der sozialen Lage zu berücksichtigen, namentlich die Milieuzugehörigkeiten und -orientierungen. Dabei muss die Schweiz das Rad nicht neu erfinden. Wesentliche Orientierung bieten insbesondere die Dokumente des WHO-Regionalbüros für Europa, die unter dem Titel «Social determinants of health» ausgearbeitet wurden.

**Interessenkonflikt:** Der Autor bestätigt, dass hinsichtlich des Beitrags keine Interessenkonflikte bestehen.

## Abstract

Health promotion is increasingly widespread and accepted as a guide to action. In principle it is uncontroversial that health promotion can only be successful if the social conditions of good health are taken into account. Determinant-based models of health, which take into account social factors, can provide a good orientation for this. Ideally, vertical social inequalities such as income and education are taken into account as well as horizontal inequalities (gender, age, ethnicity) and milieu. In this way, target groups of health promotion can be characterized in a differentiated way and programs can be based on the goal of improved equality of opportunity for health. Looking at the practical design of health promotion strategies, however, and especially the parameters set for national strategies, shows that the orientation towards social determinants is by no means obvious.

## Résumé

La promotion de la santé est de plus en plus acceptée comme justification de décisions. En principe, il est incontesté que la promotion de la santé ne peut réussir que si les conditions sociales de santé sont prises en compte. Les modèles basés sur les déterminants de la santé tiennent idéalement compte des inégalités sociales verticales comme le revenu et l'éducation, ainsi que des inégalités horizontales (sexe, âge, origine ethnique), et de l'appartenance au milieu. Les groupes cible de la promotion de la santé peuvent ainsi être caractérisés de manière différenciée, et les programmes fondés sur une amélioration de l'égalité des chances. L'examen de l'implémentation pratique de la promo-

tion de la santé, et des conditions cadre des stratégies nationales montre cependant que l'orientation sur les déterminants sociaux de la santé est encore loin d'aller de soi.

---

**Korrespondenz**

Felix Wettstein, Prof. FH  
 Fachhochschule Nordwestschweiz  
 Hochschule für Soziale Arbeit  
 Riggbachstrasse 16  
 CH-4600 Olten

E-Mail: felix.wettstein[at]fhnw.ch

---

Eingang des Manuskripts: 11.08.2016  
 Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 15.05.2017  
 Annahme des Manuskripts: 16.05.2017

---

**Referenzen**

1. WHO, Weltgesundheitsorganisation (Hg.). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. Abrufbar unter: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1) (Zugriff: 2.8.2016).
2. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2011. Abrufbar unter: [www.bzga.de/leitbegriffe](http://www.bzga.de/leitbegriffe) (in der gedruckten Ausgabe p. 151–163).
3. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung I: Definitionen, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2011. Abrufbar unter: [www.bzga.de/leitbegriffe](http://www.bzga.de/leitbegriffe) (in der gedruckten Ausgabe p. 137–144).
4. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Deutsche Ausgabe hg. v. Franke A. Tübingen: DGVT-Verlag; 1997.
5. Ruckstuhl B. Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim, München: Juventa; 2011.
6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
7. Richter M, Hurrelmann K. Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2015. Abrufbar unter: [www.bzga.de/leitbegriffe](http://www.bzga.de/leitbegriffe) (Aktualisierung am 10.3.2015) (gedruckte Ausgabe 2011, p. 45–48).
8. Stamm H, Lamprecht M. Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz; 2010.
9. Elkeles T, Mielck A. Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen*. 1997;59:137–43.
10. Hradil S. Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Aufl. 2001, Nachdruck 2005, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005.
11. Otte G. Sozialstrukturanalysen mit Lebensstilen. Eine Studie zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
12. Bourdieu P. Die feinen Unterschiede – Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1982.
13. Schilling R. Der Beitrag von Lebensstil- und Milieuanalysen zur Erklärung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit. Masterarbeit, Freie Universität Berlin, Studiengang «Public Health: Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung». 2012.
14. SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH (Hg.). Informationen zu den Sinus-Milieus 2015/16, Stand 9/2015. Abrufbar unter: [www.sinus-institut.de/veroeffentlichungen/downloads](http://www.sinus-institut.de/veroeffentlichungen/downloads) (Zugriff: 9.8.2016).
15. SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH (Hg.). Die Sinus-Milieus in der Schweiz. 2016. Abrufbar unter: [www.sinus-institut.de/sinus-loesungen/sinus-milieus-schweiz](http://www.sinus-institut.de/sinus-loesungen/sinus-milieus-schweiz) (Zugriff: 9.8.2016).
16. D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung (Hg.). Tagung 2013. Abrufbar unter: [www.dach-gf.eu/tagungen/tagung-2013](http://www.dach-gf.eu/tagungen/tagung-2013) (Zugriff: 9.8.2016).
17. Wilkinson R, Marmot M. Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Hg. von der WHO, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen. 2. Ausgabe. 2004. Abrufbar unter: [www.euro.who.int/de/publications/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts](http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts) (Zugriff: 2.8.2016).
18. Gesundheitsförderung Schweiz. Auftrag, Ziele, Strategie. 2016. Abrufbar unter: <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/stiftung/auftrag-ziele-und-strategie.html> (Zugriff: 9.8.2016).
19. Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.). Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015. Abrufbar unter: [www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html?\\_organization=317](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html?_organization=317) (Zugriff: 6.6.2017).
20. Schweizerische Eidgenossenschaft und GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (Hg.). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. 2016. Abrufbar unter: [www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html?\\_organization=317](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html?_organization=317) (Zugriff: 6.6.2017).
21. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg.). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag; 2015.