

**Johanne Pundt, Mirella Cacace (Hrsg.)**

# **Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit**



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press



**Johanne Pundt, Mirella Cacace (Hrsg.)**

# **Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit**



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press

Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 9. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit“ facettenreich um weitere Perspektiven.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen  
1. Auflage 2019

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Corinna Dreyer und Franziska Riedel, Bremen  
Lektorat: Corinna Dreyer und Franziska Riedel, Bremen  
Korrektur: Ruven Karr, Saarbrücken  
Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven  
Cover: © Ilka Lange, Hückelhoven  
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:  
<http://www.dnb.de>

Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-40-2

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

# Inhalt

Vorwort (Gert G. Wagner)	11
Einleitung (Mirella Cacace; Johanne Pundt)	13
I Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit	
<b>1 Alterseinkünfte und soziale Ungleichheit</b>	
(Dina Frommert; Christine Hagen; Ralf Himmelreicher)	29
1.1 Einleitung	29
1.2 Datenbasis und Methode	32
1.3 Empirische Befunde	35
1.4 Zusammenfassung und Diskussion	52
<b>2 Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten und die Rolle der Gesundheitskompetenz: Der Blick auf das Kindes- und Jugendalter</b>	
(Orkan Okan; Paulo Pinheiro; Ullrich Bauer)	61
2.1 Der gesundheitliche Blick auf das Kindes- und Jugendalter	63
2.2 Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter	67
2.3 Verhältnisprävention und Systemansätze in der Gesundheitskompetenz	79
2.4 Progressive und Proportionate Universalism – ein neues Präventionskonzept	86
2.5 Fazit	89

<b>3 Vom Präventionsdilemma zur Zielgruppendifferenzierung – Ansätze der Gesundheitsförderung zur bedarfsgerechten Zielgruppenansprache</b>	
(Holger Kilian; Stefan Bräunling; Svenja Rostosky; Annett Schmok; Tanja-Maria Kessel)	99
3.1 Einflussfaktoren auf Gesundheit: Was kann Gesundheitsförderung tun?	100
3.2 Settingansatz, Partizipation und Empowerment	104
3.3 Universelle Prävention vs. Zielgruppenorientierung	105
3.4 Fallbeispiele	108
3.5 Diskussion und Schlussbetrachtungen	113
<b>4 Migration und gesundheitliche Ungleichheit</b>	
(Hajo Zeeb; Wiebke Hübner; Jacob Spallek)	117
4.1 Einleitung	117
4.2 Migrantinnen in Deutschland und Europa – aktuelle Daten	118
4.3 Gesundheitliche Risiken und gesundheitliche Versorgung – Rahmenmodelle mit Fokus auf soziale Determinanten und Lebenslauf	120
4.4 Gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerung und Mehrheitsgesellschaft	123
4.5 Asylsuchende und Flüchtlinge in Deutschland: Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheit	126
4.6 Teilnahme an Prävention und Gesundheitsförderung	127
4.7 Zugangshindernisse zu gesundheitlichen Angeboten und Diensten: Fokus Prävention	129
4.8 Diskussion und Fazit	131

<b>5 Frauengesundheit und Ungleichheiten</b> (Birgit Babitsch)	137
5.1 Sichtbare und verdeckte Formen der Ungleichheit	138
5.2 Die Bestimmung von Ungleichheiten bei Frauen und Männern	140
5.3 Unterschiede und Ungleichheiten in der Gesundheit von Frauen und Männern	143
5.4 Ungleiche Gesundheit, ungleiche Gesundheitsversorgung	147
5.5 Gender in Public Health	148
5.6 Die Krux mit dem Gender Bias	149
5.7 Gebündeltes und theoriegeleitetes Wissen als Grundvoraussetzung für geschlechterangemessenes Handeln	151
5.8 Ausblick	153
<b>6 Kinder und Jugendliche: Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen</b>	
(Claudia Schmidtke; Benjamin Kuntz; Thomas Lampert)	159
6.1 Einleitung	159
6.2 Gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter	161
6.3 U-Untersuchungen	163
6.4 Inanspruchnahme der U-Untersuchungen	165
6.5 Erinnerungs- und Meldeverfahren	170
6.6 Diskussion	174
<b>II Versorgungspolitische Dimensionen und Maßnahmen</b>	
<b>7 Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen</b>	
(Maike Schulz; Jonas Czwikla; Annika Schmidt; Chrysanthi Tsiasioti)	181
7.1 Versorgungsbedarf und Zugangsbarrieren älterer Menschen	181
7.2 Daten und Analysen	187
7.3 Ergebnisse	188
7.4 Fazit	198

<b>8 Die stationäre Versorgung von Migranten und Flüchtlingen in Deutschland</b>	
(Kerstin Herrler; Alfons Holleeder)	205
8.1 Problemstellung und Migrationsbegriff	205
8.2 Gesundheitszustand von Migranten und Flüchtlingen	208
8.3 Literaturreview zur stationären Versorgung von Migranten, Flüchtlingen und Asylbewerbern	210
8.4 Diskussion	221
8.5 Fazit	226
<b>9 Kommunale Maßnahmen zur Überwindung von gesundheitlichen Ungleichheiten</b>	
(Susanne Hartung)	231
9.1 Kommune – Ort für Strategien zur gesundheitlichen Chancengleichheit	232
9.2 Merkmale kommunaler Gesundheitsförderung	233
9.3 Akteurinnen, Strukturen und Finanzierung kommunaler Gesundheitsförderung	235
9.4 Soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung in der Praxis	237
9.5 Qualität kommunaler Gesundheitsförderung	242
9.6 Anstelle eines Fazits: Partizipation sozial Benachteiligter als Herausforderung und Chance	245
<b>10 Innovative regionale Versorgungskonzepte in Mecklenburg-Vorpommern</b>	
(Angelika Beyer; Ulrike Stentzel; Wolfgang Hoffmann; Neeltje van den Berg)	249
10.1 Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen	251
10.2 Telemedizinische Versorgungsmodelle	255
10.3 Das Modell Gesundheitshaus	258
10.4 Schlussfolgerung	260



---

<b>11 Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung – nationale Evidenz und regionale Handlungsoptionen</b> (Lisa Galler; Markus Lungen)	265
11.1 Studienlage	266
11.2 Forschungsprojekt ROSE: Erhebung Region Osnabrück-Emsland	275
11.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	285
11.4 Diskussion	286
<b>12 Faktencheck Gesundheit</b> (Karsten Zich; Hans-Dieter Nolting; Uwe Schwenk)	291
12.1 Leitidee des Faktenchecks Gesundheit, Genese und Transferansatz	291
12.2 Themenwahl und prägende Elemente der Faktenchecks	294
12.3 Rückblick auf die Faktenchecks	301
12.4 Resonanz und Wirkungsanalyse	307
12.5 Perspektive	312
<b>Anhang</b>	321
Autoren und Autorinnen	321
Abbildungsverzeichnis	329
Tabellenverzeichnis	331
Sachwortverzeichnis	333



## Vorwort

Chancengleichheit ist ein gesellschaftliches Ziel, das niemand ablehnt. Zumindest nicht öffentlich. Denn es gibt keine allgemein akzeptierten Argumente, die gegen Chancengleichheit sprechen. Deswegen sind alle Politiker und Festredner dafür. Privat sieht es aber oft ganz anders aus. Aus privater Sicht derer, die die gesellschaftlichen Debatten bestimmen und politische Entscheidungen treffen, ist Chancengleichheit bedrohlich. Wenn es faire Chancen gibt, dann können andere sie unter Umständen besser nutzen als man selbst. Und Eltern, die „oben“ in der gesellschaftlichen Hierarchie stehen, verstehen Chancengleichheit häufig so, dass es ihren Kindern schwer gemacht wird, später auch oben zu stehen.

Auch im Gesundheitswesen spielt Chancengleichheit nicht die ihr gebührende Rolle, denn wenn es darauf ankommt, will z. B. kein privat Versicherter auf die Vorzüge dieser Versicherungsart verzichten – und sei es, dass die Vorzüge nur darin bestehen, unbürokratisch schnell einen Arzttermin zu bekommen. Und viele Menschen in Großstädten schätzen die höhere Arztdichte dort – selbst wenn es dadurch zu mehr überflüssigen Untersuchungen und vielleicht sogar mehr riskanten Therapien kommt.

Das Thema des vorliegenden Themenbands ist also hoch relevant. Neue Probleme der Chancengleichheit tun sich beispielsweise durch den Zustrom vieler Geflüchteter und durch das Auftreten „neuer sozialen Risiken“ wie zunehmender Pflegebedürftigkeit auf. Gleichzeitig bleiben auch bei lange bekannten einkommens- und bildungsbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten noch viele Fragen offen.

Die empirischen Befunde aus den Beiträgen dieses Bands werden die Welt natürlich nicht von heute auf morgen ändern. Es wird noch eine lange Zeit dauern, bis im Gesundheitswesen mehr Chancengleichheit durchgesetzt werden wird. Aber empirische Befunde können mithelfen, gesellschaftliche Diskurse anzustoßen und schließlich gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken.

Die primäre Zielgruppe dieses Themenbands sind Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen, sowohl aus der Wissenschaft als auch aus der Praxis. Diese Gruppe wird helfen, den Diskurs voranzubringen. Es wäre wünschenswert für diese Zielgruppe, dass sie auch Probleme der „politischen Ökonomie“ adressieren würde. Denn es reicht nicht aus, Probleme wissenschaftlich zu identifizieren (was im vorliegenden Buch geschieht), sondern es ist ebenso nötig, mögliche Wege zu identifizieren und zu

analysieren, die im realen politischen Prozess die Welt verändern können. Am Ende müssen Wählerinnen und Wähler überzeugt werden, (eigennützige) Politiker dazu zu bringen, Veränderungen anzustoßen. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler können dabei durch Aufklärung helfen. Auf diesem Weg geht der vorliegende Themenband wichtige erste Schritte.

Ich hoffe, dass einige Leserinnen und Leser im Bereich der Wissenschaften dadurch auch angeregt werden, die politische Ökonomie der Durchsetzung von Chancengleichheit im Gesundheitswesen vertieft zu studieren.

**GERT G. WAGNER**

MPI für Bildungsforschung und DIW Berlin

Berlin, im Dezember 2018

## Einleitung

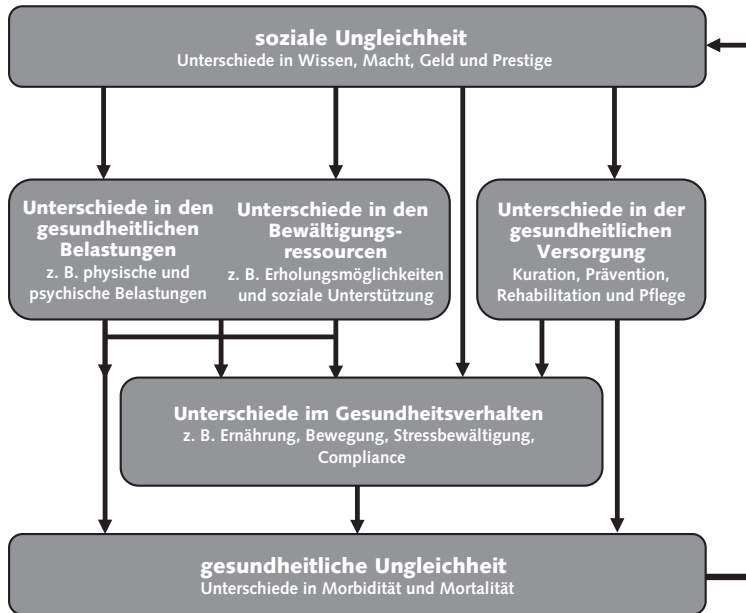
MIRELLA CACACE; JOHANNE PUNDT

Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit – weshalb berührt uns dieses Thema? Gesundheit ist unbestritten ein existenzielles Gut. Wer gesund ist, hat die Voraussetzung für die Bewältigung vieler Aufgaben, etwa die Teilnahme am Arbeitsleben, und kann sich – beispielsweise nach Flucht vor Hunger, Krieg und Armut – in ungewohnter Umgebung besser zurechtfinden (vgl. Huster, 2017, S. 1; vgl. Saladin, 2007). Gesundheitschancen sind jedoch nicht gleich verteilt. Vielmehr folgt die Verteilung einem gesellschaftlichen Muster in Abhängigkeit von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren.

Seit Langem ist bekannt, dass Personen mit niedrigem sozialen Status – gemessen zumeist anhand von Einkommen, Bildung und Beruf – einen relativ schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status (vgl. Mielck, 2012, S. 129). Damit sind die drei Kerndeterminanten der Ungleichheit erfasst, die einen entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Lage haben. Als ungerecht gelten dabei systematische Unterschiede zwischen sozialen Gruppen, die mit vertretbaren Mitteln vermeidbar wären (vgl. WHO, 2013, S. xiv). Dies gilt für die Gesundheitsversorgung selbst wie auch für den Zugang hierzu und den Gesundheitszustand an sich. Deshalb ist es Aufgabe der Sozialpolitik, die Chancen auf eine gesunde Lebensführung gleichmäßiger in der Bevölkerung zu verteilen und mehr soziale Gerechtigkeit herzustellen, denn Ungerechtigkeit ist gesellschaftlich nicht tragbar und verlangt nach angemessenen Interventionen (vgl. Kolip, 2009, S. 57). Während sich jedoch die Forderung nach mehr gesundheitlicher Chancengleichheit unmittelbar aus der ethischen Forderung nach Fairness und sozialer Gerechtigkeit ableiten lässt, ist es eine Frage der politischen Willensbildung, diese Erkenntnis in die politische Praxis umzusetzen (vgl. Mielck, 2012, S. 142). Tatsächlich ist die Ungleichheit trotz vielfältiger Versuche zur Reduzierung nicht verschwunden, sondern hat in unterschiedlichen Größenordnungen und Manifestationen immer noch Bestand (vgl. Mosse/Tugendreich, 1913; Richter/Hurrelmann, 2009; OECD, 2017).

Die soziale Ungleichheit ist auf vielen Ebenen als komplex zu bezeichnen und wirkt über Unterschiede in den Belastungen und Ressourcen (ob finanzieller oder physischer Art). Sie zeigt sich sowohl im unterschiedlichen Gesundheitsverhalten als

auch bei Disparitäten in der Gesundheitsversorgung (vgl. BZgA, 2013), wie in folgender Abb. 0.1 dargestellt wird.



**Abb. 0.1:** Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (BZgA, 2013, zit. n. Mielck, 2000)

Um diese gesundheitliche Ungleichheit systematisch zu adressieren, bedarf es eines Ansatzes, der unsere Gesellschaft in ihrer Diversität versteht. Was also macht Diversität in unserer Gesellschaft aus? Dem Wortlaut nach bedeutet Diversität zunächst nichts anderes als Vielfalt. Wichtig ist jedoch, diese gesellschaftliche Vielfalt in ihren Kontexten zu verstehen und auf diese Weise Gruppen zu identifizieren, die gesundheitlich benachteiligt sind. Sozialpolitisches Ziel ist es dabei, Benachteiligungen abzubauen und Diversität in Organisationen und Strukturen fest zu verankern, um Chancengleichheit zu sichern.

Diversität lässt sich nach dem auf Marilyn Loden und Judy Rosener (1991) zurückgehenden Modell erfassen und systematisieren. Demnach unterscheiden oder ähneln sich Menschen oder Gruppen zunächst hinsichtlich sechs primärer Dimensionen. Dies sind Alter, Geschlecht, körperliche Befähigung, sexuelle Orientierung,

Rasse und Ethnizität. Anstelle von „Rasse“ zählt Altgelt (2016) Religion bzw. Weltanschauung zu diesen primären Dimensionen. Sie gelten als von Geburt an festgelegt und daher schwer veränderbar. Die sekundären Dimensionen von Diversität hingegen sind – allerdings zu unterschiedlichen Graden – beeinflussbar. Hier sind beispielsweise zu nennen: Staatsangehörigkeit, Familienstand, Elternschaft, Wohnregion, Erwerbsstatus, Einkommen und Stellung in der gesellschaftlichen Hierarchie. Hinzukommen organisationsbezogene Merkmale wie der Arbeitsort oder -inhalt oder die Mitgliedschaft in Verbänden und Gewerkschaften (vgl. Altgelt, 2016).

Soziale Diversität ergibt sich aus einer Kombination dieser Merkmale, wobei Menschen zumeist mehreren Untergruppen angehören können und demgemäß auch eine Akkumulation und Wechselwirkung der verschiedenen Diversitätsmerkmale auftreten können, z. B. zwischen Geschlechtern, ethnischem Hintergrund und Einkommen. Dabei gilt es zu verstehen, dass trotz bestehender Gemeinsamkeiten innerhalb der (Sub-)Gruppen auch Unterschiede bestehen. Zu vermeiden ist also eine stereotype Zuweisung dieser Merkmale, unabhängig davon, ob sie individuell gerechtfertigt sind (vgl. GVG, 2014; vgl. Altgelt, 2016). Gerade weil die Mitglieder einer Gesellschaft unterschiedlich mit Talenten, Behinderungen etc. ausgestattet sind, müssen diejenigen Mitglieder, die weniger begünstigt sind, mehr Leistung und Förderung durch den Sozialstaat erhalten (vgl. Engel, 2011, S. 16 ff.).

Die Berücksichtigung von Diversität in der Gesundheitsversorgung bedeutet, Unterschiede zwischen den Individuen und sozialen Gruppen sowohl im Gesundheitsverhalten als auch in der Exposition gegenüber sozialen Determinanten zu verstehen. Es geht also sowohl um Unterschiede im *Verhalten* als auch in den *Verhältnissen*, womit die Rahmenbedingungen gemeint sind (vgl. Rosenbrock/Hartung, 2011). So kombinieren sich beispielsweise genderbedingte Unterschiede im Verhalten, wie unterschiedliches Hygieneverhalten oder Ernährungs- und Konsumgewohnheiten, mit den Unterschieden zwischen den Geschlechtern in ihrer gesellschaftlichen Rolle, z. B. mit Blick auf Gleichbehandlung am Arbeitsplatz (vgl. Kolip, 2009, S. 60; vgl. WHO, 2013, S. 6). Auch im Hinblick auf mögliche Interventionen kommt der Schaffung von gesundheitsgerechten Verhältnissen – idealerweise in Kombination mit Ansätzen der Verhaltensprävention – eine Schlüsselrolle zu, um die richtigen Adressaten zu erreichen. Vor dem Hintergrund von Migration bedeutet eine diversitätssensible Betrachtungsweise, auf mögliche Einflüsse des ethnischen und kulturellen Hintergrunds in

Bezug auf Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit einzugehen und diese auch im Zuge von Interventionen zu beachten (vgl. Kutalek, 2012, S. 3).

Diversität verstehen, erlaubt eine genauere Definition von Zielgruppen und eine stärkere Beachtung einer bislang weder in der Gesundheitsförderung und Prävention noch in der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme systematisch berücksichtigten Heterogenität (vgl. Lampert/Kroll, 2014, S. 1). So belegt das als „Präventionsdilemma“ (vgl. Bauer, 2005) bekannte Phänomen, dass ein Großteil der Maßnahmen und Projekte nach wie vor insbesondere besser gestellte Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Bildungsniveau erreicht. Der Handlungsbedarf bezogen auf Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Versorgung unterscheidet sich jedoch zwischen den (Sub-)Gruppen. Die gesundheitliche Chancengleichheit lässt sich somit nur dann verbessern, wenn diese soziale Diversität angemessen berücksichtigt wird (vgl. GVG, 2014).

Doch was passiert, wenn allein die Voraussetzungen nicht vorhanden sind, um mit den bereitgestellten Gesundheitsinformationen umgehen zu können? Betrachtet man ergänzend die Diskussion um Bildungsaspekte im Versorgungsgeschehen und im Besonderen in (internationalen) Studien zur Gesundheitskompetenz, womit u. a. generell die Fähigkeit des Umgangs mit Gesundheitsfragen gemeint ist, fällt eine niedrige Health Literacy in den Teilen der Bevölkerung auf (vgl. Schaeffer et al., 2018), die zu den vulnerablen Gruppen zählen. Eine 2016 durchgeführte repräsentative Befragung (vgl. Schaeffer et al., 2016), die eine international abgestimmte Methodik des European Health Literacy Survey berücksichtigt, zeigt deutliche Befunde auf: Über die Hälfte der deutschen Bevölkerung (54,3 %) hat eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Diese Problematik, d. h., mit gesundheitsrelevanter Information nicht adäquat umgehen zu können und dadurch massive Versorgungsnachteile zu haben, betrifft die Determinanten Bildungsstand, Sozialstatus, höheres Lebensalter und Migrationshintergrund. Seit ein paar Jahren wurden deshalb die Forschungsaktivitäten zu Health Literacy intensiviert, sodass auch in Deutschland 2018 ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ vorliegt, der die Relevanz der Health Literacy betont, aber auch zahlreiche Umsetzungsprinzipien empfiehlt. Auch deshalb hat aktuell ebenso der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) explizit eine Stärkung der Gesundheitskompetenzen für diese Zielgruppen gefordert (vgl. SVR, 2018), sodass aufgrund von besonderen



Präferenzen und lebensweltlichen Bedingungen spezifische Interventionen für die Chancengleichheit entwickelt werden können.

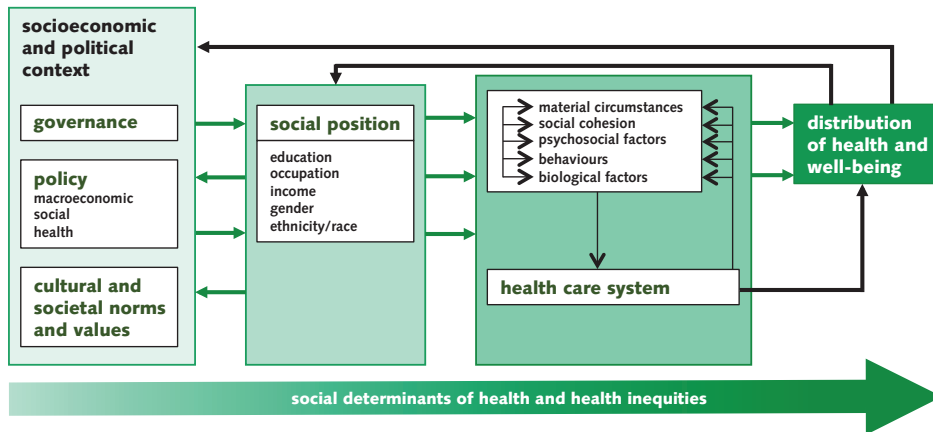
Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit wurden in den letzten Jahrzehnten in vielen Forschungs- und Praxisbezügen als zentrales Thema adressiert, das sich als sehr vielschichtig erwiesen hat. Um dieses möglichst umfassend zu diskutieren und um Möglichkeiten aufzuzeigen, wie der Zusammenhang zwischen Ungleichheit und Gesundheit zu verringern ist, gliedert sich der vorliegende Themenband in zwei Teile: die *Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit* und die *Betrachtung der versorgungspolitischen Dimensionen und Maßnahmen*. Die Absicht dieses Themenbands liegt darin, sich auf einen möglichen Beitrag von Wissenschaft, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie Versorgungspraxis zu konzentrieren, um aufzuzeigen, wie Chancengleichheit durch bedarfsadäquate sozialpolitische Maßnahmen herzustellen ist. Zu beachten ist dabei, dass nur eine begrenzte Auswahl vertretener Ansätze, beteiligter Disziplinen und Akteure sowie Perspektiven integriert werden konnten, was aber die Relevanz und Herausforderungen des immer noch und immer wieder aktuellen Themas nicht schmälert.

## **Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit**

Gesundheit wird wesentlich durch soziale Determinanten geprägt; soziale Benachteiligungen erzeugen ungleiche Gesundheitschancen. Während die oben dargestellten primären Dimensionen von Diversität individuell als relativ schwer beeinflussbar gelten, weisen sekundäre Dimensionen einen gewissen Grad an Veränderbarkeit auf (vgl. Loden/Rosener, 1991). Damit sind auch die sozioökonomischen Faktoren, insbesondere die Einkommensunterschiede, nicht statisch. Allerdings beobachtet beispielsweise die OECD seit Längerem eine Vergrößerung der Einkommensunterschiede in Deutschland (vgl. OECD, 2008, S. 66) – die Schere öffnet sich also weiter mit der Folge wachsender Ungleichheiten.

Die Arbeit der WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) zu den Determinanten der Gesundheit hat diese Thematik erneut in den Fokus der Diskussion gerückt. Die in Abb. 0.2 dargestellten Zusammenhänge erklären die Bildung sozialer Determinanten und verbinden dabei die individuelle Mikro- mit einer gesellschaftlichen Makroperspektive. Das Rahmenmodell zeigt anschaulich das Zusammenspiel der verschiedenen strukturellen, sozialen und individuellen Parameter für

die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden auf, die bei der Bekämpfung der Ungleichheit Beachtung finden müssen.



**Abb. 0.2:** Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. WHO, 2013, S. 5)

Wie aus Abb. 0.2 ersichtlich wird, wirkt der sozioökonomische und politische Kontext, der insbesondere geprägt ist von den in einer Gesellschaft geltenden Normen und Wertvorstellungen, auf die gesellschaftliche Position des Individuums. Expositionen und Vulnerabilitäten sind i. d. R. ungleich verteilt in der Bevölkerung, einhergehend mit der sozioökonomischen Position und verschiedenen Faktoren, wie der Bildungs- und Erwerbssituation, dem Einkommen, Ethnizität und Geschlecht. Beides bedingt sich wechselseitig; die sozioökonomische Position ist also eng mit den Kontextfaktoren verbunden.

Gleichzeitig zeigt die Systematik den Einfluss moderierender Faktoren, die – je nach individueller Situation – sowohl stärkend als potenzielle Quellen von Resilienz und Empowerment als auch schwächend ausfallen können. Entscheidend sind hier materielle Gegebenheiten, biologische Faktoren und Verhaltensweisen, die auf einer individuellen Ebene Einfluss nehmen auf die Möglichkeit zur Kontrolle über die eigene Lebensführung und die Beteiligung an (politischen) Entscheidungsprozessen. Diese individuellen Faktoren beeinflussen gebündelt unsere sozialen Institutionen, so auch unser Gesundheitssystem, und werden wiederum durch diesen institutionellen Rahmen geprägt.

Es ist von großer Bedeutung, die sozialen Determinanten von Gesundheit zu adressieren und damit die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, also die Schlüsseldeterminanten für eine gerechte Gesundheitsversorgung, zu berücksichtigen. Diese Bedingungen des täglichen Lebens sind strukturell durch die ökonomischen und (gesundheits-)politischen Rahmenbedingungen, Machtverteilung, Geschlechtergerechtigkeit und die Werteordnung der Gesellschaft beeinflusst (vgl. WHO, 2013, S. 5 f.). Größere Gesundheitsbelastungen bei sozial Benachteiligten summieren sich von Geburt an auf, z. B. durch schlechtere Lebensbedingungen und riskanteres Gesundheitsverhalten (vgl. Lampert/Kroll, 2014, S. 4). Aus diesem Grund bedeuten soziale Benachteiligungen, die früh im Leben erfahren werden, eine lebenslange Belastung. Noch in der ferneren Lebenserwartung (ab dem 65. Lebensjahr) zeichnen sich Unterschiede zuungunsten von Frauen und Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status ab (vgl. Lampert/Kroll, 2014, S. 3). Ein lebenslauforientierter Ansatz wird der Ansammlung von Bevor- und Benachteiligung gerecht, die jedes Individuum im Laufe seines Lebens erfährt. Dies beginnt mit den ersten Stationen Schwangerschaft und Geburt und führt weiter über die Schule und den Übergang ins Erwerbsleben, die Berufstätigkeit, Arbeitsbedingungen sowie die Lebensumstände im Alter (vgl. WHO, 2013, S. 6). Somit zählen zu den besonders benachteiligten Gruppen beispielsweise Kinder und Jugendliche, pflegebedürftige Personen und ältere Menschen. Zieht man Querschnittsthemen der Ungleichheit in Betracht, sind diese Gruppen um die Kategorien Geschlecht und auch Migration zu ergänzen.

Der erste Teil des vorliegenden Themenbands beschäftigt sich mit diesen Determinanten von gesundheitlicher Chancengleichheit und thematisiert unterschiedliche (vulnerable) Gruppen. *Dina Frommert, Christine Hagen* und *Ralf Himmelreicher* zeigen in ihrem Beitrag den Zusammenhang zwischen Alterseinkünften und sozialer Ungleichheit auf. Sie kommen zu dem Schluss, dass es gerade die vulnerablen Gruppen sind, die von Altersarmut bedroht sind: Geringqualifizierte, Bezieherinnen und Bezieher von Erwerbsminderungsrenten, Langzeitarbeitslose, Solo-Selbstständige, Alleinerziehende und geschiedene Frauen sowie Personen mit Migrationshintergrund. Die Autoren zeigen, dass Gesundheit eine Ressource ist, die eine langjährige Erwerbstätigkeit und aktive Altersvorsorgeplanung ermöglicht. Gesundheitliche Ungleichheiten legen demnach auch eine ungleiche Verteilung von Einkommenszielungschancen nahe.

Um Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, empfehlen *Orkan Okan*, *Paulo Pinheiro* und *Ullrich Bauer* in ihrem Beitrag eine nachhaltige Stärkung der (kritischen) Gesundheitskompetenz. Der Beitrag steht im Spannungsfeld von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention, wobei das Plädoyer des Autorentrios für eine universelle Gestaltung der Maßnahmen ausfällt, die sich an den Bedarfen und Bedürfnissen benachteiligter Bevölkerungsgruppen orientieren und über eine Verhältnisorientierung erfolgen.

Einen konkreten Ansatz, der im Sinne einer Verhältnisprävention über eine gesundheitsgerechte Gestaltung der lebensweltlichen Strukturen greift, zeigen *Holger Kilian*, *Stefan Bräunling*, *Svenja Rostosky*, *Annett Schmok* und *Tanja-Maria Kessel* auf. Die Autoren schildern in ihrem Beitrag zwei konkrete Projekte. Das Netzwerk „Gesunde Kinder im Land Brandenburg“ gilt dabei als Beispiel für universelle Prävention, die unterschiedslos allen jungen Familien angeboten wird. Das zweite Projekt „Gesundheit leben“ wendet sich im Berliner Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf an Menschen, die bereits seit längerer Zeit erwerbslos sind. Dabei scheint es im Fazit essenziell, die defizitorientierte Ansprache von Zielgruppen und Adressaten zu vermeiden und die Maßnahmen direkt in deren sozialräumlichen Lebenswelten zu verankern.

Ähnlich lauten die Empfehlungen von *Hajo Zeeb*, *Wiebke Hübner* und *Jacob Spallek*, deren Forschung sich auf Migrantinnen und Migranten konzentriert. So scheint es ratsam, Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung auf die Bedürfnisse der Zielgruppen zuzuschneiden und zugleich die Adressaten nicht von anderen Teilen der Gesellschaft zu trennen. Dies bedeutet für eine migrationssensible Strategie zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit, dass Programme und Interventionen die sozioökonomische und kulturelle Vielfalt von Lebensweisen und Wertsystemen berücksichtigen.

Älter noch, aber keineswegs erschöpfend diskutiert, ist die Frage nach einer angemessenen Gesundheitsversorgung von Frauen. *Birgit Babitsch* stellt in ihrem Beitrag fest, dass Geschlechteraspekte in der gesundheitlichen Versorgung bis heute unzureichend adressiert werden, und plädiert für eine systematische Integration der Geschlechterperspektive. Am Beispiel des weithin rezipierten Public Health Action Cycle (vgl. Rosenbrock, 1995), bestehend aus den Phasen Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementation und Bewertung, entwickelt die Autorin schließlich

eine mögliche Vorgehensweise, durch welche die Frauen- und Geschlechterperspektive systematisch und theoriebasiert implementiert werden kann.

Dass Bildung und Einkommen der Eltern über die Gesundheit von Kindern mitentscheiden, wurde in zahlreichen Publikationen wiederholt bestätigt, z. B. in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland/KiGGS (vgl. Lampert/Kuntz, 2015) oder im Kinder- und Jugendreport der DAK Gesundheit (vgl. Storm, 2018). Die Autoren *Claudia Schmidtke*, *Benjamin Kuntz* und *Thomas Lampert* konzentrieren sich auf die sozialen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und kommen hier zu dem Ergebnis, dass Erinnerungs- und Meldeverfahren gerade für diese Zielgruppe zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen und Gesundheitsproblemen von enormer Relevanz sind.

## Versorgungspolitische Dimensionen und Maßnahmen

Es sind nicht nur die individuellen und sozialen Faktoren, die sich auf das Verhalten bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen auswirken. Andersen und seine Mitarbeiter stellten bereits in den 1970er-Jahren durch das „Behavioral Model of Health Service Use“ dar, dass auch die Faktoren eines Gesundheitssystems dieses systematisch beeinflussen (vgl. Andersen/Newman, 1973). Hier ist beispielsweise an die Rolle des Gatekeepers zu denken, der als Erstkontakt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen reguliert.

Zugangsbeschränkungen für Gesundheitssysteme bestehen in drei Richtungen: rechtlich, faktisch und räumlich. Mit rechtlichen Zugangsbarrieren sind Regulierungen des Umfangs des Leistungspakets oder beispielsweise die Kassenzulassung gemeint, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter erforderlich ist und somit – ohne dies zu werten – eine Zugangsbeschränkung für Patienten zum Leistungserbringer der Wahl darstellt. Faktische Barrieren bestehen in Form von Kapazitätsengpässen, durch Wartezeiten oder auch aufgrund fehlender Gesundheitskompetenz seitens der Nutzer des Systems bzw. – anders herum – dem Fehlen niedrigschwelliger Angebote. Räumliche Barrieren schließlich ergeben sich aufgrund von Lücken in der wohnortnahen Versorgung. All diese Zugangsbeschränkungen haben potenzielle Wirkungen nicht nur auf die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen, sondern auch auf deren Verteilung zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Spätestens seit dem World Health Report 2000 ist jedoch deutlich: Die Performanz von Gesundheitssystemen zeichnet sich nicht nur durch „Goodness“ – durch ein hohes Durchschnittsniveau des Gesundheitszustands einer Bevölkerung – aus, sondern insbesondere durch dessen Verteilung (vgl. WHO, 2000, S. 26). Es gehört deshalb zu den wichtigsten Aufgaben des Sozialstaats, nicht nur eine leistungsfähige, sondern auch eine bedarfsgerechte und allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (vgl. Huster, 2017, S. 1). Während in der Epidemiologie die Betrachtung der sozialen Determinanten für Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit bereits weit fortgeschritten ist, steckt die Forschung zur Evaluation von Maßnahmen der Sozialpolitik noch in den Kinderschuhen (vgl. Lee et al., 2018, S. 581). Dabei sollte die ungleiche – oder besser ungerechte – Verteilung von Risikofaktoren und schließlich von Gesundheit und Krankheit selbst in der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme eine zentrale Rolle spielen. Der Ausgangspunkt hierfür ist das Gesundheitssystem. Relevant ist dabei die Frage, was Gesundheitspolitik selbst bewirkt und wie dies andere Sektoren beeinflusst, um mehr Chancengleichheit zu erreichen. Dazu ist eine stärkere Kohärenz der Politik über alle Sektoren hinweg und ihrer Stakeholder auf allen Ebenen der Regulierung notwendig, d. h. transnational, national, regional und lokal. Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen ist dabei oberstes Gebot (vgl. WHO, 2013, S. xvi).

Im zweiten Abschnitt des Buchs widmen sich sechs Beiträge dem Thema einer flächendeckenden und zielgruppenadäquaten Versorgung. Wie *Maike Schulz*, *Jonas Czwikla*, *Annika Schmidt* und *Chrysanthi Tsiasioti* anhand der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen zeigen, sinkt die Wahrscheinlichkeit, angemessen versorgt zu werden, für ältere Menschen insbesondere, wenn sie pflegebedürftig sind. Das Risiko, keinen Facharztkontakt zu haben, steigt mit zunehmender Pflegestufe. Zugangsbarrieren ergeben sich aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen, die die Erreichbarkeit der fachärztlichen Praxis einschränken. Folglich – so weisen die Forscherinnen und Forscher für ausgewählte Facharzt disziplinen nach – sind auch die Lage des Wohnorts und damit Lücken in einem flächendeckenden Angebot von Facharztleistungen für die verminderte Inanspruchnahme relevant.

Mit Blick auf die stationäre Versorgung stellen *Kerstin Herrler* und *Alfons Hollederer* auch in der Gruppe der Migranten große Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme fest. Der von diesen Autoren durchgeführte Literaturreview deckt einerseits Zugangsbarrieren zur ambulanten Versorgung auf, die sich in einer inad-

äquat häufigen Inanspruchnahme von stationären Leistungen insbesondere von Notaufnahmeeinrichtungen zeigen. Andererseits werden Leistungen, bei denen in der Gruppe der Migranten ein besonders großer Behandlungsbedarf besteht, zu wenig abgerufen. Dabei handelt es sich insbesondere um psychotherapeutische Behandlungen und um Leistungen, die die Gesundheit von Schwangeren und Kindern betreffen. Fehlende Systemkenntnis sowie Verständnisprobleme und mangelnde Gesundheitskompetenzen werden hier als Hauptursachen identifiziert.

*Susanne Hartung* plädiert in ihrem Beitrag für stärker partizipative Ansätze als wichtige Voraussetzungen für den Erfolg von kommunalen Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Überwindung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Die Umsetzung von „Präventionsketten“ als integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen zu schaffen, wäre aus Sicht der Autorin ein Weg in die richtige Richtung.

*Angelika Beyer, Ulrike Stentzel, Wolfgang Hoffmann und Neeltje van den Berg* stellen in ihrem Beitrag innovative regionale Versorgungskonzepte in Mecklenburg-Vorpommern vor und zeigen so, wie räumliche, sektorale und professionelle Barrieren abgebaut werden können. Die Autoren plädieren dafür, die Versorgung eng an vorhandene Bedarfe zu binden, um eine adäquate gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten und regionale Ungleichheiten zu vermeiden. Ziel sollte es sein, auf die Region maßgeschneiderte Angebote aus einem Portfolio erprobter und evaluierter Maßnahmen auszuwählen und in die Routineversorgung zu übernehmen.

*Lisa Galler und Markus Lüngen* sehen hingegen kaum regionalen Handlungsspielraum für das „Ausbreiten“ von Pilotprogrammen und Projekten. In der Tat bietet die Wissenschaft nach Erkenntnis der Autoren eine Fülle von evidenzbasierten Programmen an. Auch ist bekannt, welche Gruppen benachteiligt sind, wie die Autoren anhand ihrer Befragung in der Region Osnabrück-Emsland zeigen. Jedoch fehlen nach Einschätzung der Autoren häufig die Strukturen, Akteure, Ressourcen und nicht zuletzt die politische Dringlichkeit, diese auf regionaler Ebene auch umzusetzen.

Ähnlich argumentieren *Karsten Zich, Hans-Dieter Nolting und Uwe Schwenk* in der Diskussion der Ergebnisse des „Faktencheck Gesundheit“. Wie die einzelnen Faktenchecks anhand verschiedener Indikationen darstellen, bestehen (unerwünschte) Variationen in der Gesundheitsversorgung. Auch diese Autoren problematisieren, dass es keine regionale und zugleich sektorenübergreifende Qualitätssicherung gibt,

um Variationen in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems systematisch zu eliminieren. Wie auch die Autoren des zuvor genannten Beitrags sind auch Zich und Co-Autoren davon überzeugt, dass die überregionale Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems hierfür ursächlich ist.

## Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich für die kollegiale und professionelle Unterstützung der Autoren und Autorinnen bedanken. Ohne ihr Engagement wäre das vorliegende Werk in dieser kurzen Zeit und hohen Qualität für dieses aktuelle und zukunftsweisende Thema nicht zustande gekommen. Wir danken auch den Vortragenden und Teilnehmenden des gleichnamigen APOLLON Symposiums, das im November 2017 in Bremen stattfand. Zahlreiche Impulse aus den Beiträgen und den engagiert geführten Diskussionen sind in diesen Band eingeflossen. Auch gilt unser Dank unseren internen Kolleginnen vom Verlag APOLLON University Press und damit Petra Becker und ihrem hoch engagierten Team mit Corinna Dreyer und Franziska Riedel.

## Literatur

- Altgelt, T. (2016) *Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten*. doi: 10.17623/BZGA:224-i127-1.0 (10.08.2018).
- Andersen, R./Newman, J. (1973). *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*. The Milbank Quarterly, (83), S. 1–28.
- Bauer, U. (2005): *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Heidelberg: Springer.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013). <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=5cd7ee657e3c4e406156ea22f455617a> (11.12.2018).
- Engel, H. (2011). *Sozialpolitische Grundlagen der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2014). *Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung*. Forum Gesundheitliche Chancengleichheit, Köln. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/G/Gesundheitsziele/Leitfragen\\_Gesundheitliche\\_Chancengleichheit\\_01.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Leitfragen_Gesundheitliche_Chancengleichheit_01.pdf) (10.08.2018).
- Huster, S. (2012). *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit: Sparen, umverteilen, vorsorgen?* Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 1249, Bonn.
- Huster, S. (2017). *Gesundheit gerecht gestalten. Politisch-ethische Überlegungen zur Situation in Deutschland*. Friedrich-Ebert-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialpolitik, (32).
- Kolip, P. (2009). *Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit*. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, (45), S. 57–69.



- Kutalek, R. (2012). *Diversity competence in medicine: equity, culture and practice*. Wiener klinische Wochenschrift, (124), Supplement 3, S. 3–9.
- Lampert, T./Kuntz, B./KiGGS Study Group (2015). *Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* GBE kompakt, 6 (1).
- Lee, J./Schram, A./Riley, E./Harris, P. et al. (2018). *Addressing Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: A Global Review of Policy Outcome Evaluation Methods*. *Int J Health Policy Manag*, 7 (7), S. 581–592.
- Loden, M./Rosener, J. B. (1991). *Workforce America! Managing Employee Diversity as a Vital Resource*. New York u. a.: McGraw-Hill.
- Mielck, A. (2012). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung*. In: Brähler, E./Kiess, J./Schubert, C. (Hrsg.): *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 129–145.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Saladin, P. (Hrsg.) (2007). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. [http://www.hospitals4equity.ch/files/BAG/Documents/MFH\\_Diversitaet%20und%20Chancengleichheit.pdf](http://www.hospitals4equity.ch/files/BAG/Documents/MFH_Diversitaet%20und%20Chancengleichheit.pdf) (01.08.2018).
- Mosse, M./Tugendreich, G. (1913). *Krankheit und soziale Lage*. München: J. F. Lehmanns.
- OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Publishing Paris. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en#page3](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page3) (11.12.2018).
- OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development (2008). *Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries*. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/growing-unequal\\_9789264044197-en#page9](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/growing-unequal_9789264044197-en#page9) (01.08.2018).
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktual. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenbrock, R./Hartung, S. (2011). *Settingansatz/Lebensweltansatz*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 5. Auflage, Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 497–500.
- Rosenbrock, R. (1995). *Public Health als Soziale Innovation*. *Das Gesundheitswesen*, 57 (3), S. 140–144.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Vogt, D./Gille, S. (2018). „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ – Relevanz für die Versorgungsforschung. *Monitor Versorgungsforschung*, 11 (04), S. 53–58.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht 2016*. Universität Bielefeld. [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht\\_HLS-GER.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf) (11.12.2018).
- Storm, A. (2018). *Kinder- und Jugendreport. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, (23). Bielefeld & Hamburg: DAK Gesundheit. <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder--und-jugendreport-2018-2002322.pdf> (11.12.2018).

- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) (11.12.2018).
- WHO – World Health Organization (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf) (09.12.2018).
- WHO – World Health Organization (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. <http://www.who.int/whr/2000/en/> (25.07.2018).

I

# Determinanten der gesundheitlichen Chancengleichheit



# 1

## Alterseinkünfte und soziale Ungleichheit

DINA FROMMERT; CHRISTINE HAGEN; RALF HIMMELREICHER

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es zu untersuchen, wie sich die letzten Reformen in der Alterssicherung, die Entwicklungen am Arbeitsmarkt sowie veränderte Lebensformen auf die Entwicklung der Alterseinkünfte ausgewirkt haben, um dem Thema Ungleichheit näherzukommen. Hierfür stehen drei Perspektiven im Zentrum der Analyse: Zunächst geht es um die Höhe, Verteilung und Entwicklung der Altersrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, weil sie die mit Abstand wichtigste Schicht der Alterseinkünfte darstellen. Anschließend wird die Entwicklung der Höhe der Alterseinkünfte insgesamt untersucht. Preisbereinigt, so viel kann man an dieser Stelle vorwegnehmen, sinken die Alterseinkünfte vor allem bei ostdeutschen Männern. Die dritte Perspektive widmet sich dem Hoffnungsträger in der Alterssicherungspolitik, der betrieblichen Altersversorgung. Untersucht wird für zurückliegende Rentenzugänge, wer eine betriebliche Altersversorgung abgeschlossen hat, welche Charakteristika diese Personen und ihre Arbeitsplätze hatten und wie hoch die Alterseinkünfte aus betrieblicher Altersversorgung sind.

### 1.1 Einleitung

Wie gesund ältere Menschen ins Alter kommen und wie gut ihre Gesundheit im Alter ist, wird maßgeblich durch ihre Lebenssituation beeinflusst. Neben dem Lebensstil spielt für die Gesundheit die Lebenslage – also Bildung, Einkommen und Vermögen sowie Merkmale der aktuellen bzw. früheren Berufstätigkeit – eine große Rolle. Die gesundheitliche Ungleichheit ist wegen der sich im Lebensverlauf oftmals kumulierenden Risiken in der älteren Bevölkerung besonders hoch. Die sozialepidemiologische Forschung hat inzwischen vielfältig belegt, dass Personen mit niedrigem im Vergleich zu denjenigen mit höherem sozioökonomischen Status häufiger von mehreren Beschwerden, Krankheiten und Funktionseinschränkungen betroffen sind und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben (vgl. Lampert et al., 2018; Wolff et al., 2017; Richter/Hurrelmann, 2009; Himmelreicher et al., 2008; Siegrist/Marmot, 2006).

In diesem Beitrag stehen die materiellen Ressourcen von älteren Menschen und deren Verteilung im Zentrum der Untersuchung. Bei älteren Menschen sind die wäh-

## Autoren und Autorinnen

### **Prof. Dr. Birgit Babitsch**

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin; Professorin für New Public Health an der Universität Osnabrück; derzeit auch Institutsdirektorin und Studiendekanin des Instituts für Gesundheitsforschung und Bildung sowie Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der BZgA und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen; Arbeitsschwerpunkte: Soziale Ungleichheit und Heterogenität, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesunde Lebenswelten, Kompetenzentwicklung, Sicherheitskultur, Nachhaltigkeit und Digitalisierung im Gesundheitswesen.

### **Dr. Ullrich Bauer**

Professor für Sozialisationsforschung an der Fakultät für Erziehungswissenschaft und Leiter des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) der Universität Bielefeld; Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind die Sozialisations-, Ungleichheits-, Bildungs- und Gesundheitskompetenzforschung.

### **PD Dr. Neeltje van den Berg**

Versorgungsepidemiologin und Geografin; seit 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald; seit 2011 hier Stellvertreterin der Abteilungsleitung; Leiterin des Forschungsbereichs Innovative Versorgungskonzepte und Regionale Versorgung und den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin (IFT); Forschungsschwerpunkte: regionale Versorgung, bevölkerungsbezogene Interventionen, geografische Analysen, die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von innovativen Versorgungskonzepten sowie telemedizinische Projekte.

### **Angelika Beyer (M. Sc.)**

Studium im Fach „Health Care Management“; seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitätsmedizin Greifswald im Institut für Community Medicine (Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health); seit 2015 in verschiedenen Projekten zur Versorgungsforschung tätig: Erstellung einer bundesweiten Expertise zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Verbesserung der flächendeckenden medizinischen Versorgung durch innovative Versorgungskonzepte (wie bspw. die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe, Telemedizin, sektorenübergreifende Kooperationen).

**Stefan Bräunling (MPH)**

Dipl.-Psychologe; seit 2008 Mitarbeiter bei Gesundheit Berlin-Brandenburg; Leiter der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit; 2015–2017 Koordination des Projekts „Gesundheit leben“.

**Prof. Dr. rer. pol. Mirella Cacace**

Seit September 2018 Professorin für Gesundheitssystemgestaltung und Gesundheitspolitik an der Katholischen Fachhochschule in Freiburg. Zusätzlich leitet sie ein Projekt zu den Gesundheitssystemen Mittel- und Osteuropas im DFG-geförderten Sonderforschungsbereich 1342 „Globale Entwicklungen von Sozialpolitik“ der Universität Bremen. Zwischen 2016 und 2018 war Mirella Cacace Professorin für Gesundheitsökonomie, insbesondere internationale Gesundheitssysteme an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Auslandsaufenthalte führten Mirella Cacace zunächst an die Columbia University in New York. Als Stipendiatin des Commonwealth Fund erforschte sie hier international vergleichend, wie gerecht es bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Kanada, Deutschland und USA zugeht. In ihrer außerakademischen Laufbahn war sie u. a. als Analyst und Consultant bei der RAND Corporation in Cambridge (UK) und bei der Prognos AG in Berlin/Potsdam beschäftigt. Mirella Cacace studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Freiburg und promovierte an der Universität Bremen mit einer Arbeit zum Wandel im US-amerikanischen Gesundheitssystem.

**Jonas Czwikla**

Studium der Gesundheitswissenschaften mit den Schwerpunkten „Versorgungsforschung und Gesundheitssystem“ sowie „Gesundheitsplanung und -management“ an der Universität Bremen; seit 2015 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik tätig; Arbeitsschwerpunkt: Möglichkeiten und Grenzen der Forschung anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung; maßgeblich an der Antragsstellung des Projekts „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen (MVP-STAT)“ beteiligt gewesen.

**Dr. Dina Frommert**

Studium der Soziologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und der University of Cape Town; Promotion an der Universität Duisburg-Essen; zurzeit bei der Deutschen Rentenversicherung Bund im Geschäftsbereich Forschung und Entwicklung tätig und Betreuerin der Studie „Lebensverläufe und Altersvorsorge (LeA)“.

**Lisa Galler (M. A.)**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt ROSE an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück.

**Dr. Christine Hagen**

Studium der Soziologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt a. M.; Promotion im Sonderforschungsbereich 186 ‚Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf‘ an der Universität Bremen; berufliche Tätigkeit im Landesgesundheitsamt und Sozialministerium des Landes Brandenburg sowie im Robert Koch-Institut; aktuell wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung im Deutschen Zentrum für Altersfragen.

**Prof. Dr. Susanne Hartung**

Gesundheitswissenschaftlerin und Soziologin, Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten an der Hochschule Neubrandenburg. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten, Kommunale Gesundheitsförderung, Partizipative Sozial- und Gesundheitsforschung, Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung.

**Kerstin Herrler (M. Sc.)**

Studium im Fach Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth im Jahr 2017; seitdem wissenschaftliche Mitarbeiterin am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Nürnberg im Sachgebiet „Gesundheitssystemanalyse, Gesundheitsregionenplus, Versorgungsforschung (GE6)“.

**Dr. Ralf Himmelreicher**

Elektriker; Studium der Soziologie und Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin; Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität Bremen; Habilitation am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften an der FU Berlin; nach Stationen unter anderem am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, zuletzt für den Aufbau des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin verantwortlich; aktuell Senior Researcher in der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie Privatdozent am Institut für Soziologie der FU Berlin.



**Wolfgang Hoffmann (MPH)**

Leiter der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald; 1995 Master of Public Health (MPH) an der University of North Carolina, USA; 2002 auf eine Stiftungsprofessur des BMBF und zwei Jahre später auf eine ordentliche Professur für Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald berufen; Forschungsschwerpunkte: bevölkerungsbezogene Intervention und Prävention, innovative Versorgungskonzepte, regionale Versorgung und zentrales Daten- und Qualitätsmanagement.

**Prof. Dr. Alfons Holleederer**

Seit 2011 leitender Medizinaldirektor für das Sachgebiet „Gesundheitssystemanalyse Gesundheitsregionen plus, Versorgungsforschung (GE6)“ am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in Nürnberg; Promotion im Lehrgebiet „Public Health“ an der Universität Bielefeld; Habilitation an der Universität Bremen; seit Januar 2017 Professor an der medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

**Wiebke Hübner**

Soziologin; wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS); Arbeitsschwerpunkte: Integrationsforschung, Migration und Gesundheit.

**Holger Kilian (MPH)**

Dipl.-Soziologe; seit 2002 Mitarbeiter bei Gesundheit Berlin-Brandenburg, in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit zuständig für das Thema Qualitätsentwicklung mit Schwerpunkt auf den Good-Practice-Kriterien des Verbunds; in der Potsdamer Geschäftsstelle Leiter der Fachstelle Gesundheitsziele im Land Brandenburg.

**Dr. Benjamin Kuntz**

Studium im Fach Public Health in Bielefeld; derzeit wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut im Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit.

**PD Dr. Thomas Lampert**

Studium der Soziologie, Psychologie und Statistik an der Freien Universität Berlin; Promotion zum Dr. PH an der Technischen Universität Berlin; Habilitation zum Dr. habil. an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig; Fachgebietsleiter Soziale Determinanten der Gesundheit am Robert Koch-Institut in Berlin.

**Prof. Dr. Markus Lungen**

Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsökonomie, an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück.

**Hans-Dieter Nolting**

Diplom-Psychologe; Studium der Psychologie und Philosophie in Berlin und Bordeaux; Geschäftsführer des IGES Instituts und seit 1991 dort tätig; von 1986 bis 1991 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts (Robert Koch-Institut).

**Orkan Okan**

Erziehungswissenschaftler mit dem Schwerpunkt Bildungs-, Sozialisations- und Gesundheitsforschung im Kindes- und Jugendalter; Doktorand an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld und dort seit dem Frühjahr 2015 Forscher am Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI); wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektmanager im BMBF-geförderten nationalen Forschungsverbund „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)“; gegenwärtige Forschungsaktivitäten umschließen Health-Literacy-bezogene Politikfeldanalysen und Förderung der Health Literacy in der Kindheit und Jugend.

**Dr. Paulo Pinheiro**

Seit 2014 an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld tätig; Forschungsschwerpunkte umspannen u. a. schulische Gesundheitsförderung und Inklusion sowie Health Literacy; aktuell Koordinator für den Standort Bielefeld für die laufenden Projektaktivitäten im Rahmen der BMBF-Verbundvorhaben „Health Literacy in Childhood and Adolescence“ (HLCA) und „Schule tatsächlich inklusiv – Evidenzbasierte modulare Weiterbildung für praktizierende Lehr- und andere pädagogische Fachkräfte“ (StiEL).

**Prof. Dr. Johanne Pundt (MPH)**

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, nach wissenschaftlichen Tätigkeiten an der TU Berlin und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, seit 2009 Dekanin an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und seit 2017 Präsidentin der APOLLON Hochschule; Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human Resource Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.

**Svenja Rostosky (M. A.)**

Studium im Fach „Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal; 2016–2017 Praktikantin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg im Projekt „Gesundheit leben“; 2017–2018 studentische Mitarbeiterin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit; seit Oktober 2018 Mitarbeiterin der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung.

**Annika Schmidt (M. A.)**

Nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester und Rettungsassistentin mehrere Jahre in der stationären Langzeitpflege sowie im Rettungsdienst tätig; nach dem Bachelorstudium „Gesundheits- und Pflege-management“ sowie dem Masterstudium „Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“, seit 2014 in verschiedenen Forschungsprojekten der pflegewissenschaftlichen Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen tätig; seit 2017 ebenfalls im Projekt „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen“ (MVP-STAT).

**Claudia Schmidtke (B. A.)**

Studium der Sozialwissenschaften in Hannover; derzeit im M. Sc. in Public Health an der Berlin School of Public Health; seit 2017 studentische Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut im Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit.

**Annett Schmok (M. A.)**

Dipl. Sportwissenschaftlerin; Masterstudium im Fach Gesundheitsförderung und -management in Europa; seit 2009 Mitarbeiterin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg; seit 2013 Leiterin der Landeskoordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder.

**Uwe Schwenk**

Diplom-Ökonom; nach beruflichen Stationen als volkswirtschaftlicher Referent, Interims-Manager und Berater; 2004 Wechsel zur Bertelsmann Stiftung; seit 2008 zum Führungskreis gehörend und verantwortlich für das Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“.

**Dr. Maike Schulz**

Im Rahmen ihrer Dissertation Beschäftigung mit der Gesundheitsversorgung älterer Menschen und Untersuchung des Einflusses des Bildungshintergrunds und des Gesundheitssystems auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen anhand von europäischen Daten; 2014–2017 Forschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen zum Zusammenhang der Wohnumgebung und der Gesundheit und Verfassung zwei systematischer Reviews; seit 2017 am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen im Projekt „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen“ (MVP-STAT) tätig.

**Prof. Dr. Jacob Spallek**

Gesundheitswissenschaftler und Epidemiologe; Professor für Gesundheitswissenschaften an der Brandenburgischen TU in Senftenberg; Arbeitsschwerpunkte: gesundheitliche Ungleichheit, Sozialepidemiologie, Migration und Gesundheit und Versorgungsforschung.

**Dipl.-Geogr. Ulrike Stentzel**

seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald; tätig in der Arbeitsgruppe „Innovative Versorgungskonzepte und Regionale Versorgung“; Arbeitsschwerpunkte: geografische Analysen in der Versorgungsforschung – hier vor allem Erreichbarkeitsstudien – und innovative Versorgungskonzepte (Schwerpunkt auf E-Health und Telemedizin, wie bspw. die Entwicklung und Evaluation von verschiedenen telemedizinischen Betreuungskonzepten für psychiatrische Patienten).

**Chrysanthi Tsiasioti (M. A.)**

Diplomstudium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin; Masterstudium Statistik an der Humboldt-Universität Berlin; seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO); Arbeitsschwerpunkte: Datenanalysen, Versorgungsforschung mit Routinedaten im Bereich Pflege und mit Schwerpunkt auf Arzneimittelversorgung, ambulant-ärztliche und rehabilitative Versorgung; maßgeblich an den Analysen zur aktuellen Versorgungssituation mit AOK-Routinedaten des Projekts „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen (MVP-STAT)“ beteiligt gewesen.

**Prof. Dr. med. Hajo Zeeb**

Epidemiologe und Mediziner; Professor für Epidemiologie an der Universität Bremen und Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS); Lehrender an der APOLLON Hochschule mit Schwerpunkt Empirische Sozialforschung; Arbeitsschwerpunkte: Sozialepidemiologie, Umweltepidemiologie und Evidenzbasierung von Public Health.

**Karsten Zich**

Diplom-Kaufmann; nach universitärer Tätigkeit und zweieinhalb Jahren im Controlling eines Berliner Krankenhauses seit 2000 im IGES Institut tätig; hier als Senior Projektleiter im Geschäftsbereich Qualität – Evaluation – Reporting u. a. verantwortlich für die Realisierungsstudie und die Erstellung mehrerer Faktenchecks Gesundheit der Bertelsmann Stiftung.

## Sachwortverzeichnis

<b>#</b>			
6D-Modell		77, 89	
<b>A</b>			
Acceptability		267, 280	
Accessibility		266, 277	
Accommodation		267, 280	
Adequacy		267	
Affordability		267, 280	
Aktionsplan Gesundheitskompetenz		63, 86	
Alltagskompetenz			
– eingeschränkte		188	
Altersarmut		31	
Alterseinkünfte		30	
– Höhe		36	
– Verteilung		40	
Altersversorgung			
– betriebliche		44	
– Verbreitung		44	
Androzentrismus		150	
Area-Indikatoren		314, 317	
Arztdichte		268, 305, 306	
Arzt-Patient-Beziehung		185	
Arzt-Patienten-Kommunikation		313	
ASID		32	
Asylanträge		207	
Asylbewerberleistungsgesetz		226	
Asylsuchende		206	
Availability		266, 278	
Awareness		267, 280	
<b>B</b>			
BAMF		209	
Bedürfnisanalyse		245	
Bertelsmann Stiftung		307	
Bewertungsmaßstab			
– doppelter		150	
– einheitlicher		253	
Bias Free Framework		150	
Bildungsmaßnahmen			
– gesundheitsbezogene		79	
Bildungsniveau		73	
<b>C</b>			
Commonwealth Fund			268
<b>D</b>			
Delegation			252
Dementia Care Manager			254
Depressionen		66, 208, 222, 305	
Deutsche Rentenversicherung			32
Digitalisierung			78
Diskriminierung			114
Doing Gender		138, 146, 151	
Dualitätsprinzip			80
<b>E</b>			
E-Health-Gesetz			256
Empowerment		105, 106, 132	
Endoprothetik			302
Entgeltpunkte			32
Entwicklungsstörungen			64
Ergebnisqualität		270, 281	
Erkrankungen			
– chronische			285
– psychische			216
Erkrankungsprävalenz			188
Erwerbslose			111
Erwerbsquote			141
<b>F</b>			
Faktencheck Gesundheit			292
– Themen		294, 302	
– Wirkung			307
Familienpaten			108
Financial Literacy			47
Flüchtlinge			206
Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung			32
Forschungsprojekt ROSE		275, 283	
Frauengesundheitsbewegung		140, 147	
<b>G</b>			
Gemeinwesenarbeit			110
Gender Bias		151, 153	
Gender Gap			144

Gendermedizin	146, 148	Gesundheitsversorgung	
Genderparadox	143	– geschlechtergerechte	147
Gender Pension Gap	36	– Qualität	270, 281
Gendertheorien	139	– Ungleichheiten	266, 277
Generationenvertrag	56	– Zufriedenheit	273, 284
Geschlechtergerechtigkeit	139	– Zugangsdimensionen	266
Geschlechtersensibilität	150	Gesundheitszustand	222, 268, 283
Geschlechterverhältnis	142	– geschlechterbezogener	145
Gesundheit		– Migranten	207
– Determinanten-Modell	103	GKV-Präventionsbericht	238
– Einflussfaktoren	101	Good Practice	106
„Gesundheit leben“	110, 114	Good-Practice-Projekte	239
Gesundheitsbelastungen		Gradient	
– migrationspezifische	206	– sozialer	62, 69
Gesundheitsberufe		Grundsicherungsschwelle	36
– Akademisierung	255	GRV-Rente	35
– Arbeitsteilung	251	Gynozentrismus	150
– Delegation	252		
Gesundheitsdienst		<b>H</b>	
– öffentlicher	316	Health Communication Framework	80
Gesundheitsförderung	102	Health Literacy	68, 268, 278
– Akteure	235	Healthy-Migrant-Effekt	124, 210
– Finanzierung	103, 237	Human Development Index	223
– kommunale	231, 233	Hyperaktivität	65
– niedrigschwellige	106		
– Qualitätskriterien	242	<b>I</b>	
– Strukturen	235	IGES	304
– Zugangswege	109	Impfprogramme	227
Gesundheitshaus	258	Infektionskrankheiten	209, 217
Gesundheitskompetenz	62, 67, 132, 227, 268, 283	Initiative für gute	
– Dimensionen	77	Gesundheitsversorgung	291
– Förderung	70	Integrierte Versorgung	185
– Messung	74		
– Modelle	73	<b>J</b>	
Gesundheitspolitik	84	Jugenduntersuchung	165
Gesundheitssystem			
– Zugang	219	<b>K</b>	
– Zugangsbarrieren	223, 269	Kaiserschnittgeburten	302
		Keime	
		– multiresistente	224
		KiGGS-Studie	64, 165
		Kinder-Richtlinie	163

Kindes- und Jugendalter		Morbidität	145, 250
– Forschungsstand	70	Mortalität	144
– Gesundheitskompetenz	67	Multimorbidität	182
– gesundheitsliche Ungleichheiten	66		
– Gesundheitsverhalten	65	<b>N</b>	
– sozialer Gradient	66	Nachbarschaftskampagne	240
Kommune	233, 238	Netzwerk	108, 114
Krankenhausstruktur	302	Neugeborenen-Screening	218, 224
Krankheiten			
– alterspezifische	77	<b>O</b>	
Kultursensibilität	225	Öffentlicher Gesundheitsdienst	235
		Organisation	
<b>L</b>		– gesundheitskompetente	81
Lebenserwartung	143	Ottawa-Charta	68, 81, 104, 232
– geschlechterbezogene	144		
Lebenslaufmodell	123	<b>P</b>	
Lebensqualität	62	Palliativversorgung	302
Lebenslaufperspektive	65	Paradigmenwechsel	30
Lebensweltansatz	232	Partizipation	78, 106
Leistungsanspruchnahme	222, 292, 304	PartKommPlus	245
		Patient mit Wirkung	313
<b>M</b>		Personen mit Migrationshintergrund	207
Malaria	224	Pflegebedürftigkeit	182
Matthäus-Effekt	45	Pflegeeinrichtung	
Menschen		– stationäre	188
– ältere	29	Pflegegrad	188
Mensch-Umwelt-Interaktion	80	Pflegepersonal	303
Migranten		Pflegesetting	188
– Gesundheitsförderung	127	– häusliches	188
– Gesundheitskompetenz	132, 227	Pflegestufe	188
– Leistungsanspruchnahme	222	Polymedikation	182
– Morbidität	218	Prävention	105, 128
– Mortalität	210	Präventionsdilemma	102, 115
– Prävention	128	Präventionsgesetz	132, 244
– psychische Erkrankungen	208, 216	Präventionskette	241, 245
– stationäre Versorgung	210	Präventionskonzepte	87
Migrant Integration Policy Index	129	Proportionate Universalism	87
Migration	117	Prozessqualität	270, 281
– Phasen	122	Psychotherapeuten	303
Migrationssensibilität	131	Public Health Action Cycle	20, 153, 243
Migrationsspezifität	131		
Migrationenstatus	223		



## R

Random-Route-Walk	276
Regressionsmodell	187
– lineares	50
– logistisches	47
Rentenniveau	31
Rentenzugang	32
Riester-Rente	55
Routinedaten	187

## S

Säuglingssterblichkeit	210, 224
Schuleingangsuntersuchungen	109, 168
Schutzfaktoren	63
Schwangerschaft	225
Schwangerschaftsdiabetes	219, 224
Selbstwirksamkeit	72
Settingansatz	104, 232, 242
Sex Counting	149, 151
Shanghai Charta zur Gesundheitsförderung	63
Sichelzellenanämie	224
Stigmatisierung	113
Strukturqualität	270, 281

## T

Telemedizin	256
– Versorgungskonzepte	257
Tuberkulose	224

## U

Übersversorgung	314
Umweltbedingungen	101
Ungleichheiten	52
– Genderparadox	143
– im Zeitvergleich	302
– nationale	266, 286
– regionale	275, 287, 294, 298, 303
– soziale	101
– strukturelle	302
Unterversorgung	267
U-Untersuchungen	159

## V

Verhaltensebene	104
Verhaltensstörungen	64
Verhältnisebene	104
Verhältnisprävention	79
Versicherungsstatus	283
Versorgung	
– Bedarf	221
– fachärztliche	187
– stationäre	224
Versorgungsatlas	293, 317
Versorgungsintensität	195
Versorgungsmodelle	
– regionale	250
Vorsorgeuntersuchungen	
– pädiatrische	159

## W

Wandel	
– demografischer	131
Wartezeiten	271, 282
Wohnumfeld	101

## Z

Zentrenbildung	
– stationäre	313
Zielgruppenansprache	111
Zielgruppenbezug	106
Zugangsbarrieren	269
Zugangsdimensionen	183
Zuzahlungen	184