
Konzept für ein "Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz"

Im Auftrag des Direktionsbereichs Gesundheitspolitik
des Bundesamts für Gesundheit

Schlussbericht

Mai 2013

Hanspeter Stamm, Adrian Fischer, Doris Wiegand und Markus Lamprecht

Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG

Forchstrasse 212 • CH-8032 Zürich • info@LSSFB.ch

Inhalt

Das Wichtigste in Kürze	2
Resumée	4
Summary [wird nachgeliefert]	6
1. Überblick	9
2. Konzeptionelle Grundlagen	10
2.1. Begriffsklärungen	10
2.2. Theoretischer Hintergrund, analytische Dimensionen und Erklärungsmodelle	13
2.3. Merkmale und Operationalisierungen	19
2.4. Messprobleme, empirische Analysen und Darstellung von Resultaten	27
2.5. Zusammenfassung: Herausforderungen für das Monitoring und Priorisierung von Merkmalen und Zusammenhängen	31
3. Datenquellen, Indikatoren und Analysen	34
3.1. Verfügbare Datenquellen	34
3.2. Stärken, Lücken und Entwicklungspotentiale der Datenerhebungen	42
3.3. Datenverwendung in anderen Monitoringsystemen	45
3.4. Zusammenfassung	50
4. Skizze eines neuen Monitorings des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit	51
4.1. Rahmenbedingungen	51
4.2. Konturen des Monitoringsystems	55
4.3. Aufwandschätzung	61
4.4. Zusammenfassung	62
5. Ausblick	63
Literaturhinweise	65
Anhang: Detailinformationen zu ausgewählten Datenerhebungen	70

Dank

Die Autor/innen möchten den folgenden Personen für ihre hilfreichen Kommentare zu früheren Versionen des vorliegenden Berichts herzlich danken: Regula Rička (BAG, Projektleitung), Sarah Vilpert (Obsan), Marco Storni (BFS), Petra Zeyen sowie Salome von Greyerz (BAG). Überdies danken wir allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Validierungsworkshops vom 28. Februar 2013 herzlich für die vielen wertvollen Hinweise und Anregungen.

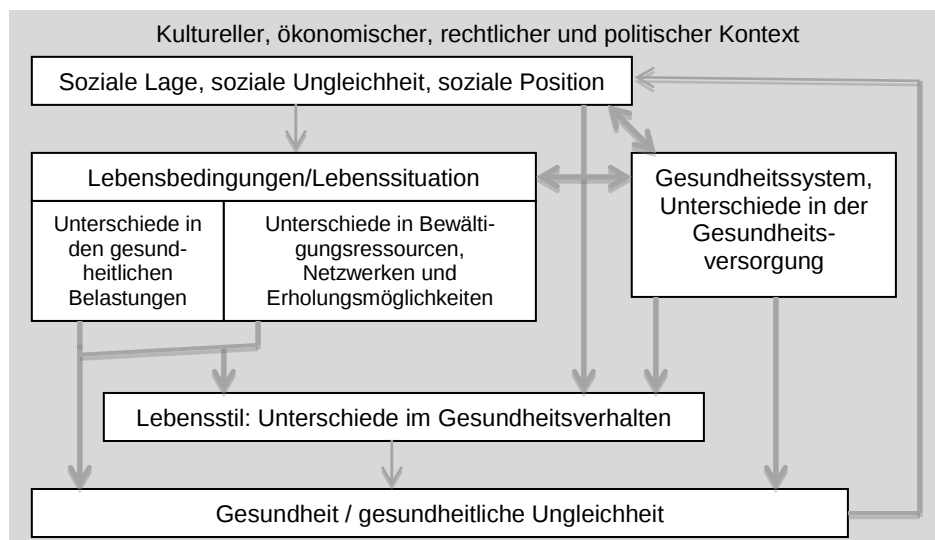
Das Wichtigste in Kürze

Dass nicht alle Gesellschaftsmitglieder dieselben Chancen haben, ein langes und gesundes Leben zu führen, belegt eine Vielzahl von empirischen Studien aus dem In- und Ausland. Die Befunde reichen von sozialen Unterschieden bezüglich des Tabakkonsums und der körperlichen Aktivität über die höhere Betroffenheit von Adipositas, Diabetes und Herz-Kreislauferkrankungen in den weniger privilegierten Bevölkerungsgruppen bis hin zu einer deutlich längeren Lebenserwartung von höher gebildeten Personen. Obwohl diese Befunde in Fachkreisen durchaus bekannt sind, fehlt in der Schweiz eine systematische, aktuelle und gut verständliche Sammlung zentraler Befunde zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit für eine breitere Öffentlichkeit.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), fachlich unterstützt durch das Bundesamt für Statistik (BFS) und das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), eine Konzeptstudie für ein "Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz" in Auftrag gegeben. Der vorliegende Bericht enthält die Resultate dieser Studie.

Der erste Teil (Kapitel 2) diskutiert die konzeptionellen und methodologischen Leitlinien, an denen sich ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit zu orientieren hat: Es werden grundlegende Begriffe geklärt, ein analytisches Modell hergeleitet und verschiedene Fragen bezüglich der Messung und Darstellung von "Ungleichheitseffekten" diskutiert. Wie aus Kapitel 2 hervorgeht, besteht eine zentrale Herausforderung beim Aufbau eines Monitoringsystems darin, die hohe Komplexität der Thematik so einzuschränken, dass eine griffige und gleichwohl relevante Berichterstattung entsteht.

Abbildung 1.1: Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit

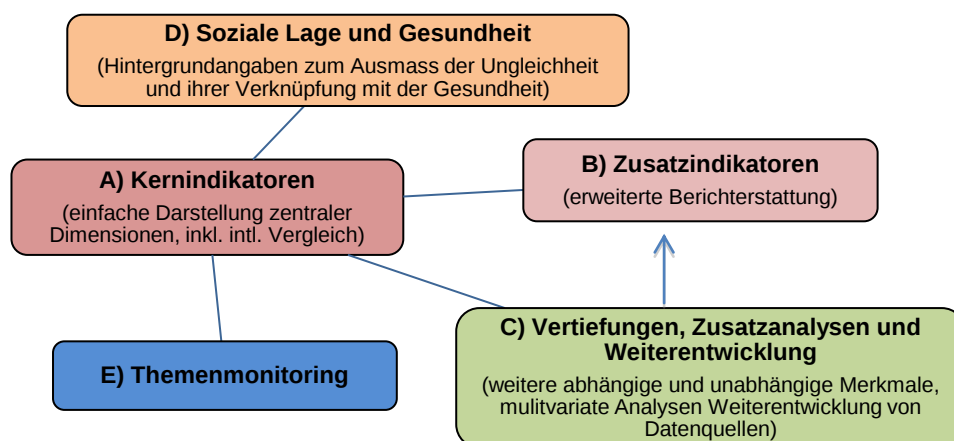


Wie Abbildung 1.1 zeigt, sollte sich ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit nicht auf die in der Literatur häufig thematisierten (bivariaten) Zusammenhänge zwischen ausgewählten Merkmalen der sozialen Lage (z.B. Schulbildung, Einkommen, Geschlecht) und "Gesundheitsoutcomes" (z.B. chronische Erkrankungen, Lebenserwartung) beschränken. Vielmehr müssen die intermediären Ebenen der Lebensbedingungen (Arbeits- und Wohnsituation, psychische Belastungen etc.), des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens (z.B. Tabakkonsum, körperliche Aktivität) angemessen mitberücksichtigt werden. Da dieser Anspruch in einem gewissen Widerspruch zur Forderung nach einer einfach nachvollziehbaren Berichterstattung steht, wird in Kapitel 4 der Studie eine Vorgehensweise empfohlen, die anschauliche Darstellungen bivariater Zusammenhänge punktuell um multivariate Analysen ergänzt.

Ein umfassende Prüfung des Modells bezüglich einer Vielzahl abhängiger Dimensionen der Gesundheit wäre, wie Kapitel 3 zeigt, aufgrund fehlender Daten zum gegenwärtigen Zeitpunkt ohnehin nicht möglich. Eine Analyse von über 80 gesundheitsrelevanten Datenerhebungen in der Schweiz macht deutlich, dass zwar viele Daten existieren, sich diese in vielen Fällen jedoch nicht oder nur teilweise für eine vertiefte Analyse des Zusammenhangs von sozialer Lage und Gesundheit eignen, weil wichtige unabhängige Variablen der sozialen Lage fehlen. Aber selbst dort, wo Analysemöglichkeiten bestünden, wird das Potential der Datenerhebungen mit Blick auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit häufig noch nicht ausgeschöpft. Dies zeigen etwa die existierenden Indikatorensammlungen von BFS und Obsan, die zwar eine Vielzahl von relevanten Informationen zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, zur Prävalenz chronischer Erkrankungen und zur Lebenserwartung enthalten, stellenweise jedoch etwas unübersichtlich sind und erst teilweise Angaben zur gesundheitlichen Ungleichheit im engeren Sinne enthalten.

Könnte die existierende Berichterstattung von BFS und Obsan ausgebaut werden, so wäre ein wichtiger Schritt zum Aufbau eines "Monitoringsystems für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage" geschaffen. Entsprechend enthält die Skizze für das Monitoring in Kapitel 4 die Empfehlung, sich an den existierenden Ansätzen zu orientieren und eine enge Kooperation mit BFS und Obsan und allfälligen weiteren Partnern zu suchen. Ziel der gemeinsamen Anstrengungen sollte es sein, das in Abbildung 1.2 dargestellte Konzept möglichst umfassend umzusetzen. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, kann das Projekt in insgesamt fünf Teilmodule aufgegliedert werden, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Angriff genommen werden und über die in unterschiedlicher Form berichtet werden kann. Soll lediglich eine "Minimalvariante" des Monitoringsystems entwickelt werden, so dürften das Modul A (Kernindikatoren) und Teile von Modul D (Soziale Lage und Gesundheit) für eine einfach aufgebaute, webbasierte Berichterstattung ausreichen. Insbesondere für Modul C und weiterführende Analysen in Modul D müssten dagegen auch Print- oder PDF-Berichte vorgesehen werden.

Abbildung 1.2: Schematischer Aufbau des Monitoringsystems



A) Kernindikatoren: Im Zentrum der Berichterstattung steht eine begrenzte Auswahl besonders wichtiger "abhängiger Variablen" der Gesundheitsversorgung, des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands. Über diese Indikatoren und ihre Zusammenhänge mit ausgewählten Merkmalen der sozialen Lage (sowie nach Möglichkeit internationale Vergleichsdaten) kann in knapper und einfach verständlicher Form (Grafiken, kurze Texte) berichtet werden.

B) Zusatzindikatoren: Weitere Indikatoren können in einem zusätzlichen Schritt aufbereitet werden. Hier kann u.E. auch über Indikatoren berichtet werden, bei denen die Datenlage (noch) nicht optimal ist, bei denen also beispielsweise zentrale unabhängige Variablen fehlen.

- C) Vertiefungen, Zusatzanalysen und Weiterentwicklungen: Dieses Modul dient vertiefenden Analysen zu den (Kern)indikatoren, da die reduzierte Darstellung in den Modulen A und B der Komplexität des analytischen Modells (vgl. Abbildung 1.1) ungenügend Rechnung trägt. In diesem etwas anspruchsvolleren Teil können also zusätzliche unabhängige Variablen und multivariate Modelle getestet und dargestellt werden. Zudem dient dieser Teil des Projektes der Weiterentwicklung von Datenquellen (Ergänzungen, Pooling verschiedenen Datenerhebungen etc.) und entsprechenden Datenanalysen.
- D) Soziale Lage und Gesundheit: In diesem Teil der Berichterstattung sollen die Nutzer/innen an die Thematik "Soziale Lage und Gesundheit" herangeführt werden. Dabei sollen die Grundbegriffe, das analytische Modell, Kerndaten zur Ungleichheit und sozialen Sicherheit in der Schweiz und die Relevanz der Thematik anhand illustrativer Beispiele vorgestellt werden. Die Bedeutung von Modul D ist in Abbildung 1.2 dadurch veranschaulicht, dass es oberhalb von Modul A platziert wurde.
- E) Themenmonitoring: Schliesslich ist der Aufbau eines "Themenmonitorings" wünschenswert, mit dem sich die Entwicklung der politischen, öffentlichen und Fachdiskussion nachvollziehen lässt.

L'essentiel en bref

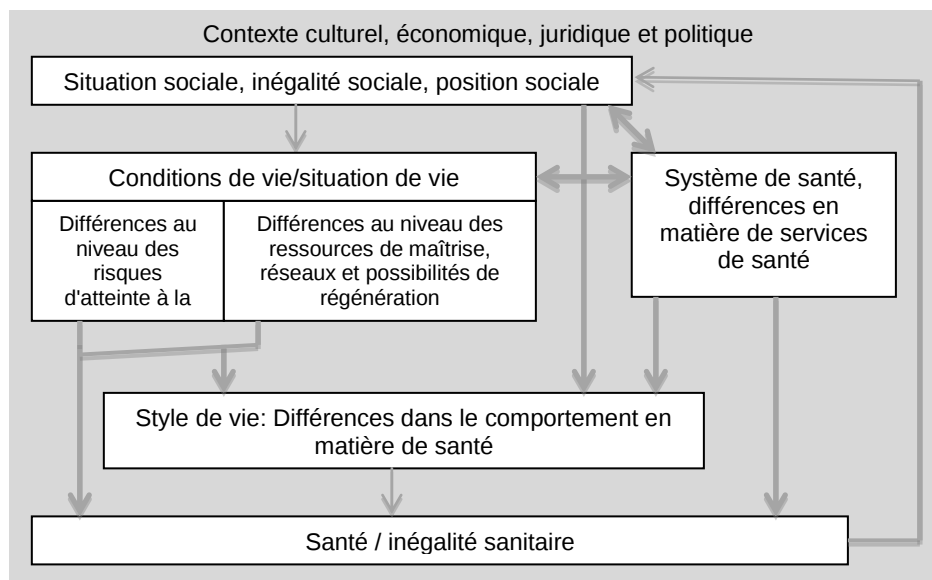
Un grand nombre d'études empiriques suisses et étrangères attestent que les membres de la société ne sont pas égaux face à la santé et à l'espérance de vie. Les constats vont de différences sociales en matière de consommation de tabac et d'activité physique jusqu'à l'espérance de vie nettement plus longue des personnes mieux formées en passant par la constatation que les groupes de population moins privilégiés ont une tendance plus marquée à être atteints par l'adiposité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires. Bien que ces constats soient bien connus dans les cercles spécialisés, la Suisse ne dispose pas d'une collection systématique, actuelle, compréhensible et accessible à un plus large public de recueils centralisés établissant la relation entre la situation sociale et la santé.

Face à cette lacune, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), encadré par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), a demandé une étude conceptuelle intitulée «Monitoring santé et maladie: répartition des chances et des risques en Suisse». Le présent rapport contient les résultats de cette étude.

La première partie (chapitre 2) discute sur les directives conceptuelles et méthodologiques qui doivent prévaloir lors d'un monitoring établissant le rapport entre la situation sociale et la santé. Dans ce chapitre, les auteurs expliquent les notions fondamentales, déduisent le modèle analytique et discutent les différentes questions se rapportant à la mesure et à la présentation des «effets d'inégalité». Il ressort du chapitre 2 qu'un des défis clés dans l'établissement d'un système de monitoring réside dans le fait qu'il faille délimiter la grande complexité du thème de façon à ce que la présentation des informations puisse être pertinente et pénétrante.

Comme le présente l'illustration 1.1, un monitoring du rapport entre la situation sociale et la santé ne devrait pas se limiter aux rapports (bivariés), souvent thématiques dans la littérature, entre les caractéristiques choisies de la situation sociale (par ex. éducation scolaire, revenu, sexe) et les «résultats» en terme de santé (par ex. maladies chroniques, espérance de vie). Il convient bien plus de tenir compte dans une juste mesure des niveaux intermédiaires des conditions de vie (situation professionnelle, cadre de vie, pression psychologique, etc.), de l'accès aux services de santé et de l'hygiène de vie (par ex. consommation de tabac, activité physique). Etant donné que cette revendication est quelque peu contradictoire avec l'exigence de fournir un rapport simple et compréhensible, le chapitre 4 de l'étude conseille de compléter ponctuellement la présentation simple des relations bivariées par des analyses multivariées.

Illustration 1.1: Modèle explicatif du rapport entre la situation sociale et la santé

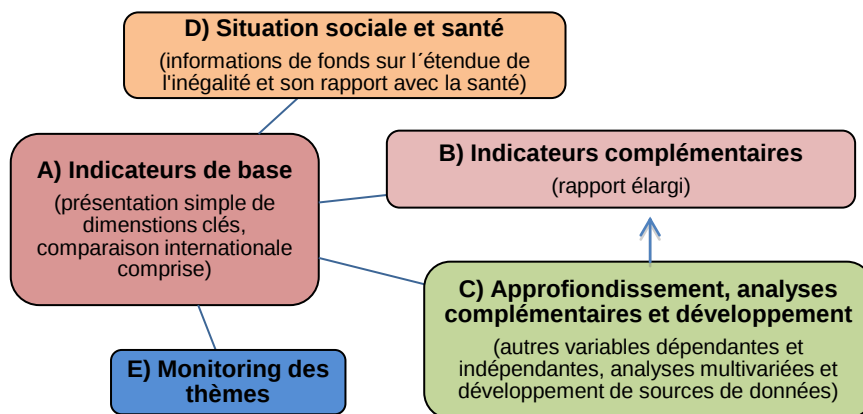


Comme on le voit au chapitre 3, un examen complet du modèle concernant une multitude de dimensions corrélées de la santé, n'est de toute façon pas possible puisque les données font défaut à l'heure actuelle. L'analyse de plus de 80 récoltes de données pertinentes en matière de santé en Suisse montre clairement qu'il existe une grande quantité de données, mais que celles-ci ne se prêtent souvent pas ou seulement partiellement à une analyse approfondie du rapport qui existe entre la situation sociale et la santé, car d'importantes variables indépendantes sur la situation sociale font défaut. Même lorsque des analyses seraient possibles, le potentiel de récolte de données axée sur la question du rapport entre la situation sociale et la santé n'est très souvent pas encore épuisé. C'est ce qui ressort des recueils d'indicateurs existants de l'OFSP et de l'Obsan. Ils contiennent quantités d'informations pertinentes sur le comportement en matière de santé de la population, sur la prévalence de maladies chroniques et l'espérance de vie, mais celles-ci sont trop confuses par endroit. Par contre, ils ne contiennent que partiellement des données sur les inégalités en matière de santé au sens strict.

S'il était possible d'élargir les rapports disponibles de l'OFSP et de l'Obsan, on réaliserait un grand pas en direction de la création d'un «système de monitoring visant à établir le rapport entre la santé et la situation sociale». En conséquence, le croquis du monitoring du chapitre 4 contient la recommandation de suivre les principes existants et de rechercher une coopération étroite avec l'OFSP et l'Obsan ainsi que d'éventuels autres partenaires. Le but des efforts communs doit être de réaliser de façon aussi complète que possible le concept représenté dans l'illustration 1.2. Comme on le voit dans cette illustration, le projet peut être divisé en cinq modules partiels qui seront lancés selon des agendas distincts et dont les rapports pourront prendre différentes formes. Si l'on décide de développer uniquement une «variante minimale» du système de monitoring, le module A (indicateurs de base) et des parties du module D (situation sociale et santé) devraient suffire pour un reporting de structure simple en ligne. Pour le module C et les analyses plus complètes du module D, il faudrait par contre également prévoir des rapports imprimés ou des PDF.

- A) Indicateurs de base: Au cœur du reporting se trouve un nombre limité de «variables dépendantes» particulièrement importantes des services de santé, du comportement en matière de santé et de l'état de santé. Il est possible de faire un rapport concis et aisément compréhensible (graphiques, textes courts) sur ces indicateurs et leurs relations avec les caractéristiques choisies de la situation sociale (ainsi que si possible avec des données internationales comparables).

Illustration 1.2: Elaboration systématique du système de monitoring:



- B) Indicateurs complémentaires: D'autres indicateurs peuvent être analysés au cours d'une étape ultérieure. Il est notamment possible de faire un rapport sur des indicateurs dont le stock de données n'est pas (encore) optimal, pour lesquels des variables centrales indépendantes font par exemple encore défaut.
- C) Approfondissement, analyses complémentaires et développements: Ce module est conçu pour des analyses plus approfondies des indicateurs (de base), étant donné que la présentation réduite dans les modules A et B ne prend pas en compte la complexité du modèle analytique (voir illustration 1.1). Dans cette partie quelque peu complexe, il est possible de tester et de représenter des variables indépendantes supplémentaires et des modèles multivariés. Par ailleurs, cette partie du projet sert au développement de sources de données (ajouts, réunion de différentes récoltes de données) et d'analyses de données correspondantes.
- D) Situation sociale et santé: Dans cette partie du rapport, il convient d'initier les utilisateurs au thème «Situation sociale et santé». Il s'agit en particulier de présenter les notions de base, le modèle analytique, les données de base sur l'inégalité et la sécurité sociale en Suisse et la pertinence du sujet sur la base d'exemples illustratifs. La signification du module D ressort clairement dans l'illustration 1.2 puisqu'il est placé au-dessus du module A.
- E) Monitoring des thèmes: Au final, l'élaboration d'un «monitoring thématique» est souhaitable, afin de pouvoir comprendre l'évolution de la discussion politique, publique et entre spécialistes.

Summary

A large number of studies show that the chances to lead a long and health life are unequally distributed across society. Important research findings refer to social differences in tobacco use and physical activity, to a higher prevalence of obesity, diabetes and cardiovascular diseases in less privileged groups as well as to the extended life span of persons with higher education. Even though these and other findings are well-known among experts, a comprehensive and up-to-date collection of relevant findings regarding the relationship between social position and health aimed at the general public is lacking.

Against this background, and with the support of the Swiss Federal Statistical Office (FSO) and the Swiss Health Observatory (Obsan), the Federal Office of Public Health (FOPH) has mandated a study aimed at examining the possibilities to develop and implement a new "monitoring system regarding the unequal distribution of health risks and opportunities in Switzerland".

The first part of the study report (chapter 2) concerns the conceptual and methodological framework of a monitoring system regarding the relationship of social position and health. This part includes a review of fundamental terms and analytical models as well as a discussion of questions regarding the empirical measurement and representation of "inequality outcomes". Chapter 2 shows that a major challenge posed by the project of establishing a new monitoring system refers to curtailing a highly complex research question in a way that the result remains comprehensive and relevant.

Figure 1.1: Analytical model for the relationship of social position and health

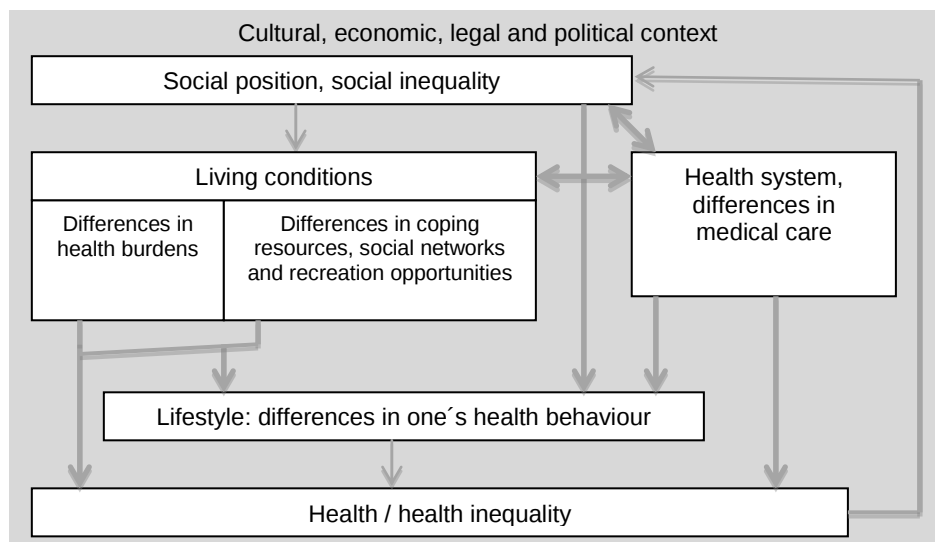


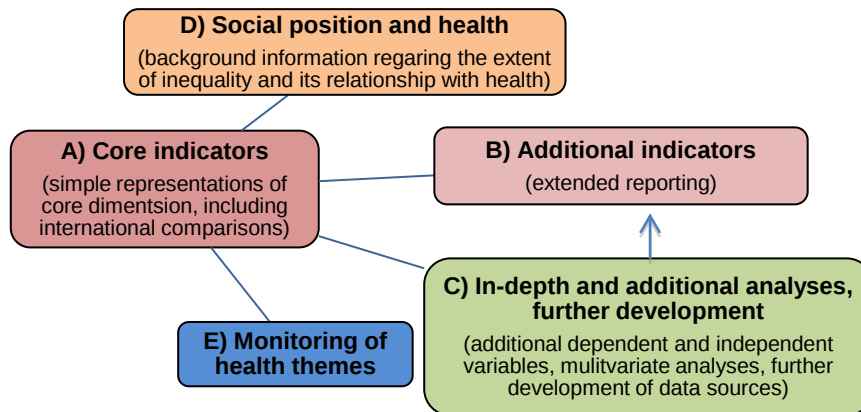
Figure 1.1 suggests that a monitoring system aimed at the relationship between social position and health should not be confined to (bivariate) relationships between selected variables of social position (e.g. level of education or income, sex) and "health outcomes" (e.g. non communicable diseases, life expectancy). Rather, it should also examine the intermediate levels of living conditions (e.g. work and housing situation, psychological stress), access to health care and health behaviour (e.g. smoking and physical activity habits). Yet, as this claim contradicts to some extent the desire for a comprehensive reporting, chapter 4 proposes an approach that complements simple representations of selected bivariate relationships with a number of more demanding multivariate analyses.

At any rate, a complete test of the model in figure 1.1 would not be possible currently due to a lack of important data. An analysis of over 80 current data sources in chapter 3 shows that there is a large wealth of health information available in Switzerland but that most data sources are not (yet) very useful when it comes to analysing the relationship between social position and health because most or all of the independent variables of social position are lacking. Yet, even in cases where such variables are available the analytical potential of the data is often not being exploited to its full extent with respect to health inequalities. This is evidenced by the current health indicator systems of the FSO and the Obsan that include a large number of relevant indicators covering such diverse areas as health behaviour, non-communicable diseases and life expectancy, but which are not very clearly arranged and do only partially cover issues of health inequalities.

If it were possible to expand the coverage of the current FSO and Obsan health reporting systems, an important step towards a monitoring system of the relationship between social position and health would be accomplished. As a result, an important recommendation regarding the layout of a future monitoring system in chapter 4 refers to tying the new system to existing reporting systems and seeking close cooperation with the FSO, the Obsan and other partners. The collective efforts should be aimed at implementing the model shown in figure 1.2 as completely as possible. The figure suggests dividing the project into five modules that may be tackled at different points in time and may be

reported upon in different ways. A minimal version of the monitoring system would only need to include modules A (core indicators) and parts of module D (social position and health). Reporting on this minimal version could be confined to a relatively simple internet-based platform whereas module C and some of the further analyses in module D would require printed (PDF) reports.

Figure 1.2: Schematic display of the monitoring system



- A) Core indicators: The core of the monitoring system should include but a limited number of particularly important dependent variables of health care, health behaviour and health outcomes that need to be related to selected independent variables of social position. In addition, this module should include international comparisons of key indicators. Reporting on this module needs to be simple and comprehensive (graphic displays, short explanatory texts).
- B) Additional indicators: Further indicators can be prepared in module B that may also include results on indicators whose data sources need further development (e.g. because important independent variables are lacking).
- C) In-depth and additional analyses: Additional analyses aimed at recovering some of the complexity of our analytical model (see figure 1.1) can be carried out in module C. In other words, this module is dedicated to testing the effect of further independent variables and multivariate models. In addition, selected data sources may be developed (e.g. inclusion of additional variables, pooling of data sets) and analysed further in the framework of module C.
- D) Social position and health: Module D offers a general introduction to the subject "social position and health". Basic terms and the analytical model as well as general data regarding inequality and social security in Switzerland are being presented and discussed. The importance of module D is shown in figure 1.2 by placing it above module A.
- E) Monitoring of health themes: Finally, a general monitoring of health (inequality) issues in the public, political and scientific domain appears to be useful in order to identify new trends in the public discussion of the issues at hand.

1. Überblick

In der Schweiz haben nicht alle Gesellschaftsmitglieder dieselben Chancen, ein gesundes und langes Leben zu führen. So konnten dreissigjährige Akademiker aus der Deutschschweiz in den 1990er Jahren mit weiteren fünfzig Lebensjahren rechnen, während die Lebenserwartung ihrer Altersgenossen, welche die obligatorische Schule abgeschlossen hatten, rund sieben Jahre geringer war (Spoerri et al. 2006). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 des Bundesamtes für Statistik (BFS) zeigt unter anderem bei der Betroffenheit von Übergewicht, dem Gesundheitsverhalten und dem subjektiven Gesundheitszustand deutliche Unterschiede bezüglich Alter, Schulbildung und Haushaltseinkommen in dem Sinne, dass weniger privilegierte Menschen nicht nur weniger gesund leben, sondern sich auch weniger gesund fühlen (BFS 2012b).

Weitere Beispiele für den Zusammenhang zwischen ungleichen Lebensbedingungen und Gesundheit finden sich problemlos in der einschlägigen Literatur und dem Internet. Sobald man jedoch nach einer systematischen und laufend aktualisierten Bestandsaufnahme wesentlicher Unterschiede und Zusammenhänge sucht, ändert sich das Bild: Es gibt zwar eine Vielzahl von Einzelstudien, Berichten und Indikatorensammlungen, was in der Schweiz wie auch vielen anderen Ländern aber fehlt, ist ein übersichtlich gegliedertes Informationssystem, dem sich zentrale und aktuelle Befunde zum Themenbereich "soziale Lage und Gesundheit" entnehmen lassen.

Einfach greifbare und zuverlässige Informationen wären nicht zuletzt für die Politik und den Public Health Bereich hilfreich, wenn aktuelle Problemlagen identifiziert und die Erfolgchancen von neuen oder laufenden Massnahmen eingeschätzt werden sollen. Ein "Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit" könnte damit einen Beitrag zu einer differenzierten und faktenbasierten Diskussion leisten und gleichzeitig das Bewusstsein für Zusammenhänge schärfen, die in der tagespolitischen Diskussion um die Kosten und die Entwicklung des Gesundheitswesens häufig etwas in Vergessenheit geraten.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat diese Informationslücke erkannt und die vorliegende Konzeptstudie für ein Monitoring der ungleichen Verteilung von Krankheitsrisiken und gesundheitlichen Chancen in Auftrag gegeben. Die Grundlagen für ein solches Monitoringsystem werden in den folgenden Kapiteln schrittweise aufgearbeitet und diskutiert.

Kapitel 2 beschäftigt sich zunächst mit einer Reihe grundlegender konzeptioneller Probleme in Zusammenhang mit der Analyse und Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Ausgehend von der Frage, was sich hinter dem Begriff der "gesundheitlichen Ungleichheit" verbirgt, wird dargestellt, welche Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit besonders bedeutsam sind und welche Probleme sich stellen, wenn Zusammenhänge und Unterschiede gemessen werden sollen. Daran anschliessend wenden wir uns in Kapitel 3 der konkreten Datenlage und der existierenden Berichterstattung in der Schweiz zu. Der Überblick zeigt, dass hierzulande zwar eine Vielzahl von Datenerhebungen existiert, dass diese aber nur teilweise für die Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit geeignet sind. Ebenso gibt es bereits eine Reihe anschlussfähiger Berichte, Analysen und Indikatorensysteme, die jedoch noch relativ unverbunden nebeneinander stehen und zwischen denen die Orientierung häufig schwerfällt. Vor diesem Hintergrund skizziert Kapitel 4 die Umrisse eines neuen und in gewissem Sinne integrativen Monitoringansatzes, der an die existierenden Vorarbeiten anschliesst und zu einer übersichtlichen und systematischen Sammlung wesentlicher Befunde zum Thema "soziale Lage und Gesundheit" führen soll.

Der vorliegende Bericht entstand in verschiedenen Schritten. Erste Versionen der Kapitel 2 bis 4 wurden durch eine Begleitgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des BAG, des BFS und des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) kritisch begutachtet. Der Gesamtbericht war am 28. Februar 2013 zudem Gegenstand eines Validierungsworkshops mit rund zwanzig Expertinnen und Experten. Die vielfältigen Anregungen zum Bericht wurden soweit möglich in die vorliegende Version integriert.

2. Konzeptionelle Grundlagen

Das Hauptziel der vorliegenden Konzeptstudie besteht darin, die Grundlagen für den Aufbau eines Monitoringsystems zu erarbeiten, mit dem sich die ungleiche Verteilung von Krankheitsrisiken und gesundheitlichen Chancen beschreiben und erklären lässt. Diese Problemstellung verweist einerseits auf die Frage nach der Bedeutung "gesundheitlicher Ungleichheit" in modernen Gesellschaften, andererseits auf die Problematik der Messung und Analyse von relevanten Dimensionen von Gesundheit und Krankheit. Sowohl in der Sozialepidemiologie als auch der Medizinsoziologie ist in den vergangenen Jahrzehnten eine Vielzahl an konzeptionellen und empirischen Studien erschienen, welche der vorliegenden Untersuchung als Orientierungsrahmen für die Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit dienen können. Im vorliegenden Kapitel werden daher die folgenden Fragestellungen auf der Grundlage einer Literaturübersicht diskutiert:

- **Begriffsbestimmung:** Was ist gesundheitliche Ungleichheit? In welchem Zusammenhang stehen soziale und gesundheitliche Ungleichheit? Welche Bedeutung hat Ungleichheit im Vergleich zu anderen Erklärungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit? (vgl. Abschnitt 2.1)
- **Theoretischer Hintergrund, analytische Dimensionen und Erklärungsmodelle:** Wie hängen soziale Lage und Gesundheit zusammen? Welches sind relevante Einflussfaktoren und Zusammenhänge? Wie lassen sich diese Zusammenhänge im Rahmen eines möglichst einfachen Erklärungsmodells fassen? (vgl. Abschnitt 2.2)
- **Selektion von Merkmalen und ihre Messung:** Wie werden Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit gemessen? Welches sind zentrale Merkmale, die in den Analysen berücksichtigt werden (müssen)? (vgl. Abschnitte 2.3 und 2.4)

2.1 Begriffsklärungen

Der Begriff der "gesundheitlichen Ungleichheit" bezieht sich auf die empirische Beobachtung, dass gesundheitliche Risiken und Chancen, die Betroffenheit von verschiedenen Krankheiten und die Lebenserwartung nicht gleich oder zufällig über die Gesellschaftsmitglieder verteilt sind, sondern in einem systematischen Zusammenhang mit der sozialen Lage der Menschen stehen oder – um einen terminus technicus der Sozialepidemiologie zu verwenden – einen "sozialen Gradienten" aufweisen (Adler et al 1994/2009). Oder anders formuliert: Die Position, die eine Person oder Gruppe in der Gesellschaft einnimmt – ihre soziale Lage –, hat einen Einfluss auf ihre Chancen, ein langes und gesundes Leben zu führen. Mit dem engen Bezug zur sozialen Ungleichheit lässt sich die gesundheitliche Ungleichheit von anderen Arten gesundheitlicher Unterschiede abgrenzen: Genetische Faktoren sowie nicht beeinflussbare Umweltbedingungen wie etwa die klimatischen Bedingungen oder infektiöse Viren gehören in aller Regel nicht zum Kernbereich der gesundheitlichen Ungleichheit, die sich in erster Linie auf gesellschaftliche Faktoren bezieht, welche mit der Gesundheit in Zusammenhang stehen.¹

Wird ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit postuliert, so stellen sich verschiedene Anschlussfragen:

¹ Die Abgrenzung von sozialen Ungleichheiten und "anderen Unterschieden" ist allerdings nicht so einfach, wie sie auf den ersten Blick scheinen mag. Die Betroffenheit von Infektionskrankheiten hat beispielsweise ebenfalls einen sozialen Gradienten, da sowohl das Impfverhalten als auch Risiken, mit Viren in Kontakt zu geraten, sozial unterschiedlich sind. Zudem können soziale Ungleichheiten bezüglich des Schutzes gegen klimatische Einflüsse (bessere Isolation, Heizung, Air Condition) existieren. Und schliesslich wurde in der Vergangenheit stellenweise diskutiert, ob nicht soziale Unterschiede auch zu spezifischen genetischen Selektionsmechanismen führen.

- *Ungleichheitsbegriff:* Zunächst ist zu klären, was unter dem Begriff der sozialen Ungleichheit zu verstehen ist. Ohne an dieser Stelle auf die extensive Diskussion in der soziologischen Ungleichheitsforschung einzugehen, kann festgehalten werden, dass es sich bei der sozialen Ungleichheit um gesellschaftlich bewertete Unterschiede zwischen Individuen und Gruppen handelt, die sich auf die Lebensbedingungen und Lebenschancen auswirken (vgl. Stamm und Lamprecht 2009a). Nicht jeder feststellbare Unterschied stellt also gleichzeitig eine Ungleichheit dar oder ist Ausdruck von Ungleichheit: Ob jemand einen blauen oder einen roten Pullover trägt, dürfte eher auf individuellen Geschmacksurteilen basieren, als auf gesellschaftlich verankerten Bewertungen. Allerdings verweist das Beispiel auf einen weiteren Aspekt: Die Grenzen zwischen beobachtbaren Unterschieden und sozialen Ungleichheiten können fließend sein, denn die Wahl der Kleidung kann durchaus Ausdruck der sozialen Position oder der sozialen Lage und damit eines positionsspezifischen Geschmacks sein und setzt dadurch soziale Zeichen. Das Beispiel verweist damit nicht zuletzt auf die Notwendigkeit der Unterscheidung von relevanteren und weniger bedeutsamen Ungleichheiten, worauf in Abschnitt 2.2 zurückzukommen sein wird.
- *Gesundheit:* Mit Blick auf den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist zudem zu fragen, was Gesundheit genau bedeutet. Viele Forscher/innen gehen zwar von der bekannten WHO-Definition aus, welche Gesundheit als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens konzipiert, schränken die Betrachtung dann aber auf eine Reihe einfacher messbarer Größen ein. Von besonderer Bedeutung sind hier insbesondere verschiedene Aspekte der Sterblichkeit und Lebenserwartung sowie eine Reihe nicht-übertragbarer Krankheiten, bei denen ein Zusammenhang mit der sozialen Lage vermutet wird. Zu letzteren gehören etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes sowie verschiedene Arten von Krebs. Demgegenüber haben übertragbare Krankheiten in neueren Studien an Bedeutung verloren, obwohl auch hier nach wie vor gewisse Zusammenhänge mit der ungleichen Verteilung von Ressourcen und Belastungen existieren dürften. Allerdings hat sich das "Bedrohungsszenario" angesichts der unbestrittenen Fortschritte in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten während der vergangenen 150 Jahre zunehmend auf nicht-übertragbare Leiden verschoben, die im 20. Jahrhundert eine starke Zunahme verzeichneten. Allerdings muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass der "historische Trend" von übertragbaren zu nicht-übertragbaren Krankheiten in einem engen Zusammenhang mit ungleichheitsspezifischen Entwicklungen steht: In dem Masse, wie sich die hygienischen Bedingungen allgemein verbesserten und Impfstoffe und Präventionsmassnahmen nicht nur entwickelt, sondern auch für die gesamte Bevölkerung zugänglich wurden, konnten übertragbare Krankheiten eingedämmt werden. Ein Teil der zunehmenden Prävalenz nicht-übertragbarer Krankheiten ist allerdings ebenfalls auf allgemeine Verbesserungen im Lebensstandard und Veränderungen des Lebensstils in hochentwickelten Gesellschaften zurückzuführen.
- *Wirkungsweise und Kausalität:* Eine weitere Frage bezieht sich darauf, wie man sich den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit vorzustellen habe. In aller Regel wird heute davon ausgegangen, dass sich soziale Unterschiede über Unterschiede in der Betroffenheit von und im Umgang mit Risiken (inkl. Gesundheitsverhalten und Coping-Strategien, vgl. Kristenson 2008) sowie im Zugang zu Gesundheitsleistungen auf Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung auswirken. Auf diese Zusammenhänge wird in Abschnitt 2.2 ausführlich zurückzukommen sein. Allerdings gilt es an dieser Stelle bereits festzustellen, dass auch der umgekehrte Zusammenhang nicht ganz vergessen werden darf: Dass nämlich ein schlechter Gesundheitszustand zu einer Verschlechterung der sozialen Position (etwa über Arbeitsplatzverlust) führen kann (vgl. hierzu auch die Ausführungen zur Selektions- und Drift-Hypothese bei Richter und Hurrelmann 2006, Lamprecht et al. 2006). Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit muss daher als Feedbackschleife konzipiert werden, die dann zu einem eigentlichen "circulus vitiosus" werden kann, wenn eine unterprivilegierte Situation zu einer schlechteren Gesundheit führt, die ihrerseits zu einer weiteren Unterminierung der Position führt etc.

Aus diesem Beispiel ergibt sich sowohl eine methodische als auch eine politische Konsequenz für ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und sozialer Lage: In methodischer Hinsicht wäre eine dynamische Perspektive wünschenswert, mit der sich Verlaufsmuster wie das aufgeführte nachweisen liessen (z.B. Panel-Daten). In politischer Hinsicht sollte ein Monitoring dagegen nicht nur Aussagen über Positionen und ihre Gesundheitswirkungen machen, sondern auch über die Mechanismen und Vorkehrungen, die dazu geeignet sind, die negativen Selektionsprozesse zu neutralisieren.

- *Ungleichheit, Gerechtigkeit und Chancengleichheit*: Insbesondere in der angelsächsischen Literatur wird häufig zwischen "health inequalities" und "health inequities" unterschieden (vgl. z.B. Braveman und Gruskin 2003, Siegrist und Marmot 2008, White et al. 2009). "Inequality" bezieht sich allgemein auf nachweisbare soziale Unterschiede in der Gesundheit und der Betroffenheit von Krankheit(srisiken), während der Begriff der "inequity" eine normative Komponente in dem Sinne enthält, als er sich auf als ungerecht oder ungerechtfertigt eingeschätzte Ungleichheiten bezieht.² Sehr schön lässt sich der Unterschied an der Definition von Weyers und Richter (2010: 382) demonstrieren, deren erster Teil sich auf den Ungleichheits- (inequality), der zweite jedoch auf den Ungerechtigkeitsbegriff bezieht (inequity):

"Es bestehen markante soziale Unterschiede bezüglich Lebenserwartungen und Gesundheitschancen in der Bevölkerung. Insofern diese Unterschiede nicht auf natürlichen, biologischen Variationen, sondern auf ungerechtem Zugang zu Gesundheitschancen oder ungerechter Exposition gegenüber gesundheitsschädlichen Einflüssen beruhen, spricht man von 'gesundheitlichen Ungleichheiten'."

Bei näherem Hinsehen erweist sich die Unterscheidung zwischen Ungleichheit und Ungerechtigkeit mit Blick auf ein empirisch angelegtes Monitoring von gesundheitlicher Ungleichheit als problematisch, denn die Frage, welches Ausmass an Ungleichheit als "ungerecht" oder "inakzeptabel" gilt, verweist letzten Endes auf ethisch-philosophische oder politische Entscheidungen. Demgegenüber sollte sich ein Monitoring mit der Messung und dem Nachweis von Ungleichheiten befassen und die Entscheidung, welche dieser Ungleichheiten "ungerecht" sind und "gerechtigkeitsstiftende" Interventionen erfordern, der Politik bzw. den mit der Umsetzung der Gesundheitspolitik betrauten Akteuren überlassen (vgl. auch Siegrist und Marmot 2008: 20).³ Diese Entscheidungsprozesse könnten allerdings durch ein erweitertes Themenmonitoring des politischen und philosophischen Diskurses unterstützt werden, etwa über eine systematische Analyse von Medienberichten und politischen Vorstössen zu (gesundheitlichen) Gerechtigkeitsfragen. Unabhängig von einer derartigen Erweiterung, auf die in Projektteil 3 zurückzukommen sein wird, verwenden wir im folgenden den neutraleren Ungleichheitsbegriff im Sinne von sozialen Unterschieden.

Ähnliche Probleme wie mit dem Begriff der "inequity" zeigen sich auch mit Bezug zur Chancengleichheit, die sich darauf bezieht, dass die "Regeln, die über den Erfolg und Misserfolg eines Menschen bestimmen, für alle gleich sein sollen" (Stamm und Lamprecht 2009a: 24).⁴ Der so definierte Chancengleichheitsbegriff enthält damit eine Möglichkeit zur Beurteilung der Gerechtigkeitsfrage. Unter dem Aspekt gleicher Ausgangsbedingungen können gewisse Ungleichheiten im Ergebnis durchaus akzeptiert werden. Wenn beispielsweise dafür gesorgt wird, dass alle Gesellschaftsmitglieder dieselben Möglichkeiten haben, sich ausgewogen zu ernähren oder einen Arzt

² Vgl. hierzu etwa die Formulierung bei Whitehead und Dahlgren (2006: 2): "Three distinguishing features, when combined, turn mere variations or differences in health into a social inequity in health. They are *systematic*, *socially produced* (and therefore modifiable) and *unfair*."

³ Allerdings trifft die Einschätzung von Mielck (2010: 86) durchaus zu, dass sich der Begriff "„gesundheitliche Ungleichheit“ [...] auf die grösseren Ungleichheiten beschränken [sollte], d.h. auf die Gesundheitsgefährdungen, die einen erheblichen Einfluss auf das Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheit ausüben können."

⁴ Vgl. hierzu auch Mielck (2005: 11): "Alle Menschen sollen unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Diese Zielvorstellung lässt sich mit dem Begriff 'gesundheitliche Chancengleichheit' umschreiben."

aufzusuchen, die Nutzung dieser Angebote dann aber trotzdem unterschiedlich ausfällt, so mögen sich daraus zwar Ungleichheiten ergeben, diese brauchen aber nicht im Widerspruch zum Postulat der Chancengleichheit zu stehen. Die Beispiele gesunder Ernährung und der Versorgung mit ärztlichen Leistungen verweisen allerdings darauf, dass die Herstellung von Chancengleichheit eine schwieriges Unterfangen darstellt und letzten Endes wieder ähnliche normative Fragen aufwirft, wie die oben gemachte Unterscheidung von Gerechtigkeit und Ungleichheit. Chancengleichheit – oder der oft in ähnlicher Weise verwendete, normativ aber wiederum stärker aufgeladene Begriff der Chancengerechtigkeit – gilt es aber sowohl bei der Einschätzung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten als auch bei der Wahl von Interventionsstrategien im Auge zu behalten.

Der Überblick zeigt, dass die Begriffswahl erhebliche Auswirkungen darauf hat, wie ein Monitoring gesundheitlicher Ungleichheit konzipiert wird. Werden, wie hier vorgeschlagen, breite Ungleichheits- und Gesundheitsbegriffe verwendet, so wäre eine Vielzahl von Zusammenhängen zwischen sehr unterschiedlichen Dimensionen zu untersuchen und darzustellen. Eine wesentliche Herausforderung bei der Entwicklung eines Monitoringkonzepts besteht dabei darin, der in den Begriffsbestimmungen angesprochenen Komplexität der Fragestellung Rechnung zu tragen, ohne die Berichterstattung unübersichtlich zu machen. Es geht mit anderen Worten also darum, eine möglichst realistische und umfassende Perspektive zu entwickeln, diese dann aber wieder so einzuschränken, dass die empirischen Analysen und daraus abgeleiteten Interpretationen handhabbar bleiben. Einen wesentlichen Schritt zu dieser Zielsetzung stellt die im folgenden Abschnitt zu diskutierende Entwicklung eines analytischen Modells dar, das eine Einschätzung zentraler und weniger wichtiger Zusammenhänge und Dimensionen erlaubt.

2.2 Theoretischer Hintergrund, analytische Dimensionen und Erklärungsmodelle

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich sowohl die Sozialepidemiologie (vgl. Berkman und Kawachi 2000, Krieger 2000/2009, Wilkinson 1994/2009, Wilkinson und Marmot 2003) als auch die Medizinsoziologie (Mielck 2000, 2005, Siegrist 2005, Jungbauer_Gans und Gross 2006, Siegrist und Marmot 2008) ausführlich mit Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit beschäftigt.

Der Überlappungsbereich zwischen den beiden Teildisziplinen ist zwar gross, doch lassen sich einige bemerkenswerte Unterschiede feststellen. Die Sozialepidemiologie ist als wissenschaftliches Teilgebiet vor allem im angelsächsischen Sprachraum verankert, weist eine grosse Nähe zur Gesundheitswissenschaft auf (Präventivmedizin, Epidemiologie) und ist stark empirisch und technisch ausgerichtet. Demgegenüber sind medizinsoziologische Studien eher im deutschen und lateinischen Sprachraum zu finden, wobei sie sich durch eine stärkere Orientierung an der soziologischen Ungleichheitsforschung und sozialpsychologischen Modellen sowie ein grösseres Interesse an theoretischen und konzeptionellen Fragestellungen auszeichnen. Wer mit anderen Worten also nach empirischen Evidenzen sucht, wird wohl primär in der sozialepidemiologischen Literatur fündig, während sich umfassende Erklärungsansätze und Modelle eher in der soziologischen Forschung finden.

Ein klar strukturiertes Modell ist gerade für das geplante Monitoringsystem deshalb bedeutsam, weil es Hinweise darauf vermittelt, welche Dimensionen und Verknüpfungen in der Vielfalt denkbarer Analysen besonders relevant und damit für die Berichterstattung lohnenswert sind. In der Ausschreibung zum vorliegenden Projekt wurden zwei Modelle erwähnt, an die sich das Monitoringkonzept anlehnen könnte: Einerseits das Modell, welches im vierten Berner Gesundheitsbericht (Kanton Bern o. J) verwendet wurde, andererseits das insbesondere im deutschen Sprachraum einflussreiche Modell von Andreas Mielck (2000). Die in den Abbildungen 2.1 und 2.2 dargestellten Modelle weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten, aber auch einige bedeutsame Unterschiede auf.

Gemeinsam ist den beiden Modellen, dass sie nur bedingt direkte Auswirkungen der sozialen Lage auf die Gesundheit unterstellen, sondern eine Reihe vermittelnder Dimensionen einführen, wobei sowohl

ungleichheitsspezifische Belastungen als auch Verhaltensaspekte (Lebensstile) aufgeführt werden. Ebenso wird die Gesundheitsversorgung als zusätzliche Dimension in das Modell eingefügt. Hier beginnen allerdings die *Unterschiede* zwischen den beiden Modellen: Während das Gesundheitssystem im Berner Modell unabhängig von der sozialen Lage auf die Gesundheit wirkt, stellt die Gesundheitsversorgung bei Mielck ebenfalls eine vermittelnde Ebene dar. Weitere Unterschiede zwischen den Modellen beziehen sich darauf, dass Mielck den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit im weiter oben aufgeführten Sinne als Rückkoppelungsschleife konzipiert, im Berner Modell dagegen der soziopolitische und kulturelle Kontext ebenso mitberücksichtigt wird wie die physische Umwelt und biologische Faktoren, wobei bei diesen letzteren Aspekten ein Einfluss auf die soziale Lage unterstellt wird – etwa in oben erwähnten Sinne, dass biologische Fakten durchaus Auswirkungen auf die Bildungs- und Einkommenschancen haben können. Insgesamt muss das Berner Modell damit als vollständiger bezeichnet werden als dasjenige von Mielck, das jedoch etwas "sparsamer" und damit auch klarer ist.

Abbildung 2.1: Modell des Berner Gesundheitsberichts (Kanton Bern o.J.: 9)

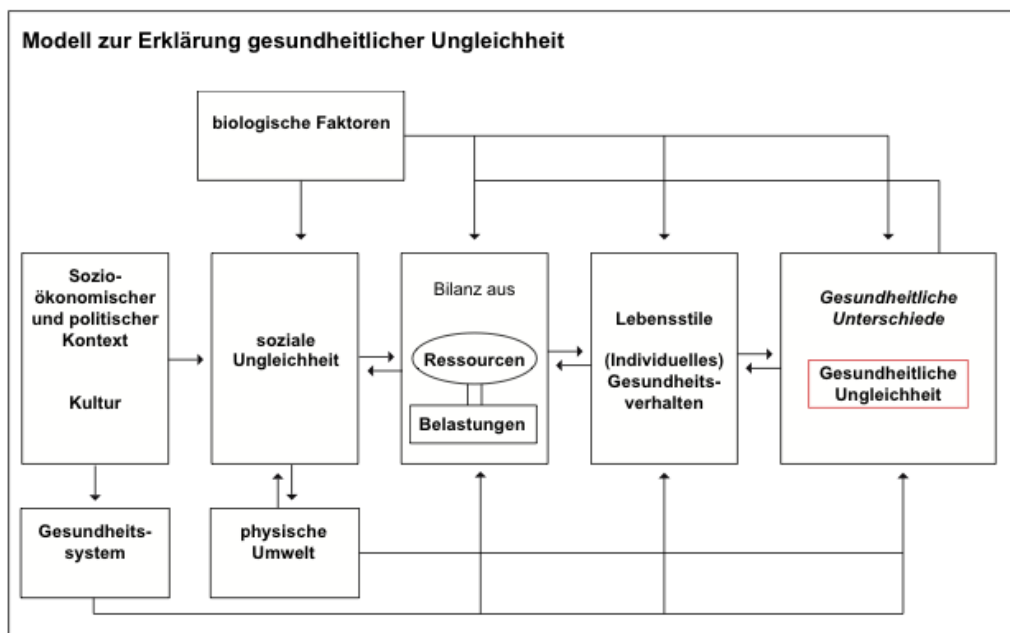
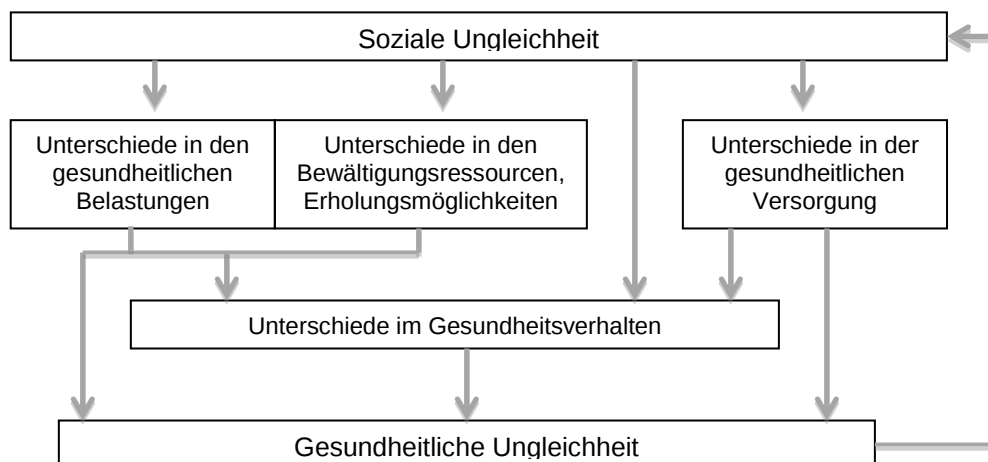


Abbildung 2.2.: Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit nach Mielck (2000: 173)



Die beiden Modelle weisen Ähnlichkeiten zu weiteren Ansätzen auf:

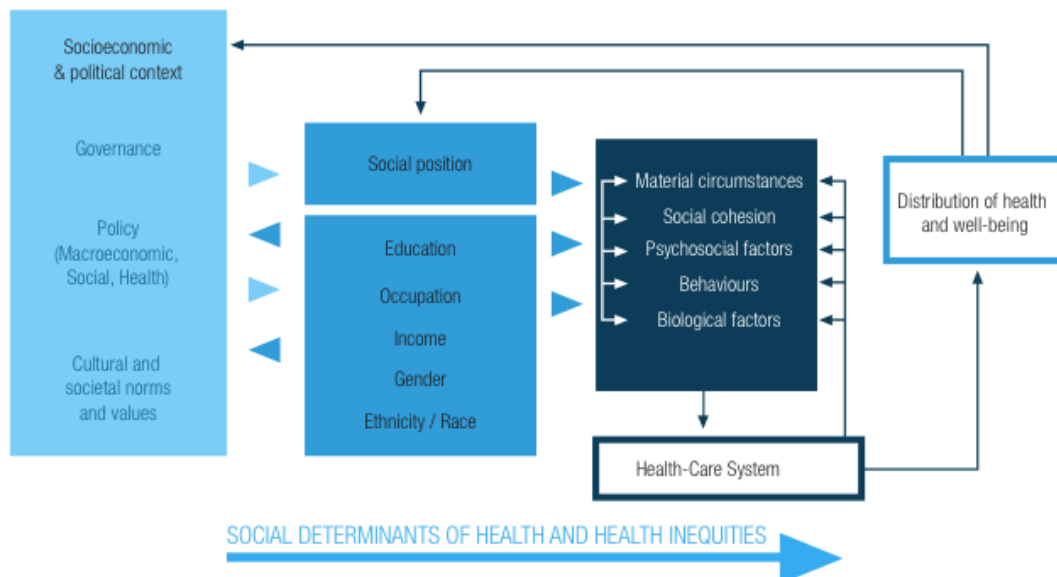
- Das ältere Modell von Stronks et al. (1996) konzipiert einen Einfluss vom "sozioökonomischem Status" auf das "Verhalten" einerseits und "materielle und strukturelle Faktoren" andererseits, die dann ihrerseits auf die Gesundheit wirken. Nicht berücksichtigt werden aber die Gesundheitsversorgung und allgemeine Kontextfaktoren, wie sie im Berner Modell erwähnt werden. Ähnliche Limitierungen weist das Modell von Mackenbach (2006) auf, das in Ergänzung zu Stronks jedoch explizit psychosoziale Aspekte aufführt, die bei Mielck explizit und im Berner Modell implizit enthalten sind. Das Determinantenmodell von Graham (2000: 111) schliesslich thematisiert zwar den Kontext, verzichtet jedoch auf die Berücksichtigung des Gesundheitssystems.
- Das einflussreiche "Regenbogenmodell" von Dahlgren und Whitehead (1991) ordnet die Gesundheitsdeterminanten in fünf konzentrischen Kreisen an: Der äusserste Kreis bezieht sich auf allgemeine sozio-ökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen, der zweite auf Lebens- und Arbeitsbedingungen, der dritte auf soziale und gemeinschaftliche Netzwerke, der vierte auf individuelle Lebensstilelemente und der fünfte auf Alter, Geschlecht und die Erbanlagen. Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Ebenen bleiben aber ebenso wie ihre konkreten Wirkungen auf die Gesundheit offen, weshalb uns das Modell mit Blick auf die Selektion relevanter Merkmale und die Analyse von Zusammenhängen weniger tauglich scheint als die Modelle des Kantons Bern und von Mielck (vgl. hierzu auch Cantoreggi 2010).
- Das Determinantenmodell von Stamm und Lamprecht (2009a, Lamprecht und Stamm 1994) nimmt eine ähnliche Einteilung wie Mielck vor, verzichtet jedoch auf den Einschluss der Gesundheitsversorgung und verweist dafür mit Blick auf Bourdieu auf den "Habitus": Tief verankerte subjektive Wahrnehmungen und Handlungsdispositionen werden hier als weitere vermittelnde Ebene zwischen der Ungleichheitsstruktur und dem effektiven Verhalten konzipiert.
- Der Habitus stellt auch das zentrale Bindeglied zwischen struktureller Position im Sinne der Kapitalkonzeption von Bourdieu und Gesundheitshandeln im Modell von Abel et al. (2006, vgl. auch Abel 2007, 2008) dar. Hier werden die Lebensbedingungen und die Gesundheitsversorgung zwar nur implizit thematisiert⁵, dafür enthält ein neuerer Aufsatz Konkretisierungen dazu, wie der Habitus über spezifische Fähigkeiten auf das Gesundheitsverhalten wirkt bzw. wie diese Verhaltensdispositionen von der Gesundheitsförderung beeinflusst werden können (Abel und Fröhlich 2012).
- Schliesslich ist das in Abbildung 2.3 aufgeführte Modell der sozialen Gesundheitsdeterminanten der WHO (2008) zu erwähnen, das seit seinem Erscheinen im Jahr 2008 einiges an Aufmerksamkeit erregt hat (vgl. z.B. Cantoreggi 2010, O'Campo und Dunn 2012) und auch für das vorliegende Projekt von Interesse ist, weil es wesentliche Aspekte der sozialen Ungleichheit über mehrere Stufen mit gesundheitlichen Folgen verbindet.

Das Modell verbindet drei erklärende Ebenen mit der Gesundheit, wobei von allgemeinen Rahmenbedingungen ausgegangen wird, die in einer Wechselwirkung mit der "sozialen Position" bzw. ausgewählten Merkmalen dieser Position stehen, welche wiederum die unmittelbaren Lebensbedingungen und das Verhalten bestimmen, die dann ihrerseits auf den Gesundheitszustand wirken. Ähnlich wie die Modelle des Kantons Bern und von Mielck wird hier überdies das Gesundheitssystem mitthematisiert.⁶ Die Berücksichtigung biologischer Faktoren auf der von der sozialen Position beeinflussten vermittelnden Ebene ist allerdings nur schwer nachzuvollziehen ist. Eine Stärke des Modells besteht jedoch darin, dass wesentliche Merkmale der Ungleichheit ähnlich wie bei Stamm und Lamprecht direkt benannt werden.

⁵ Ein erheblicher Teil der Lebensbedingungen wird im Modell durch das soziale Kapital (Beziehungsmuster, Netzwerkstrukturen) abgedeckt.

⁶ Inhaltlich gesehen scheint uns die Variante von Meier et al. (2011: 4) etwas schlüssiger, welche das Gesundheitssystem "nach links" verschiebt und es damit auf derselben Ebene wie den Kontext verortet.

Abbildung 2.3: Das Determinantenmodell der WHO



Quelle: (WHO 2008: 43)

Alle vorgestellten Modelle haben ihre Stärken und Limitierungen. Nach Sichtung der verschiedenen Modelle schlagen wir vor, vom relativ sparsamen Modell von Mielck auszugehen, dieses aber in verschiedenerlei Hinsicht zu ergänzen, wie dies in Abbildung 2.4 festgehalten ist. Das erweiterte Modell weist grosse Ähnlichkeit mit dem in Meyer (2009: 28) diskutierten Konzeptualisierungsvorschlag⁷ auf und hat die folgenden Teile:

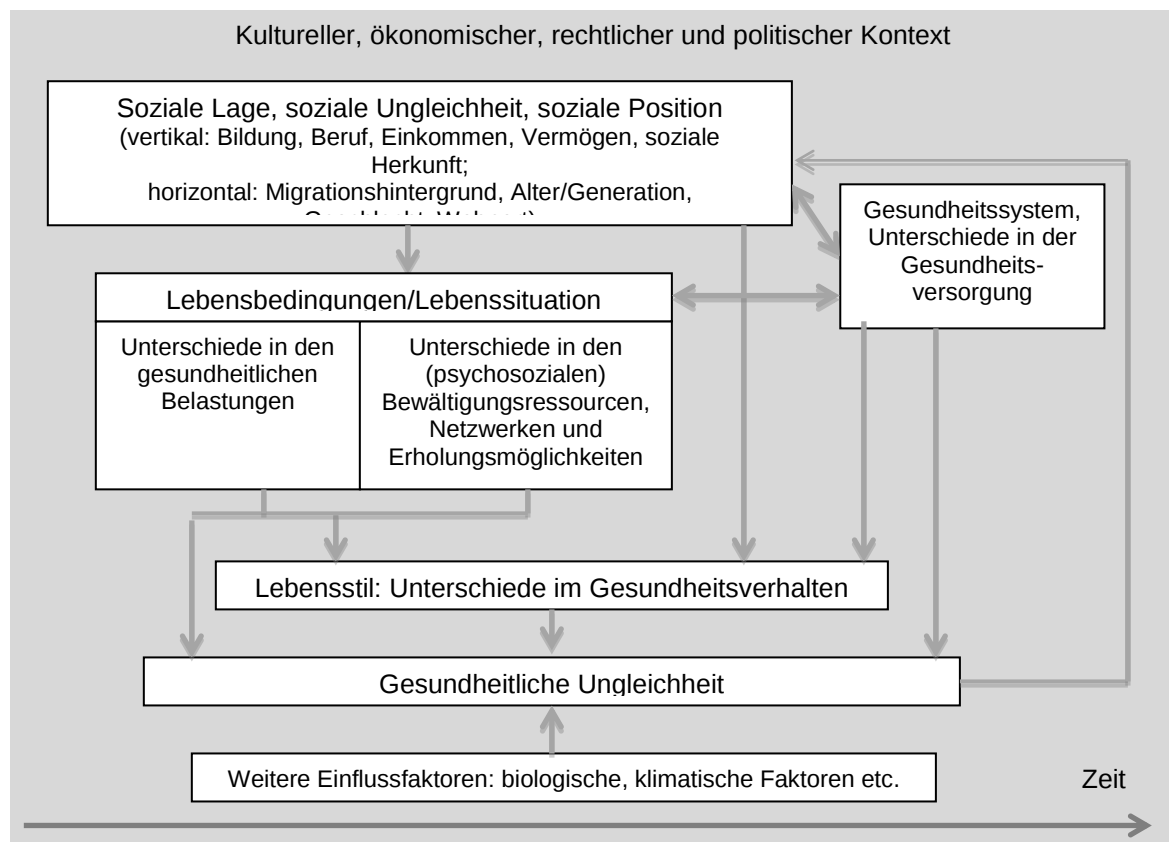
- *Kulturelle, ökonomische politische und rechtliche Rahmenbedingungen:* Die Kontextbedingungen werden in verschiedenen Modellen aufgeführt und ändern sich in der Regel nur langsam (z.B. Gesundheitsgesetzgebung, kulturelle Vorstellungen über "richtige" Ernährung, allgemeine Wirtschaftsentwicklung, vgl. auch weiter unten) sind aber insbesondere mit Blick auf internationale Vergleiche von Bedeutung (vgl. Dahl et al. 2008). Im Gegensatz zu anderen Modellen werden diese Rahmenbedingungen hier jedoch als eigentliche "Hintergrundmerkmale" konzipiert, die einen Einfluss auf alle anderen Modellebenen haben. Die Kontextmerkmale beeinflussen beispielsweise die grundlegende Ausrichtung und den Aufbau des Gesundheits- und Erwerbssystems ebenso wie das, was an unterschiedlichen Lebensstilen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen überhaupt möglich ist (z.B. über die Alkoholgesetzgebung oder Massnahmen der Bewegungsförderung). Bis zu einem gewissen Grad müssen (sprach)regionale und kantonale Unterschiede wohl auf dieser Ebene verortet werden.
- *Soziale Lage, soziale Ungleichheit, soziale Position:* Den Kern des Modells machen die weiter oben diskutierten sozialen Ungleichheiten aus. Dabei sind im Gegensatz zu verschiedenen stärker sozialepidemiologisch ausgerichteten Ansätzen nicht nur konventionelle vertikale Ungleichheiten wie der Bildungsstand oder das Einkommen zu berücksichtigen, sondern auch "horizontale" Ungleichheiten wie das Geschlecht, das Alter oder der Migrationshintergrund, die sich zu individuellen und gruppenspezifischen sozialen Lagen verdichten.

Die Unterscheidung zwischen "vertikalen" und "horizontalen" Ungleichheiten geht auf die Diskussion der 1980er Jahre zurück, in deren Rahmen Merkmale wie das Alter oder das Geschlecht nicht mehr nur als "Kontrollvariablen", sondern als eigenständige Ungleichheitsdimensionen identifiziert wurden (vgl. Beck 1983, Müller 1992, Stamm et al. 2003). Im Unterschied zu den

⁷ Das Modell basiert seinerseits auf einer Erweiterung des Mielck-Modells durch Rosenbrock und Gerlinger (2006), vgl. Kickbusch (2009).

vertikalen Ungleichheiten lassen sich horizontale Ungleichheiten nur sehr bedingt in eine grösser – kleiner bzw. besser – schlechter Rangordnung bringen. Dagegen wird hier häufig mit dem Begriffspaar "Inklusion – Exklusion" in dem Sinne operiert, dass man eben zu einer Gruppe mit spezifischen Privilegien und Belastungen gehört oder nicht. Eine nicht-schweizerische Staatsbürgerschaft führt beispielsweise zum Ausschluss von verschiedenen politischen Beteiligungsmöglichkeiten, schränkt gewisse Handlungsmöglichkeiten ein und geht häufig einher mit einer eher negativen Bewertung als "Ausländer". Bewertungen, spezifische Handlungsmöglichkeiten und -erwartungen sowie Stereotypen spielen auch bei "horizontalen" Merkmalen eine Rolle, die eine genetisch-biologische Komponente⁸ haben (vgl. z.B. Krieger 2000). Bezüglich des Geschlechts wird in diesem Zusammenhang auch zwischen „sex“ als biologischem Geschlecht und „gender“ als sozialem Geschlecht, das die Geschlechterbilder und -rollen beschreibt, unterschieden (vgl. z.B. Arber 1997/2009, Babitsch 2005, 2006).

Abbildung 2.4.: Ein erweitertes Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit



Neben der Unterscheidung zwischen vertikalen und horizontalen Ungleichheiten gilt es zwei weitere Punkte zu beachten: *Erstens* sind die verschiedenen Ungleichheitsdimensionen nicht perfekt korreliert. Zwar lässt sich eine signifikante positive Korrelation zwischen Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen nachweisen, doch existieren in modernen Gesellschaften auch viele abweichende Verknüpfungen (sogenannte Statusinkonsistenzen, vgl. Stamm et al. 2003), die dazu führen, dass sich die Sozialstruktur nur sehr bedingt mit dem Bild klar voneinander getrennter Schichten oder Klassen beschreiben lässt, sondern gegenwärtig häufiger der allgemeinere Begriff der sozialen Lage verwendet wird (vgl. auch Abschnitt 2.3).

⁸ Eine Schwangerschaft involviert beispielsweise gewisse gesundheitliche Risiken, die nur Frauen betreffen, und der biologische Alterungsprozess ist per se "lebensgefährlich".

Zweitens können sich die Wirkungen der verschiedenen Ungleichheitsdimensionen auf die nachgelagerten Ebenen des Modells überlagern, verstärken oder kompensieren: So geht ein hohe Schulbildung zwar tendenziell mit einer höheren Gesundheitskompetenz und einem gesundheitsbewussteren Lebensstil einher, wird sie jedoch mit einem anspruchsvollen und zeitintensiven Beruf gekoppelt, so können diese positiven Tendenzen durch erhöhten Stress und ein begrenztes Zeitbudget (über)kompensiert werden. Wie in den folgenden Abschnitten auszuführen sein wird, ist diesen gegenläufigen Tendenzen in unterschiedlichen sozialen Lagen in der Analyse angemessen Rechnung zu tragen.

- *Gesundheitssystem/Gesundheitsversorgung:* Das Gesundheitssystem und die Gesundheitsversorgung können zwar den allgemeinen Kontextfaktoren zugeordnet werden, sollten wegen ihrer unmittelbaren Bedeutung für die Gesundheit jedoch gesondert thematisiert werden. Zudem ist anzunehmen, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sozial variiert – etwa in Abhängigkeit von der Krankenversicherung oder der sozial unterschiedlichen Versorgung mit Gesundheitsleistungen nach Wirtschaftskraft des Wohngebietes.
- *Lebensbedingungen/Lebenssituation:* Unter diesem Begriff wird die konkrete Arbeits-, Wohn- oder Familiensituation gefasst, die bezüglich der Gesundheit sowohl belastend als auch stärkend sein kann und in einem systematischen Zusammenhang mit der sozialen Lage steht. Die Lebensbedingungen beinhalten die im Berner Modell ausgewiesene "Bilanz" aus Belastungen und Ressourcen. Ähnlich wie in Zusammenhang mit der sozialen Lage bereits erwähnt, können die Auswirkungen verschiedener Lebensbereiche dabei durchaus widersprüchlich sein: Belastende Arbeitsbedingungen oder suboptimale Wohnbedingungen können beispielsweise (teilweise) durch ein unterstützendes Netzwerk von Familienangehörigen und Freunden kompensiert werden. Neben "aggregierten" Effekten wären daher auch die Lebensbedingungen und ihre Auswirkungen in verschiedenen Teilbereichen zu thematisieren.
- *Lebensstil/Gesundheitsverhalten:* Die bislang diskutierten Ebenen haben einen Effekt auf den Lebensstil allgemein und das Gesundheitsverhalten im Besonderen (vgl. Abel et al. 2006, Emmons 2000). Die meisten Modelle gehen dabei davon aus, dass sich eine weniger privilegierte Position im Ungleichheitsgefüge und daraus folgende unvorteilhafte Lebensbedingungen negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken, also beispielsweise mehr geraucht, weniger ausgewogen gegessen oder weniger Sport getrieben wird.
- *Gesundheitliche Ungleichheit/Gesundheitszustand:* Ein weniger gesundheitsbewusster Lebensstil dürfte schliesslich (längerfristig) negative Konsequenzen für den Gesundheitszustand haben. Allerdings zeigt das Modell, dass die vorgelagerten Merkmale nicht nur vermittelt über das Gesundheitsverhalten, sondern auch unabhängig auf den Gesundheitszustand wirken. So dürften sich beispielsweise belastende Lebensbedingungen oder ein schlechter Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom individuellen Gesundheitsverhalten negativ auf die Gesundheit auswirken.

Es ist jedoch erwähnenswert, dass kein direkter Einfluss von der sozialen Lage zum Gesundheitszustand führt, sondern dieser Effekt immer durch andere Ebenen des Modells vermittelt wird. Dies ist deshalb plausibel, weil sich beispielsweise eine gute Schulbildung oder ein hohes Einkommen kaum direkt auf die Gesundheit auswirken (vgl. Hradil 2006), stattdessen aber vermittelt über bessere Lebensbedingungen, einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem oder ein in gewissem Sinne aufgeklärteres Gesundheitsverhalten. Die Frage, weshalb viele empirische Studien trotzdem direkte Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit untersuchen, wird im Abschnitt 2.4 weiter diskutiert.

- *Weitere Einflussfaktoren:* Im unteren Teil des Modells sind schliesslich einige weitere Merkmale aufgeführt, die zwar nur sehr bedingt mit der sozialen Lage in Zusammenhang stehen, der Vollständigkeit halber jedoch mitbedacht werden müssen. Eine Rolle dürften hier beispielsweise die

bereits erwähnten biologischen Effekte des Geschlechts, genetische Unterschiede oder der Einfluss klimatischer Unterschiede (insbesondere bei Ländervergleichen) spielen.

- *Zeitdimension:* Ganz am unteren Rand der Abbildung zeigt ein Pfeil zudem den Zeitbezug des Modells an. Der Pfeil verweist darauf, dass die Zusammenhänge im Modell nicht statisch, sondern dynamisch sind. Diese Dynamik bezieht sich dabei nicht nur Alters-, Generationen- und Kohorteneffekte (vgl. Abschnitt 2.3), sondern auch auf Veränderungen der gesetzlichen und internationalen Rahmenbedingungen, der Verteilungsstruktur oder des Krankheitspanoramas. Ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit hat der Zeitdimension Rechnung zu tragen, indem es sich nicht alleine auf einzelne Querschnittstudien abstützt, sondern nach Möglichkeit auch Veränderungen über die Zeit nachweist. Damit lassen sich sowohl Hinweise auf die Entstehung von Problemlagen als auch auf einen allfälligen Erfolg von Interventionen gewinnen.

Ein Problem mit dem in Abbildung 2.4 dargestellten Modell – wie auch den meisten weiteren, in diesem Abschnitt diskutierten Modellen – besteht darin, dass es die Gesellschaftsstruktur und die daraus folgenden Lebensbedingungen und Verhaltenskonsequenzen sehr umfassend thematisiert. Während es noch relativ einfach ist, zentrale Merkmale der sozialen Lage zu bestimmen, wird die Sache auf der Ebene konkreter Lebensbedingungen und gesundheitlicher Auswirkungen sehr schnell unübersichtlich. Mit Blick auf das Monitoring von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen muss daher eine Reihe von Vereinfachungen vorgenommen werden – und zwar sowohl bezüglich der verwendeten Variablen als auch der Zusammenhänge, die untersucht und dargestellt werden.

2.3 Merkmale und Operationalisierungen

Um die Frage zu beantworten, welche Variablen oder Merkmale in einer Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit zu berücksichtigen wären, orientieren wir uns einerseits an der Diskussion verschiedener Erklärungsmodelle in Abschnitt 2.2, andererseits an verschiedenen empirischen Untersuchungen, und fragen dabei, welche abhängigen und unabhängigen Variablen bei der Analyse und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit verwendet werden.⁹

Ein Überblick über diese Untersuchungen zeigt zwar eine grosse Breite an unterschiedlichen Fragestellungen, aber doch auch gewisse Häufungen und Präferenzen in der Merkmalsauswahl, die nicht zuletzt auch mit der Datenverfügbarkeit zusammenhängen, welche in Kapitel 3 diskutiert werden wird. Abbildung 2.5 zeigt in roter Farbe die u.E. am häufigsten verwendeten Merkmale zu den verschiedenen Modellebenen.

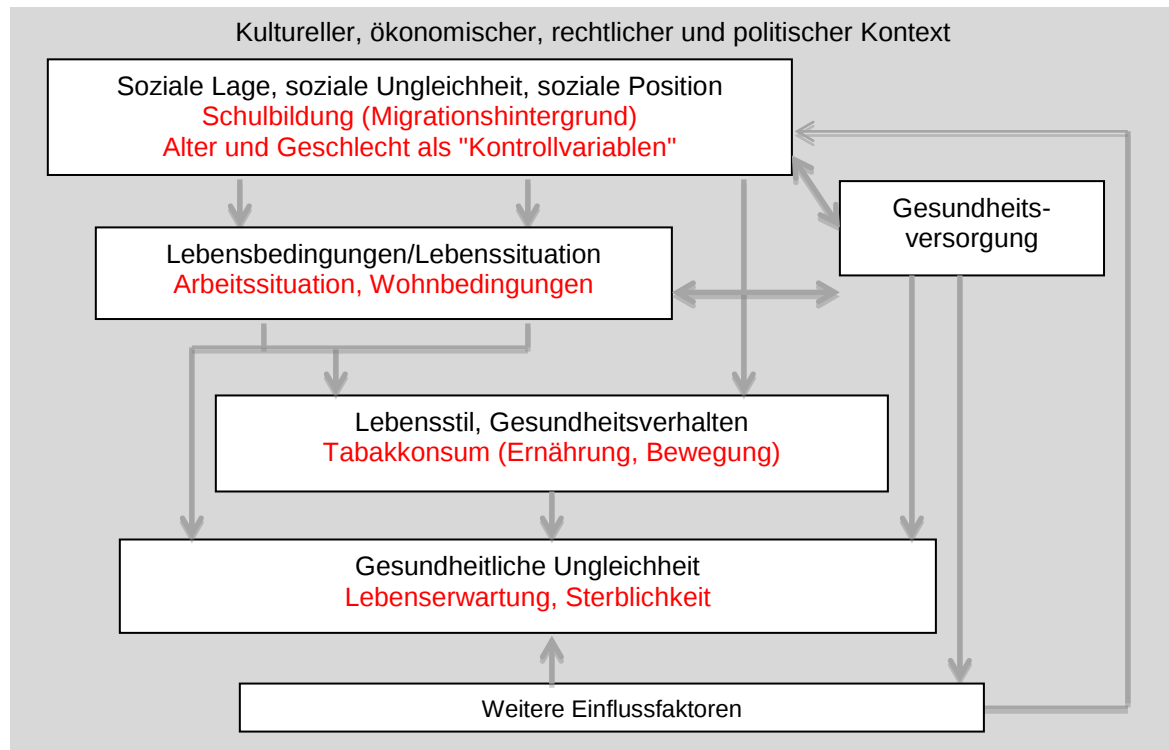
Mit Blick auf die grundlegenden Merkmale der sozialen Lage fällt auf, dass häufig mit der Schulbildung gearbeitet wird. In der Schweiz hat in den vergangenen Jahren überdies der Migrationshintergrund zunehmende Beachtung erlangt. Zudem werden Alter und Geschlecht in den meisten Studien verwendet – allerdings eher im epidemiologischen Sinne von "Kontrollvariablen" als im soziologischen Sinne von Ungleichheitsvariablen. Auf der Ebene der Lebensbedingungen werden häufig (belastende) Arbeits- und Wohnbedingungen (inkl. unterschiedliche Quartiermerkmale) und die damit verbundenen psychosozialen Belastungen (z.B. Stress) thematisiert, während die Gesundheitsversorgung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vergleichsweise selten thematisiert werden.¹⁰ In Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten sind der Tabakkonsum und neuerdings zunehmend auch das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von grosser Bedeutung, während beim

⁹ Vgl. hierzu insbesondere die folgenden Übersichten und Sammelbände: Berkman und Kawachi (2000), Graham (2000), Mielck (2000, 2005), Hurrelmann (2003), Babitsch (2005), Krieger (2005), Marmot (2005), Wilkinson (2005), Richter und Hurrelmann (2006), Bauer et al. (2008), Siegrist und Marmot (2008), Babones (2009); Pickett und Wilkinson (2009), Cantoreggi (2010), O'Campo und Dunn (2010), Richter et al. (2011), Marmot et al. (2012), WHO (o.J.).

¹⁰ Eine Ausnahme bilden hier internationale Vergleiche, in denen etwa die Ärztedichte oder die Verfügbarkeit von Spitalbetten wichtige analytische Dimensionen darstellen.

Gesundheitszustand besonders häufig auf die Lebenserwartung und spezifische Mortalitätsrisiken eingegangen wird.

Abbildung 2.5.: Ein erweitertes Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit



Der knappe Überblick in Abbildung 2.5 trägt der Breite der empirischen Forschung wie auch der Komplexität des Modells jedoch ungenügend Rechnung, weshalb wir uns im folgenden etwas näher mit weiteren Messmöglichkeiten beschäftigen wollen. Dabei wenden wir uns zunächst der Frage zu, wie sich gesundheitliche Ungleichheit auf der individuellen Ebene bestimmen lässt, um anschließend kurz auf das Thema der Aggregation von individuellen Angaben bzw. die Messung von Merkmalen auf dem überindividuellen bzw. regionalen Niveau einzugehen (vgl. Galobardes et al. 2007/2009).

Individuelle und Haushaltsmerkmale

Tabelle 2.1 vermittelt einen Überblick über die in verschiedenen Konzept- und empirischen Studien verwendeten unabhängigen Merkmale der sozialen Lage und der vermittelnden Ebenen der Gesundheitsversorgung, der Lebenssituation und des Lebensstils, während Tabelle 2.2 die abhängigen Variablen der Mortalität und Morbidität enthält. Beide Tabellen bestehen aus je zwei Spalten: die erste Spalte enthält den Titel des Merkmals oder des Merkmalskomplexes, während die zweite Spalte Bemerkungen zur Messung und Differenzierung der verschiedenen Merkmale enthält. Dabei kann zunächst festgehalten werden, dass eine Vielzahl von Merkmalen thematisiert wird:

- **Soziale Lage:** Aus dem oberen Teil der Tabelle geht hervor, dass die *Ungleichheitsmerkmale* unterschiedlich operationalisiert und teilweise zusätzlich differenziert werden können. So kann der Bildungsstand beispielsweise sowohl als Schulabschluss als auch als Anzahl Schuljahre erfasst werden, während beim Einkommen individuelle und Haushaltseinkommen in absoluten und relativen (z.B. Quintile, vgl. z.B. Carr-Hill 1990/2009) Varianten verwendet werden.

Besonders schwierig gestaltet sich die Bestimmung des Berufsstatus, da hier sowohl der Erwerbsstatus an sich und der erlernte oder ausgeübte Beruf als auch die berufliche Stellung eine

Rolle spielen dürften (vgl. Theorell 2000, Siegrist und Theorell 2008). Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich hier überdies aus der Tatsache, dass die Abgrenzung zu Merkmalen der konkreten Arbeitssituation (vgl. den Eintrag unter "Lebenssituation weiter unten in Tabelle 2.1) stellenweise schwierig ist. Ähnliches gilt auch für den Wohnort und das ebenfalls stark differenzierte Merkmal "Migrationshintergrund", die beide einen engen Bezug zu konkreten Lebenssituationen und spezifischen Netzwerkstrukturen aufweisen.¹¹

Besonders Augenmerk verdienen hier überdies die beiden Merkmale Alter und Geschlecht, auf deren doppelte Eigenschaft als biologische und soziale Merkmale bereits hingewiesen wurde, wobei es in aller Regel nicht möglich ist, die beiden Effekte zweifelsfrei voneinander zu isolieren. Beim Alter wird die Sache noch durch die Tatsache verkompliziert, dass sich biologische und soziale Effekte überlagern. So sind beispielsweise Lebenslaufeffekte (Kindheits-, Jugend-, Erwachsenen/Familien-, Rentenphase) von Generations- und Kohorteneffekten abzugrenzen, die Gruppen betreffen, die unter ähnlichen Lebensbedingungen aufgewachsen sind (z.B. Kriegsgeneration, Wirtschaftswundergeneration etc.). Dabei gilt es darauf hinzuweisen, dass solche Effekte teilweise bereits in der sozialen Herkunft enthalten sind (vgl. Lahelma et al. 2008). Zu erwähnen sind überdies Periodeneffekte, welche sich auf Ereignisse und Entwicklungen beziehen, die alle Gesellschaftsmitglieder betreffen, die zu einem gewissen Zeitpunkt gelebt haben oder leben (z.B. ein grosses Naturereignis oder ein Reaktorunfall). Mit Blick auf einen "Alterseffekt" wäre mit anderen Worten also immer zu fragen, ob dieser biologisch bedingt ist, die Folge spezifischer Lebensläufe, auf gemeinsame Erlebnisse einer Kohorte/Generation während einer gewissen Phase ihres Lebens oder auf den Einfluss eines übergreifenden Ereignisses zurückzuführen ist (vgl. Berney et al. 2000, Benzeval et al. 2000, Galobardes et al. 2007/2009, Power und Kuh 2008, Graham 2000: Kap. 9, Budrys 2003 sowie Abschnitt 2.4 und Kapitel 4).

Alleine die Komplexität der einzelnen Merkmale deutet darauf hin, dass es schwierig ist, ein umfassendes Merkmal bzw. einen Gesamtindex für die soziale Lage oder den sozioökonomischen Status zu bilden, der die verschiedenen Dimensionen zuverlässig abbildet. Verschiedene entsprechende Versuche waren in der Vergangenheit nur bedingt erfolgreich (vgl. Lamprecht und Stamm 1994, Mielck 2000, Helmert 2003, Lampert und Kroll 2006, Helmert und Buitkamp 2009, Lynch und Kaplan 2000), wobei ein Problem darin liegt, dass die Korrelationen zwischen den verschiedenen Dimensionen, wie in Abschnitt 2.2 erwähnt, zwar durchaus substantiell aber keineswegs perfekt sind. Selbst wenn sich nachweisen lässt, dass eine höhere Schulbildung in der Regel mit einem höheren Einkommen einhergeht, oder dass Frauen in der Schweiz bei gleicher Qualifikation nach wie vor weniger verdienen als Männer, gibt es immer Gegenbeispiele, die in der Gegenwartsgesellschaft durchaus bedeutsam sind (Statusinkonsistenz).

Vor diesem Hintergrund ist es heikel, die verschiedenen Dimensionen zu einem Gesamtwert für die soziale Position zu addieren, wie dies etwa von Helmert (2003, vgl. auch Helmert und Buitkamp 2009) vorgeschlagen wird, da hinter ein und demselben Skalenwert unterschiedliche Kombinationen von Ausprägungen stecken können: Je nach Operationalisierung ergibt beispielsweise die Kombination von hoher Bildung und geringem Einkommen (z.B. ein taxifahrender Akademiker) einen ähnlichen Skalenwert wie die umgekehrte Kombination (z.B. ein Spitzenfussballer, der nur die obligatorische Schule abgeschlossen hat). Ein additiver Index könnte allerdings durchaus von Interesse sein, wenn es um den Nachweis von allgemeinen Effekten oder die Identifikation von Extremgruppen geht, die in einer Analyse gesondert thematisiert werden könnten.

¹¹ Im angelsächsischen Raum wird häufig mit dem Merkmal "Race" gearbeitet, das in der Schweiz von untergeordneter Bedeutung sein dürfte (vgl. z.B. Nazroo 2003/2009).

Tabelle 2.1: Unabhängige und intermediäre Variablen

Ebene und Merkmal	Hinweise zur Messung und Operationalisierung
<i>Soziale Lage, soziale Ungleichheit, soziale Position</i>	
Soziale Herkunft	Bildung/Beruf/Migrationshintergrund der Eltern
Bildung	Höchste abgeschlossene Schulbildung; Anzahl Schuljahre
Beruf	Arbeitsmarktintegration, Erwerbsbeteiligung, Arbeitslosigkeit Berufsprestige, erlernter/ausgeübter Beruf, Berufsgruppe, Art der Tätigkeit, berufliche Position, sozioprofessionelle Kategorien
Einkommen	Persönliches oder Haushaltseinkommen, insbesondere Haushaltsäquivalenzeinkommen, Sozialhilfe; häufig als Quintilsverteilungen operationalisiert
Wohlstand	Vermögen (teilweise partiell operationalisiert über Wohneigentum/Rentenansprüche)
Alter	Lebensalter, Kohorten-/Generationen-, Lebenslauf- und Periodeneffekte
Geschlecht	
Migrationshintergr.	Herkunftsland, Nationalität, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer
Wohnort	Quartier, Gemeinde/Gemeindetypologie, Kanton, Grossregion, Sprachregion, Staat
<i>Gesundheitssystem/Gesundheitsversorgung</i>	
Krankenversicherung	Versicherungsstatus (allgemein, privat) Belastung durch Gesundheitskosten (Versicherungsprämien, Prämienverbilligungen etc.)
Zugang und Inanspruchnahme med. Leistungen	Verfügbarkeit von Ärzten und Spitälern (diese Angaben werden in aller Regel auf dem aggregierten Niveau gemessen) Arztbesuch (Allgemein-/Spezialärzte), ambulante/stationäre Behandlungen Medikamentenkonsum
<i>Lebensbedingungen/Lebenssituation</i>	
Arbeitsbedingungen	Arbeitszeiten (Nacht-/Schichtarbeit) Arbeitsanforderungen, Belastungen am Arbeitsplatz (Lärm, Luft, Stress etc.)
Wohnsituation	Wohnraum pro Person (Räume, Quadratmeter) Wohnungsmerkmale und -ausstattung Qualität der Nachbarschaft (z.B. Beziehungen, Gefahren) Luftqualität, Lärmbelästigung, Umweltbelastungen im Wohngebiet
Netzwerke/Integration	Haushaltszusammensetzung, Familienstand (inkl. Alleinerziehende) Anzahl enger Kontakte, "Soziales Kapital" (Beziehungen), Vereinsmitgliedschaften "Vertrauen" Religion etc.
Weitere Belastungen	Belastungen im Haushalt Psychische Belastung: Distress, soziale Isolation Finanzielle Probleme
Weitere Ressourcen	Coping, Bewältigungsverhalten, Kontrollüberzeugungen soziale Unterstützung Gesundheitskompetenz/-wissen (z.B. Ernährungsbewusstsein) Ausstattung mit versch. Konsumgütern (Kühlschrank, Computer etc.) Sprachkompetenzen
<i>Lebensstil/Gesundheitsverhalten</i>	
Tabakkonsum	
Alkoholkonsum	
Konsum illegaler Substanzen	Cannabis, weitere Drogen
Körperliche Aktivität	Niveau der körperlichen Aktivität, Mobilität zu Fuss oder mit dem Fahrrad im Alltag, Sportaktivität
Ernährungsverhalten	Obst- und Gemüsekonsum, Fleischkonsum etc.
Präv. Inanspruchn. der med. Versorgung	Früherkennung, Vorsorgeuntersuchungen, Beratung zum Gesundheitsverhalten, Impfungen

Zudem ist die Bildung alternativer, nicht-linearer Ungleichheitsindizes möglich (vgl. z.B. Lamprecht und Stamm 1994, Mielck 2000, Lampert und Kroll 2006), jedoch insofern problematisch, als die Interpretation der daraus folgenden Resultate vergleichsweise kompliziert ist. Ein Beispiel für einen solchen Index ist etwa die Zusammenfassung von Bildungsstand, beruflicher Stellung und ausgeübtem Beruf zu den sogenannten sozioprofessionellen Kategorien (Joye und Schuler 1995), die vom BFS bei verschiedenen seiner Datenerhebungen berechnet und mitgeliefert werden.¹²

In aller Regel werden jedoch die verschiedenen in der Tabelle aufgeführten Merkmale einzeln berücksichtigt, wobei die Schulbildung, wie in Abbildung 2.5 ausgewiesen, besonders häufig verwendet wird (vgl. Stamm und Lamprecht 2009b, Richter et al 2011).¹³ Dies hängt nicht nur mit ihrer vergleichsweise einfachen und zuverlässigen Messung zusammen, sondern auch der Tatsache, dass Bildungsabschlüsse auf dem individuellen Niveau deutlich konstanter sind als etwa die Einkommens- oder berufliche Positionen.

Besondere Erwähnung verdient an dieser Stelle das Merkmal "Wohnort", das in unterschiedlicher Form verwendet werden kann:

- In internationalen Vergleichen ist das Merkmal "Staat" bzw. verschiedene Aggregationen (z.B. hochentwickelte vs. Schwellen- und Entwicklungsländer) von Bedeutung, das gleichsam als Chiffre für eine Vielzahl von Unterschieden in sozioökonomischer, kultureller und rechtlicher Hinsicht verstanden werden kann und damit eigentlich der übergeordneten Ebene der "Rahmenbedingungen" zugeordnet werden muss.
- Innerhalb von Ländern wird der Wohnort oft zu verschiedenen Regionalisierungsstufen zusammengefasst, wobei in der Schweiz insbesondere Differenzierungen nach Kantonen, Gross- und Sprachregionen verwendet werden, zwischen denen Differenzen in den Ungleichheitsstrukturen, der Gesundheitsversorgung, dem Gesundheitsverhalten und den Gesundheitswirkungen untersucht werden. Auch diese Merkmale müssten korrekterweise wohl auf der Ebene der "Rahmenbedingungen" abgehandelt werden, werden hier jedoch der Einfachheit halber dem Merkmalsblock "soziale Lage" zugewiesen.
- Auf einer tieferen Ebene können die Wohnorte zudem zur differenzierten Gemeindetypologie des BFS (vgl. Schuler und Joye, o.J.) aggregiert werden, die beispielsweise mit der Unterscheidung von "einkommensstarken", "touristischen" und "agrarischen" Gemeinden eine bedeutsame Ungleichheits- und Verteilungskomponente enthält.
- Schliesslich werden in internationalen Studien häufig feinere Differenzierungen zwischen Stadtquartieren mit unterschiedlichen Belastungen und Bevölkerungszusammensetzungen verwendet (vgl. Macintyre et al. 2000, Dibowitz et al. 2009). Eine entsprechende Typologie für Schweizer Städte existiert unseres Wissens jedoch noch nicht. Zudem stellt sich bei solchen Differenzierungen – ebenso wie bei den oben erwähnten regionalen Unterschieden – in empirischen Analysen häufig das Problem unzureichender Fallzahlen.

Was für die allgemeinen Merkmale der sozialen Lage gilt, trifft auch für die im unteren Teil der Tabelle dargestellten Merkmale der intermediären Ebenen der Lebensbedingungen, Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhalten zu. Ein Blick auf die Tabelle zeigt, dass in der theoretischen und empirischen Diskussion sehr unterschiedliche Merkmale berücksichtigt werden, die nicht nur stellenweise schwer zu messen sind, sondern auch kaum zu "Gesamtindizes" verrechnet werden können.

¹² Ähnliche Klassifikationen existieren auch in anderen Ländern. Zudem wird ab und zu mit dem erweiterten Klassenkonzept von Erikson und Goldthorpe gearbeitet (Hradil 2006, Lampert und Kroll 2006).

¹³ Ebenfalls von zentraler Bedeutung sind das Geschlecht und das Alter, die in der sozialepidemiologischen Forschung jedoch, wie erwähnt, häufig nicht als "Ungleichheitsdimensionen", sondern lediglich als Kontrollvariablen mitberücksichtigt werden.

- *Gesundheitsversorgung*: Hier fällt zunächst auf, dass nur wenige Merkmale wie etwa die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Medikamentenkonsum zur Verfügung stehen. Der Eindruck täuscht allerdings etwas, da einige dieser Merkmale nur auf der aggregierten Ebene gemessen werden (z.B. Ärztedichte), auf die erst weiter unten einzugehen sein wird. Die geringe Anzahl von Merkmalen zur Gesundheitsversorgung erklärt wohl teilweise, warum die Gesundheitsversorgung in verschiedenen Konzeptualisierungen nicht thematisiert bzw. den allgemeinen Hintergrundbedingungen zugeordnet wird, womit implizit unterstellt wird, dass die Gesundheitsversorgung relativ gleich(mässig) über eine gegebene Gesellschaft verteilt sei. Dazu kommt, dass die Abgrenzung zwischen Inanspruchnahme und präventiven Massnahmen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen), die in unserem Modell im Teil "Gesundheitsverhalten" abgehandelt werden, nicht ganz einfach ist. Ob und wie dieser Teil des Modells angemessen zu operationalisieren wäre, wird in den nachfolgenden Projektschritten weiter zu untersuchen sein.
- *Lebensbedingungen*: Wie aus der Tabelle hervorgeht, ist dieser Merkmalsblock überaus heterogen. Historisch gesehen wurden hier insbesondere die Wohn- und Arbeitsbedingungen prominent thematisiert, während in jüngerer Zeit zunehmend allgemeinere Konzepte wie soziale Netzwerke oder der Begriff "soziales Kapital" (im Sinne von Coleman, Putnam oder Bourdieu, vgl. Siegrist et al. 2006, Berkman 2000, Kawachi und Berkman 2000) diskutiert werden, die sich in Datenerhebungen jedoch nur schwer und unvollständig erfassen lassen. Ähnliches gilt für die psychischen Belastungen und Ressourcen, die in aller Regel nur partiell erfasst werden können und in einem bestenfalls mittleren Zusammenhang mit den übergeordneten sozialen Ungleichheiten stehen (Behrens 2006). Ein weiteres Problem mit den psychosozialen Ressourcen und Belastungen besteht darin, dass sie eng mit effektiven Erkrankungen (Depressionen) korreliert sind und daher nur bedingt von den abhängigen Variablen abgegrenzt werden können (vgl. Elkeles 2008, Bosma 2008 sowie auch Tabelle 2.2).
- *Lebensstil/Gesundheitsverhalten*: Auch mit Blick auf das Gesundheitsverhalten werden sehr unterschiedliche Merkmale verwendet, wobei die in Tabelle 2.1 aufgeführten Dimensionen noch feiner in Risiko- (Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum, Konsum gewisser Nahrungsmittel¹⁴) und Schutzfaktoren (körperliche Aktivität, teilweise Ernährung, ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) eingeteilt werden können. Je nach untersuchtem abhängigem Merkmal gewinnen hier jeweils andere Variablen an Bedeutung: Während mit Blick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen von den meisten in der Tabelle aufgeführten Verhaltenskomponenten eine Wirkung ausgeht, stehen im Zentrum von Analysen des Übergewichts¹⁵ und der Diabetes häufig die körperliche Aktivität und das Ernährungsverhalten. Die Betroffenheit von Infektionskrankheiten dürfte dagegen in einem direkten Zusammenhang mit der sozial unterschiedlichen Nutzung von Impfungen sowie je nach Beruf differierenden Expositionsrisiken zusammenhängen. Je nach betrachteter abhängiger Variablen müssten hier also unterschiedliche Merkmale des Lebensstils für die Analysen ausgewählt werden.

Die Bemerkungen zum Gesundheitsverhalten verweisen auf die "abhängigen" Merkmale gesundheitlicher Ungleichheit in Tabelle 2.2. Hier gibt es mit der auf verschiedenere Weise gemessenen und konzeptualisierten Lebenserwartung ein Merkmal, das in sehr vielen Studien thematisiert wird: Die Lebenserwartung gilt in der Forschung gleichsam als Hauptindikator für gesundheitliche Ungleichheit, weil in ihr die verschiedenen Risiken und Erkrankungen gleichsam gebündelt werden (vgl. auch

¹⁴ Richter et al. (2011, S. 27) weisen darauf hin, dass ab und zu der BMI als Indikator für das Ernährungsverhalten verwendet wird, was aber nicht korrekt ist, da der BMI nicht nur von der Ernährung abhängt. Wir ordnen den BMI daher den abhängigen Variablen zu (vgl. Tabelle 2.2).

¹⁵ Da Übergewicht sowohl eine Konsequenz eines in gewissem Sinne suboptimalen Gesundheitsverhaltens als auch ein wesentlicher Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen ist, wird es häufig dem Merkmalsblock "Gesundheitsverhalten" zugeordnet. Wo es im vorliegenden Monitoringkonzept einzuordnen wäre, wird zu einem späteren Zeitpunkt zu entscheiden sein (vgl. Kapitel 4 und 5).

Abbildung 2.5 sowie Bopp und Minder 2003, Wilkinson und Marmot 2003, Mackenbach et al. 1997/2009, EUROSTAT 2010). Neben der "reinen" Lebenserwartung haben in den vergangenen Jahren auch Konzepte wie die beschwerdefreien bzw. verlorenen Lebensjahre an Bedeutung gewonnen, zudem wird in diesem Zusammenhang – und insbesondere in internationalen Vergleichen – häufig auch die Säuglings- und Kindersterblichkeit als wesentlicher Indikator für Entwicklung und die Effizienz und Reichweite der Gesundheitsversorgung thematisiert.

Auf einer tieferen Stufe werden dann auch spezifische Mortalitätsrisiken und Prävalenzen von nicht-übertragbaren und psychischen Krankheiten untersucht, während sozial unterschiedliche Risiken von Infektionskrankheiten in hochentwickelten Gesellschaften gegenwärtig von geringerer Bedeutung sind (vgl. Abschnitt 2.1 sowie Wilkinson 1994/2009). Auch bei den übertragbaren Krankheiten wäre es jedoch von Interesse festzustellen, ob nach wie vor soziale Unterschiede bestehen und wie ausgeprägt diese sind. Thematisiert werden überdies Unfälle und Invaliditätsrisiken, chronische Schmerzen sowie die Zahngesundheit.

2.2. Abhängige Variablen: Gesundheitliche Ungleichheit

Ebene und Merkmal	Hinweise zur Messung
Lebenserwartung	Lebenserwartung in bestimmten Lebensaltern, Lebenserwartung bei guter Gesundheit, beschwerdefreie Lebensjahre, verlorene Lebensjahre
Mortalität	durch Krebs (Lungen-, Brust-, Prostata-), durch Herz-Kreislauferkrankungen, durch äussere Todesursachen (Unfälle, Vergiftungen, Gewalttaten, Suizid) Säuglings- und Kindersterblichkeit
Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand	
Nicht-übertragbare (chronische) Krankheiten	insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Diabetes
Psychische Gesundheit und Erkrankungen	Lebenszufriedenheit Depressionen, Angststörungen, Substanzabhängigkeiten
Übertragbare Krankheiten	insbesondere Aids
Zahngesundheit	
Chronische Schmerzen	Rücken-, Kopf-, Gelenkschmerzen
Unfälle	insbesondere Arbeit und Freizeit
Invalidität	
Opfer von Gewalt	

Einen besonderen Stellenwert haben überdies der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und die (Lebens)zufriedenheit als Korrelat der psychischen Gesundheit, die wegen fehlender Prävalenzdaten bzw. sehr geringer Fallzahlen bei konkreten Erkrankungen häufig als "Hilfskonstruktion" beigezogen werden und erhebliche Unterschiede mit Blick auf die übergeordneten Ungleichheits-, Lebensbedingungs- und Lebensstilfaktoren aufweisen.¹⁶ Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich jedoch die Einflussfaktoren je nach gewählter abhängiger Variablen stellenweise deutlich: Unfallrisiken stehen beispielsweise in einem engen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit, während der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand von einer grösseren Menge unterschiedlicher Faktoren abhängig sein dürfte (vgl. auch Abschnitt 2.4).

¹⁶ Obwohl die subjektiven Einschätzungen von Gesundheit und Wohlbefinden durchaus mit objektiven Merkmalen des Gesundheitszustands korrelieren, dürfen sie nicht mit diesen verwechselt werden. Wie erwähnt, werden diese Einschätzungen nicht zuletzt deshalb auch in der internationalen Forschung (vgl. z.B. OECD 2011, EUROSTAT INSEE 2011) häufig verwendet, weil "harte Daten" zum Gesundheitszustand nicht oder nur lückenhaft verfügbar sind.

Aggregierte Merkmale

Die Tabellen 2.1 und 2.2. enthalten ausschliesslich Merkmale, die auf der individuellen Ebene gemessen werden. Daneben spielen jedoch verschiedene Merkmale auf der übergeordneten Ebene eine Rolle, die – wie bereits erwähnt – für Analysen innerhalb eines gegebenen Gebietes konstant gehalten werden können, mit Blick auf Zeit- und internationale Vergleiche sowie Analysen, die in der Schweiz beispielsweise zwischen unterschiedlichen Sprachregionen und Kulturräumen unterscheiden, mitbedacht werden müssen (vgl. Wilkinson 1994/2009). Dazu gehören etwa unterschiedliche Regelungen bezüglich der Krankenversicherung, die Arbeitslosenquote, der Bevölkerungsaufbau (Altersstruktur) oder das Bruttoinlandprodukt pro Kopf als Mass für den wirtschaftlichen Entwicklungsstand. Verschiedene dieser Angaben sind nicht nur auf nationaler, sondern auch auf regionaler bzw. kantonaler Ebene verfügbar und können für Vergleiche zwischen unterschiedlichen Gebieten verwendet werden.

Für internationale oder regionale Vergleiche können überdies individuelle Angaben zu länderspezifischen Massen aggregiert werden. Zu erwähnen sind hier etwa:

- Gesamtmasse für soziale Ungleichheit: Mit Bezug zur formalen Schulbildung ist hier beispielsweise die Alphabetisierungsquote oder der Anteil der Bevölkerung, welche die obligatorische Schule besucht oder einen Abschluss der Tertiärstufe hat, zu erwähnen. Mit Blick auf die Einkommensungleichheit wird häufig mit dem Gini- oder dem Robin-Hood-Index gearbeitet, die beide auf der Lorenzkurve basieren (vgl. Carr-Hill 1990/2009, Kawachi 2000, Wilkinson 2005).
- Gesundheitssystem/Gesundheitsversorgung: Aggregierte Masse wären hier etwa der Anteil der Bevölkerung, welcher einer Krankenversicherung angeschlossen ist, oder die Anzahl Ärzte (Ärztedichte) und Spitalbetten gemessen an der Bevölkerung eines bestimmten Gebietes.
- Lebensbedingungen/Lebenssituation: Hier ist an Masse wie den durchschnittlich verfügbaren Wohnraum (Quadratmeter, Zimmer), die Ausstattung mit verschiedenen Konsumgütern (z.B. Anteil der Bevölkerung, der über einen Kühlschrank verfügt), Kriminalitätsraten etc. zu denken.
- Lebensstil/Gesundheitsverhalten: Auch hier sind Zusammenfassungen in dem Sinne denkbar, dass beispielsweise der Anteil der Bevölkerung ausgewiesen wird, der die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllt.
- Gesundheitszustand: Hier ist auf die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt oder die Prävalenz ausgewählter Erkrankungen, den Anteil übergewichtiger oder adipöser Personen oder die Anzahl verschiedener Arten von Unfällen hinzuweisen.

Diese aggregierten Masse dürften im geplanten Monitoring zwar nicht im Vordergrund stehen, doch soll die Möglichkeit internationaler bzw. regionaler Vergleiche zumindest mitberücksichtigt werden, indem bei der Auswahl und Operationalisierung zentraler Merkmale grundsätzlich darauf geachtet wird, dass diese wenn immer möglich in einer Form vorliegen, die Vergleiche grundsätzlich ermöglichen würden (vgl. Kapitel 3 und 4).

2.4. Messprobleme, empirische Analysen und Darstellung von Resultaten

Sind die relevanten Merkmale einmal identifiziert, operationalisiert und gemessen, so stellt sich die Frage nach der empirischen Analyse und Darstellung von Zusammenhängen. Bereits in Abschnitt 2.2 wurde erwähnt, dass in einem grossen Teil der empirischen Analysen direkte Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und gesundheitlichen Outcomes berechnet werden, obwohl diese Effekte primär über die Ebenen der Lebensbedingungen, Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens vermittelt werden. Die Präferenz für diese Art bivariater Zusammenhangsanalysen dürfte verschiedene Gründe haben:

- Komplexität der intermediären Ebenen: Zunächst dürfte es angesichts der im vorangehenden Abschnitt diskutierten Vielfalt an intervenierenden Variablen schlichtweg unmöglich sein, die intermediären Ebenen umfassend und angemessen abzubilden.
- Unterschiedliche Relevanz von Zusammenhängen je nach abhängiger Variablen: Dazu kommt, dass die Zusammenhänge, wie in Abschnitt 2.3 erwähnt, für jede einzelne abhängige Variable gesondert spezifiziert werden müssen. Spielt beispielsweise die körperliche Aktivität bei der Erklärung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine erhebliche Rolle, so ist ihr Einfluss auf verschiedene Krebserkrankungen nicht erwiesen oder bestenfalls moderat. Auch hier dient es der Vereinfachung, sich auf die übergeordneten Ungleichheitsvariablen zu beschränken, wobei die Einflüsse auf verschiedenen Dimensionen der gesundheitlichen Ungleichheit unterschiedlich ausfallen. In diesem Zusammenhang gilt es zu beachten, dass in der Forschung stellenweise sogar umgekehrte Effekte nachgewiesen werden konnten: Die Risiken, unter Brustkrebs, Asthma oder Stress zu leiden, nehmen beispielsweise mit steigendem sozialen Status zu (Siegrist und Marmot 2008, S. 3).
- Datenlage: Aber selbst wenn nur Teilaspekte berücksichtigt werden sollen, finden sich in den verwendeten Datenquellen häufig keine ausreichenden Angaben. So enthalten die Mortalitäts- und Lebenserwartungsstatistiken in aller Regel keine Angaben zur Lebenssituation und dem Gesundheitsverhalten der verstorbenen Personen, sondern bestenfalls eine Reihe von sozio-demographischen und sozioökonomischen Daten, die nur direkt mit der Lebenserwartung verknüpft werden können (vgl. Abschnitte 3.1 und 3.2).
- Nachvollziehbarkeit der Analysen: Ein weiterer Grund dafür, dass die vermittelnden Ebenen in empirischen Analysen häufig nicht berücksichtigt werden, hat mit dem Versuch zu tun, Zusammenhänge mittels deskriptiver und bivariater Analysen möglichst einfach und nachvollziehbar abzubilden. Sobald auch die intermediären Ebenen berücksichtigt werden, macht dies die Verwendung multivariater Modelle notwendig, die schwerer verständlich sind und sich nur sehr bedingt grafisch veranschaulichen lassen (vgl. dazu weiter unten und Abschnitt 3.3).

Unabhängig davon, ob die Ungleichheitsmerkmale bivariat mit gesundheitlichen Folgen verknüpft werden oder auch die übrigen Modellebenen mitberücksichtigt werden, stellen sich bei der empirischen Analyse verschiedene methodische Fragen, die im folgenden kurz diskutiert werden sollen.

Kausalität und Zeitbezug

Mit den aktuell verfügbaren Daten ist es in der Regel nicht möglich, Kausalitäten im engeren Sinne nachzuweisen. Um kausale Verknüpfungen auf der individuellen Ebene festzustellen, sind Zeitreihen- bzw. Paneldaten notwendig, die in aller Regel nicht oder nur teilweise vorliegen. Aber selbst dort, wo Paneldaten vorhanden sind, lassen sich Kausalitäten wegen der oben erwähnten unvollständigen empirischen Modelle in vielen Fällen nicht zweifelsfrei nachweisen, da nicht alle denkbaren Einflussfaktoren mitberücksichtigt werden können. Ein weiteres Problem bezieht sich auf den Zeithorizont von Paneldaten, die vielfach nur wenige Jahre umfassen – ein Zeithorizont, der nur sehr bedingt dazu ausreicht, die Genese verschiedener chronischer Erkrankungen und allfällige Rückwirkungen auf die soziale Position nachzuzeichnen. Daher gilt für Kausalanalysen dasselbe wie

für Zusammenhangsanalysen: Die gefundenen Effekte sind letzten Endes nur dann plausibel, wenn sie in einem angemessenen theoretischen Erklärungsmodell verortet werden können.

Hinweise auf überindividuelle kausale Zusammenhänge lassen sich unter gewissen Einschränkungen auch unter Rückgriff auf Querschnittdaten aus verschiedenen Jahren gewinnen, wobei die verschiedenen externen Einflussfaktoren sorgfältig kontrolliert bzw. mitberücksichtigt werden müssen. Von Interesse können hier beispielsweise die Analyse der Entwicklung verschiedener Geburtskohorten und Generationen, der Vergleich der Stärke ausgewählter Zusammenhänge zu verschiedenen Zeitpunkten oder ganz allgemein Trendanalysen sein.

Ein besonderes Problem stellen in diesem Zusammenhang schliesslich die von verschiedenen Autoren (vgl. z.B. Frank und Haw 2011, Lamprecht et al. 2006) erwähnten Selektions- und "reverse causation effects" dar, bei denen beispielsweise ein negativer Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitszustand festgestellt wird, wobei beide kausalen Verknüpfungen denkbar sind: dass mit einem geringeren Einkommen allgemein ein schlechterer Gesundheitszustand einhergeht oder dass eine schlechtere Gesundheit über eine verminderte Arbeitsfähigkeit zu einem tieferen Einkommen führt (vgl. auch die Hinweise in Abschnitt 2.1).

Bivariate und multivariate Analysen

In den konkreten empirischen Analysen wird in der Regel mit konventionellen Verfahren der deskriptiven und schliessenden Statistik gearbeitet. Bei den bivariaten Analysen wird – je nach Skalenqualität – auf Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellen sowie auf darauf basierende Zusammenhangsmasse (z.B. χ^2 , Pearson-Korrelationskoeffizienten) und Tests (z.B. χ^2 -test, F-Test, Vertrauensintervalle) sowie einfache Verteilungs- und Streuungsmasse (Varianz, Standardabweichung) zurückgegriffen. Wie Speybroeck et al. (2012, vgl. auch Spinakis et al 2011) aber korrekt feststellen, ist bei der Auswahl solcher Masse Vorsicht geboten, da sie jeweils unterschiedlich sensibel auf (schiefe) Verteilungen reagieren.

Ähnliches gilt für Masse, mit denen verschiedene Gruppen verglichen werden. Werden beispielsweise mittels Odds Ratios oder ähnlicher Werte die Erkrankungsrisiken verschiedener Gruppen bestimmt und verglichen, stellen sich sowohl Fragen nach der korrekten Referenzgruppe als auch nach den effektiven Grössenordnungen, auf die sich die Risikoaussagen beziehen (vgl. auch Braveman 2003, o.J.). Mit Blick auf das geplante Monitoring wären Masse und grafische Darstellungsformen vorzuziehen, die eine eindeutige und einfach nachvollziehbare Interpretation zulassen – die Daten wären jedoch nach Möglichkeit so vorzubereiten, dass für ein statistisch geschultes Publikum auch komplexere Analysen möglich sind (z.B. von Odds Ratios).

Werden multivariate Verfahren verwendet, so gelangen in der Regel multiple Regressionsmodelle zum Einsatz, die allerdings relativ hohe Anforderungen an die Skalenqualität der verwendeten Variablen stellen. In den 1990er Jahren wurde als Ausweg aus dem Problem der Skalenqualität die Verwendung log-linearer Modelle vorgeschlagen, mit denen sich die Zusammenhänge zwischen nominalskalierten abhängigen und unabhängigen Merkmalen bestimmen lassen. Diese Modelle haben sich jedoch nicht durchgesetzt, weil sich bei ihnen das Problem letzten Endes auf Fragen der Spezifikation und Interpretation verschiebt. Die in der aktuellen Diskussion nicht ganz befriedigende Lösung für diese Problem besteht in der Dichotomisierung abhängiger Variablen zur Verwendung in (multivariaten) logistischen Regressionsmodellen bzw. der Verwendung binärer abhängiger Variablen (sogenannte Dummy-Variablen).

Ein weiteres Problem bei den Analysen kann dann auftauchen, wenn die verschiedenen Merkmale auf unterschiedlichen Aggregationsniveaus gemessen wurden (z.B. Kombination von individuellen Merkmalen mit regionalen Daten zur Ärztedichte). Hier wird die Durchführung von Mehrebenenanalysen (Marmot 2000, Wolf, 2004, Mielck 2008) vorgeschlagen, mit denen sich der Einfluss von

Merkmale, die auf verschiedenen Aggregationsniveaus gemessen wurden, bestimmen lässt. In der konkreten Forschung werden solche Modelle bislang jedoch kaum je verwendet, weil sie komplex, schwierig zu spezifizieren und aufwendig zu berechnen sind. Der Test solcher Modelle im Rahmen des vorgeschlagenen Monitorings könnte jedoch gerade auch mit Blick auf die oben erwähnten Probleme des Nachweises von kausalen Verknüpfungen vielversprechend sein.

Indexbildung

Eine Möglichkeit zur Vereinfachung und zur Reduktion der Anzahl zu untersuchender Merkmale stellt die Indexbildung dar, bei der verschiedene Merkmale zu einem neuen Merkmal "verrechnet" werden. Die Bildung von Indizes geht in aller Regel jedoch mit einem Informationsverlust einher, weil nicht mehr die einzelnen Merkmale, sondern nur noch ein synthetisches Gesamtkonstrukt vorliegt. Dies kann zu analytischen oder inhaltlichen Problemen führen, wie weiter oben in Zusammenhang mit der Konstruktion eines (additiven) "Schichtindexes" bereits festgehalten wurde: unterschiedliche Merkmalskombination können zum selben Gesamtwert führen, obwohl sie möglicherweise unterschiedliche (Gesundheits-)folgen implizieren.

Selbst wenn wir die Indexbildung bei den Merkmalen der sozialen Lage kritisch beurteilen, dürfte sie in anderen Teilen des analytischen Modells durchaus sinnvoll sein. So existieren beispielsweise gut dokumentierte und funktionierende Skalen zur Einschätzung des psychischen Wohlbefindens oder der "Depressivität" und auch bei den Lebensbedingungen ist es möglich, verschiedene Aspekte der Wohn-, Arbeits- und Familiensituation zu einfachen Gesamtindizes zusammenzufassen. Von Interesse könnte überdies der Versuch sein, wesentliche Aspekte des Gesundheitszustands in Form von Indizes abzubilden: Statt mit der Betroffenheit von einzelnen nicht-übertragbaren Krankheiten zu arbeiten, könnte beispielsweise ein Index entwickelt werden, der darüber Auskunft gibt, ob eine Person überhaupt von einem oder mehreren chronischen Leiden betroffen ist. Welche Indizes überhaupt gebildet werden können, hängt jedoch davon ab, welche Informationen in den auszuwählenden Datenquellen überhaupt vorliegen (vgl. Kapitel 3).

Spezifikation der Zusammenhänge

Ein weiter oben bereits erwähntes Problem bezieht sich auf die Frage nach der Spezifikation von Zusammenhängen. Sowohl bivariate Zusammenhänge als auch multivariate Modelle werden aus rechnerischen Gründen und in Ermangelung eindeutiger theoretischer Hypothesen in der Regel linear spezifiziert, obwohl in vielen Fällen nicht-lineare Zusammenhänge plausibel sind. So wird mit Blick auf die Gesundheitswirkungen von körperlicher Bewegung beispielsweise in der Regel von einer abflachenden Kurve ausgegangen, in der eine zusätzliche Steigerung der Aktivität keine proportionale zusätzliche Verbesserung der Gesundheit bringt. Stellenweise wird hier sogar ein Umschlagen der Gesundheitseffekte bei extrem hohen Trainingsbelastungen (degenerative Erkrankungen etc.) vermutet (vgl. WHO 2007c). Die entsprechenden Zusammenhänge müssten mit anderen Worten also – wenn möglich – nicht-linear spezifiziert werden. Hinweise auf nicht-lineare Effekte können dabei deskriptive, bivariate Analysen liefern.

Eine ähnliche Problematik ergibt sich im übrigen auch mit der Spezifikation von Interaktionseffekten in dem Sinne, dass verschiedene unabhängige Variablen nicht unabhängig voneinander wirken, sondern sich Folgen erst aus einem spezifischen Zusammenwirken verschiedener Faktoren ergeben. Auch solche Interaktionen werden in der methodologischen Literatur zwar breit diskutiert, in der Forschung werden sie jedoch nur selten thematisiert, weil in der Regel die theoretischen Grundlagen für eine angemessene Spezifikation fehlen. Auch hier wäre mit Blick auf ein verbessertes Hintergrundwissen jedoch eine systematische Analyse wünschenswert.

Analyse von ausgewählten Gruppen und Verwendung von "Kontrollvariablen"

An dieser Stelle gilt es schliesslich noch auf einen Spezialfall vieler Analysen hinzuweisen: Diese arbeiten zwar mit einem bivariaten Ansatz, der nur eine abhängige und eine unabhängige Variable verwendet (z.B. Bildungsstand und Lebenserwartung), die Resultate werden dann allerdings nach Geschlecht und Altersgruppe differenziert dargestellt. Diese Vorgehensweise entspricht zwar dem Standard in den Gesundheitswissenschaften, bringt aber das Problem mit sich, dass zwei Merkmale, die sowohl eine biologische als auch eine soziale Komponente haben, als "Confounder" verwendet werden. Grundsätzlich wäre es vorzuziehen, diese beiden Merkmale direkt in ein multivariates Verfahren zu integrieren, um ihre Effekte zu kontrollieren, doch läuft dieser Ansatz der weiter oben erwähnten Forderung nach einer einfachen (grafischen) Darstellung der Resultate zuwider.

In ähnlicher Weise stellt sich die Frage, ob die gesamte Bevölkerung oder vielmehr spezifische Subgruppen vertieft untersucht werden sollen. So wurde bereits weiter oben auf Lebenslauf-, Generationen- und Periodeneffekte verwiesen, die es nahe legen, ausgewählte Subgruppen gesondert zu untersuchen. In ähnlicher Weise hat in den vergangenen Jahren das Merkmal "Migrationshintergrund" in der schweizerischen Forschung verstärkte Aufmerksamkeit erregt, wobei gezeigt werden kann, dass die einfache Dichotomie "Schweizer/innen vs. Ausländer/innen" zu kurz greift, weil der Herkunftskontext, die Aufenthaltsdauer, die soziale Position etc. bei der Einschätzung von Migrationseffekten eine bedeutsame Rolle spielen. Auch hier wäre zu fragen, ob eine Spezifikation der Analysen nach speziellen Subgruppen der Migrationsbevölkerung, wie sie etwa im Rahmen des Projekts Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) des BAG vorgenommen wird (vgl. Stamm et al. 2012), sinnvoll und möglich ist. Von besonderem Interesse für ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist schliesslich die Identifikation und Analyse besonders vulnerabler Gruppen, wie sie etwa von Leu et al. (1997) oder Farago et al. (2005) mit Blick auf die Armutsberichterstattung und die Situation der "working poors" vorgeschlagen wurde (vgl. auch BFS 2011, 2012a).

Bei allen diesen Spezialanalysen dürfte sich jedoch das Problem stellen, dass die Fallzahlen in den verfügbaren Datenquellen zu gering für zuverlässige empirische Analysen sind. Selbst wenn für diese Fälle spezielle Zusammenhangsmasse und statistische Tests berechnet werden könnten¹⁷, dürfte sich hier doch die Frage nach der Aussagekraft der Befunde und einer übermässigen Komplizierung der Berichterstattung stellen. Sonderanalysen sollten daher auf relevante Indikatoren und Datensätze beschränkt werden, die einen ausreichenden Umfang haben (vgl. auch Kapitel 3). Denkbar wäre dabei die illustrative Durchführung ausgewählter Extremgruppenvergleiche, mit denen die Spannweite der ungleichheitsbedingten Unterschiede aufgezeigt werden könnte. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, Datenerhebungen mit vergleichbaren Fragestellungen zu einer grösseren Datenbasis zusammenzufassen (vgl. Abschnitt 3.2).

¹⁷ Für sehr kleine Stichproben existiert eine Reihe spezieller Teststatistiken, die in der Regel unter dem Titel "nicht-parametrische Tests" subsummiert werden (vgl. Bortz 1979, Bortz und Döring 1995). Mit Blick auf das geplante Monitoring sollten jedoch primär Datenquellen genutzt werden, bei denen die Fallzahlen ausreichend sind, um mit konventionellen Testverfahren zu arbeiten. Diese Anforderung wird im übrigen durch die Vorgabe von BFS und Obsan zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung unterstrichen, dass Angaben, die auf geringen Fallzahlen basieren nur unter Vorbehalt oder gar nicht dargestellt werden dürften.

2.5. Zusammenfassung: Herausforderungen an das Monitoring und erste Priorisierung von Merkmalen und Zusammenhängen

Aus dem Überlegen und Recherchen im Rahmen des ersten Projektteils ergeben sich verschiedene Herausforderungen für die Weiterarbeit und das Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Einen zentralen Stellenwert hat dabei das Problem, im Interesse einer übersichtlichen Analyse und Berichterstattung aus einer Vielzahl von grundsätzlich relevanten Zusammenhängen und Effekten diejenigen auszuwählen, die besonders bedeutsam und gesundheitspolitisch relevant sind. Einen Ansatzpunkt für diese Auswahl bieten zunächst das weiter oben dargestellte Modell sowie die vorliegende empirische Evidenz, die Hinweise darauf enthält, welche Dimensionen besonders relevant sind. Allerdings gilt es in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die Evidenz auch auf der internationalen Ebene lückenhaft ist, da sich empirische Analysen daran zu orientieren haben, welche Daten überhaupt vorhanden sind. Neben der Relevanz stellt daher die Datenverfügbarkeit ein wichtiges Selektionskriterium dar – insbesondere dann, wenn keine unbeschränkten zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung stehen, um neue Datenquellen zu entwickeln.

Könnte vor diesem Hintergrund im Rahmen eines Monitorings des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit nur ein Zusammenhang aufbereitet und dargestellt werden, so würde die Wahl im Lichte der internationalen Literatur wohl auf die bereits erwähnte Beziehung zwischen Schulbildung und Lebenserwartung (inkl. der Differenzierung nach Geschlecht und Altersgruppe) fallen. Dieser Zusammenhang ist auch für die Schweiz gut dokumentiert und zeigt erhebliche Mortalitätsunterschiede je nach Bildungsniveau (Bopp und Minder 2003, Faeh und Bopp 2010).

So überzeugend der Zusammenhang ausfällt, so greift die Beschränkung auf ihn zu kurz, wenn es darum geht, auf der Grundlage des Monitorings auch Erklärungen und Interventionsansätze zu formulieren (vgl. Meier et al. 2011, Frank und Haw 2011). Hier ist die Analyse einerseits auf konkrete Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken, andererseits auf die Faktoren, die zwischen den nachweisbaren Bildungs- und Mortalitätsunterschieden stehen, auszudehnen. Das geplante Monitoring sollte daher weitere Merkmale der sozialen Lage und der vermittelnden Ebenen ebenso mitberücksichtigen wie verschiedene abhängige Variablen des Gesundheitszustands und der Krankheitsrisiken.

Aufgrund der grossen Zahl an Merkmalen und Zusammenhängen drängt sich aus pragmatischen Gründen jedoch eine Beschränkung auf. Vor diesem Hintergrund enthält Tabelle 2.3 einen ersten Vorschlag für Aufteilung der weiter oben dargestellten Merkmale nach ihrer Relevanz für eine Monitoring der gesundheitlichen Ungleichheit in der Schweiz (vgl. insbesondere auch Cantoreggi 2010, Richter et al. 2011). Die linke Spalte der Tabelle enthält die Titel der verschiedenen Modellebenen aus Abschnitt 2.2, die mittlere diejenigen Merkmale aus Abschnitt 2.3, welche wir im Licht der theoretischen und empirischen Diskussion für besonders vielversprechend halten und die rechte Spalte alle übrigen Variablen, die als Ergänzung ebenfalls mitberücksichtigt werden könnten.

Einige Merkmale finden sich mit einem oder zwei Sternchen versehen sowohl in der mittleren als auch der rechten Spalte der Tabelle. Hier handelt es sich um Dimensionen, die ihrerseits intern differenziert sind und bei denen wesentliche Aspekte prioritär untersucht werden sollten, während weitere Teilmerkmale als Ergänzungen verwendet werden könnten. Beim Einkommen dürfte in unserer Einschätzung beispielsweise das Haushaltsäquivalenzeinkommen ein taugliches Mass darstellen, das in gewissen Fällen aber durchaus um Angaben zum Individualeinkommen oder gewissen Einkommenskomponenten (z.B. Anteil von Sozial- oder Rentenleistungen am Gesamteinkommen) ergänzt werden könnte. Besonders wichtig dürften diese Einschränkungen auf der Ebene der Lebensbedingungen und der abhängigen Variablen sein, damit die Berichterstattung nicht unübersichtlich wird.¹⁸

¹⁸ Im Extremfall wäre in Einklang mit vielen anderen Studien denkbar, ausschliesslich mit ausgewählten Merkmalen der sozialen Ungleichheit zu arbeiten und die intermediären Ebenen nicht zu berücksichtigen. Ein entsprechender Vorschlag soll jedoch, wenn überhaupt, erst nach der Sichtung der Datenquellen formuliert werden.

Tabelle 2.3: Eine erste Priorisierung von Merkmalen zur Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Prioritäre Merkmale</i>	<i>Weitere Merkmale</i>
soziale Lage, Ungleichheit	Bildung Arbeitsmarktintegration/-status (Haushaltsäquivalenz)einkommen* Geschlecht† Alter† Migrationshintergrund Wohnort: Region/Kanton*	Soziale Herkunft Beruf Einkommen** Wohlstand/Vermögen Wohnort: weitere Dimensionen**
Gesundheitsversorgung	Versicherungsstatus Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Arztbesuch*	Belastung durch Gesundheitskosten Inanspruchnahme: stationäre Behandlungen, Medikamentenkonsum**
Lebensbedingungen	Arbeitsbedingungen* Wohnsituation* Netzwerke/Integration* (soziales Kapital, Haushaltszusammensetzung) Weitere Ressourcen: Bewältigungsverhalten, Gesundheitskompetenz, soziale Unterstützung	Arbeitsbedingungen** Wohnsituation** Netzwerke/Integration** Weitere Belastungen (inkl. finanzielle Schwierigkeiten) Weitere Ressourcen: Konsumgüter
Lebensstil/Gesundheitsverhalten***	Tabakkonsum Körperliche Aktivität Ernährungsverhalten* präventive Inanspruchnahme: Arztbesuche	Alkoholkonsum Konsum illegaler Substanzen Ernährungsverhalten** Inanspruchnahme**
Gesundheitliche Ungleichheit****	Lebenserwartung* Spezifische Mortalitäten* Selbstwahrgenommene Gesundheit Nicht-übertragbare Krankheiten* Psychische Erkrankungen*	Spezifische Mortalitäten, Kinder-/Säuglingssterblichkeit** Psychische Erkrankungen, Lebenszufriedenheit** Nicht-übertragbare Krankheiten** Übertragbare Krankheiten Zahngesundheit Chronische Schmerzen Unfälle Invalidität Opfer von Gewalt

† Aufgrund der weiter oben erwähnten Probleme bei der Unterscheidung von biologischen und sozialen Effekten sollten diese Merkmale nicht isoliert, sondern nur in Zusammenhang mit weiteren Merkmalen verwendet werden; beim Alter stellt sich überdies die Frage, ob mit dem Lebensalter oder einer noch zu entwickelten Generationen-/Kohortenklassifikation gearbeitet werden soll.

* einfach messbare und besonders wichtige Teilaspekte; ** zusätzliche Aspekte; *** Übergewicht könnte, wie in Abschnitt 2.3 ausgeführt, sowohl auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens als auch bei den gesundheitlichen Ungleichheiten verortet werden.

Es gilt jedoch festzuhalten, dass ein Teil der in der Tabelle aufgeführten prioritären Merkmale möglicherweise ohnehin aus der Betrachtung fallen wird, weil sie in den vorhandenen Datensammlungen nicht verfügbar sind bzw. die Datensammlungen nicht so aufgebaut sind, dass sie eine Verknüpfung von abhängigen und unabhängigen Merkmalen erlauben: So finden sich etwa in der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) differenzierte Angaben zum Beruf und zur Arbeitssituation, da die

SAKE aber kaum Angaben zur Gesundheit enthält, scheidet sie – und mit ihr auch die in ihr erfassten Merkmale – für die Mehrheit der denkbaren Analysen aus (vgl. Abschnitt 3.1).¹⁹

Die Tabelle enthält noch keine Angaben zu den Zusammenhangsanalysen und Darstellungen. Wie in Abschnitt 2.4 erwähnt, bevorzugen wir für das geplante Monitoring in Anlehnung an Frank und Haw (2011)²⁰ und im Interesse der Nachvollziehbarkeit der Befunde bivariate Analysen und einfach aufgebaute grafische Darstellungen, wollen jedoch den Einsatz multivariater Verfahren an dieser Stelle nicht a priori ausschliessen. Die Verknüpfung der verschiedenen Modellebenen sowie innerhalb der verschiedenen Ebenen müsste auf jeden Fall an einem Beispiel exemplarisch dargestellt werden, um das in Abschnitt 2.2 eingeführte Modell zu illustrieren und die Relevanz von Ungleichheitseffekten zu demonstrieren. Die Bestimmung der konkreten Merkmale und Analysen ist jedoch Gegenstand der weiteren Arbeitsschritte.

¹⁹ Ein Matching von Merkmalen über verschiedene Datenquellen hinweg dürfte in der Regel nicht möglich sein; mit diesen Problemen wird sich der zweite Projektteil etwas ausführlicher beschäftigen.

²⁰ Frank und Haw (2011) formulieren zwei wesentliche Kriterien zur Auswahl von Massen und Indikatoren für das Monitoring gesundheitlicher Ungleichheit. Die Anforderung der Klarheit und Nachvollziehbarkeit ist dabei Teil des zweiten Kriteriums, während sich das erste Kriterium auf verschiedene Aspekte der Messung und Analyse bezieht (Vollständigkeit, Beziehung zur sozialen Determinanten, Beeinflussbarkeit durch Interventionen, keine "reverse causation" und angemessene Methoden).

3. Datenquellen, Indikatoren und Analysen

Im Zentrum des vorliegenden Kapitels steht eine kritische Bestandsaufnahme von existierenden Datenquellen, mit denen sich der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit entlang der im vorangehenden Kapitel diskutierten Dimensionen untersuchen lässt. Abschnitt 3.1 enthält zunächst einen Überblick über die verschiedenen uns bekannten Datenquellen zum Thema. Dieser zeigt, dass nur ein kleiner Teil für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit geeignet ist, da die Erfassung von Merkmalen der sozialen Lage, der Lebensbedingungen und Lebensstile in der Regel nicht oder nur teilweise erfolgt. Vor diesem Hintergrund enthält Abschnitt 3.2 einige Konkretisierungen zu den Lücken und Entwicklungsmöglichkeiten verschiedener Datenerhebungen, während sich Abschnitt 3.3 mit der Frage beschäftigt, auf welche bereits existierenden Analysen und Resultate ein Monitoring zurückgreifen könnte.

3.1. Verfügbare Datenquellen

In der Schweiz existieren verschiedene Datengrundlagen, die in der einen oder anderen Weise einen Bezug zur Gesundheit oder zur sozialen Ungleichheit haben. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat vor bald zehn Jahren ein "Inventar der Schweizer Gesundheitsdatenbanken" (vgl. Obsan 2004a, 2004b, 2006) erstellt und seither kontinuierlich gepflegt. Das Inventar umfasst gegenwärtig 59 schweizerische Datensammlungen, die unterschiedliche Aspekte der Gesundheit abdecken (vgl. Obsan 2010b sowie die Einträge unter: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/04.html>). Das Inventar bildet die Grundlage für den Überblick in den Tabellen 3.1 und 3.2. Es wurde allerdings in zweierlei Hinsicht ergänzt: Einerseits wurden einige Datensammlungen zusätzlich erfasst, die sich ebenfalls mit gesundheitsrelevanten Themen befassen, andererseits wurden Studien mitberücksichtigt, die sich für die allgemeine Analyse sozialer Lagen und struktureller Bedingungen eignen (vgl. auch Projektschritt 3). Der Überblick in den Tabellen 3.1 und 3.2 umfasst damit 86 Datensammlungen, die in denjenigen Fällen, in denen sie sehr ähnliche Schwerpunkte aufweisen, jedoch gemeinsam dargestellt werden.

Ein zentrales Resultat des Überblicks über die verschiedenen Datenquellen zeigt sich bereits in der Verwendung von zwei gesonderten Tabellen. Von den 86 Datensammlungen eignen sich u.E. nämlich nur rund 40 Prozent (33 Datensammlungen) für die Analyse von (Teil)aspekten der gesundheitlichen Ungleichheit und wurden daher in Tabelle 3.1 aufgenommen, die verschiedene Angaben zu Periodizität, Stichprobe und Inhalt der verschiedenen Erhebungen enthält. Dagegen gibt es drei Gründe, weshalb die übrigen Datensammlungen in die einfacher aufgebaute Tabelle 3.2 aufgenommen wurden:

- 17 Studien sind sehr spezifisch und setzen sich mit Teilaspekten der gesundheitlichen Ungleichheit wie etwa dem Bewegungsverhalten auseinander oder beziehen sich nur auf Teilstichproben und Regionen (z.B. Bus Santé). Diese Datenerhebungen könnten zwar für zusätzliche Studien im Rahmen des Monitorings verwendet werden, dürften in einer ersten Projektphase aber nicht den Kern der Berichterstattung ausmachen.
- 24 weitere Datenerhebungen dürften auch unter einer erweiterten Perspektive zu spezifisch für die Berichterstattung sein oder enthalten keinerlei brauchbaren Variablen zur Einschätzung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Dazu gehören etwa verschiedene Datenerhebungen zu Suchtmitteln, die Statistik des Alkoholverbrauchs oder allgemeine Finanzangaben. Ein Teil dieser Studien ist allerdings durchaus für eine allgemeine strukturelle Beschreibung der Gesundheitsversorgung im Sinne der Hintergrundbedingungen unseres analytischen Modells geeignet. Voraussetzung für die Verwendung dieser Studien zur Beantwortung analytischer Fragen zum Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit wären jedoch Erweiterungen in thematischer und inhaltlicher Hinsicht, die, wie in Abschnitt 3.2 zu diskutieren sein wird, in den meisten Fällen jedoch sehr aufwendig wenn nicht unmöglich sein dürften.

- Schliesslich enthält die Tabelle 12 Datensammlungen, die zwar unter dem Aspekt der Ungleichheit vielversprechend sind, mit Bezug zur gesundheitlichen Fragestellungen jedoch wenig ergiebig sind. Diese Datenquellen eignen sich ebenfalls zur Gewinnung allgemeiner Hintergrundangaben bezüglich Bevölkerungsstruktur und Ausmass der Ungleichheit (z.B. die Steuerdaten der ESTV oder die Bevölkerungsstatistik des BFS). Erweiterungen mit Blick auf die Gesundheit dürften bei diesen Datenquellen jedoch ebenfalls kaum möglich oder sinnvoll sein.

Demgegenüber sind die 33 in Tabelle 3.1 festgehaltenen Datenerhebungen nach unserer Einschätzung grundsätzlich für das Monitoring geeignet, wobei jedoch deutliche Unterschiede in ihrer Verwendbarkeit bestehen. Die Tabelle ist einerseits nach drei verschiedenen Arten von Studien gegliedert: In Teil A der Tabelle finden sich Datenerhebungen, die im wesentlichen auf Befragungen basieren und individuelle und Haushaltsmerkmale umfassen. Teil B enthält ebenfalls Studien mit Individual- und Haushaltsdaten, die jedoch durch den Rückgriff auf Administrativdaten gewonnen werden. Teil C ist schliesslich Studien gewidmet, die – in der Regel ebenfalls auf der Grundlage von Administrativdaten – aggregierte Merkmale enthalten.

Innerhalb dieser drei Blöcke wurden die verschiedenen Datenerhebungen nach der in der letzten Spalte aufgeführten Relevanz für das geplante Monitoring geordnet. Die Relevanz wurde dabei auf der Grundlage von drei Kriterien bestimmt, die in den Spalten 3 bis 5 zusammengefasst sind.

- Periodizität: Das erste Kriterium bezieht sich auf die Frage, ob und wie häufig eine Untersuchung wiederholt wird und seit wann sie verfügbar ist. Diese Frage ist mit Blick auf ein kontinuierliches Monitoring und die Konstruktion von Zeitreihen, die Aufschluss über Veränderung geben, von Bedeutung. Obwohl Untersuchungen, die in relativ kurzen Zeiträumen wiederholt werden, grundsätzlich vorzuziehen wären, gilt es zu berücksichtigen, dass sich die meisten Indikatoren kaum innerhalb von ein oder zwei Jahren substantiell verändern. Vor diesem Hintergrund dürften die relativ grossen Abstände zwischen den einzelnen Erhebungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des BFS kein grundlegendes analytisches Problem darstellen.²¹
- Fallzahl/Stichprobe: Ein weiteres Kriterium bezieht sich auf den Umfang der Datenerhebung. Da Vollerhebungen aufwendig sind, wird in der Regel auf Stichprobenerhebungen zurückgegriffen. Abgesehen davon, dass eine Stichprobe entweder repräsentativ für die gesamte Bevölkerung oder eine bedeutsame Teilgruppe sein sollte, stellt sich hier die Frage nach der verfügbaren Fallzahl. Dabei gilt: Je höher die Fallzahl, desto besser sind die Analysemöglichkeiten auf der Ebene ausgewählter Subgruppen. So ermöglicht beispielsweise die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) mit ihrer Stichprobe von über 100'000 Befragten Analysen von Teilgruppen der Arbeitslosen oder Arbeitssuchenden, während die Stichproben von etwas über 1000 Personen im European Social Survey und der SHARE-Studie des FORS oder dem Gesundheitsmonitor des gfs die Analysemöglichkeiten deutlich einschränken. Selbst bei grossen Stichproben stellt sich jedoch häufig das Problem, dass zu wenig Daten über besonders vulnerable Gruppen an den Rändern der Verteilung (z.B. Asylsuchende, Langzeitarbeitslose, kinderreiche Familien) vorhanden sind. Vor diesem Hintergrund gewinnen "Sonderstudien" wie etwas des GMM oder SHARE an Bedeutung.²²
- Merkmale: Das letzte und in gewissem Sinne wichtigste Kriterium ist die Verfügbarkeit von unabhängigen und abhängigen Variablen, die einen Bezug zur gesundheitlichen Ungleichheit im Sinne des in Kapitel 2 entwickelten Erklärungsmodells haben. Die umfangreichste Datenbasis mit Diagnosen und Behandlungsmerkmalen ist für Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit ungeeignet, wenn sie nicht eine Reihe von Ungleichheitsmerkmalen enthält, mit denen sich Unterschiede

²¹ Mit Blick auf ein kontinuierliches Monitoring sind die grossen zeitlichen Abstände zwischen den Erhebungen allerdings in dem Sinne ein Problem, dass Indikatoren nur alle fünf Jahre aktualisiert werden können.

²² Ein besonderes Problem stellt sich zudem bei den jüngeren Kindern: In der HBSC-Befragung werden Kinder ab 11 Jahren befragt und im SHP liegen zumindest Proxy-Angaben zu den kleineren Kindern vor. Eine umfassende Standortbestimmung der gesundheitlichen Lage von Kindern ist gegenwärtig jedoch nicht möglich.

untersuchen lassen. Umgekehrt leistet eine noch so differenzierte Bestandsaufnahme sozialer Lagen und unterschiedlicher Lebensbedingungen keinen Beitrag zur Frage nach der ungleichen Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen, wenn diese nicht ebenfalls erfasst werden. Wie der Überblick über die verschiedenen Datenerhebungen zeigt, erweist sich insbesondere die Verfügbarkeit von relevanten unabhängigen Merkmalen für viele Studien als wichtigstes Ausschlusskriterium: In vielen Fällen finden sich keine oder nur sehr wenige unabhängige Merkmale jenseits des Alters und des Geschlechts der Untersuchungspersonen, so dass diese gar nicht erst in Tabelle 3.1 aufgenommen wurden und sich stattdessen in Tabelle 3.2 finden oder in unserer Beurteilung nur untergeordnete Bedeutung haben.

Die Gesamteinschätzung der Tauglichkeit der verschiedenen Studien für das Monitoring auf der Grundlage der drei Kriterien ist, wie erwähnt, in der letzten Spalte von Tabelle 3.1 aufgeführt, wobei die Symbole "++" und "+" auf gut geeignete Datenerhebungen hindeuten, das Symbol "=" auf Datensammlungen, die sich für die Analyse gewisser Teilaspekte eignen und das Symbol "-" auf Studien, die in ihrem aktuellen Zustand nur bedingt oder nur für einige wenige Teilfragen verwendet werden können (vgl. auch Kästchen weiter unten).

Ein Blick auf Tabelle 3.1 zeigt, dass nur gerade zwei Studien – die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und das Schweizer Haushalt-Panel (SHP) – auf der Grundlage der drei Kriterien als höchst relevant eingeschätzt werden und zwei Pluszeichen erhalten. Drei weitere Datenerhebungen – Statistics on Income and Living Conditions (SILC), Swiss National Cohort (SNC), und Todesursachenstatistik (eCOD) wurden als sehr tauglich eingeschätzt (ein Pluszeichen), während die übrigen Datensammlungen mehr oder minder grosse Lücken oder Probleme aufweisen.

Das Hauptproblem der meisten Studien in den Teilen B und C von Tabelle 3.1 besteht dabei in fehlenden unabhängigen Merkmalen: Häufig existieren ausser dem Alter, dem Geschlecht und einer Variablen für den Kanton oder die Grossregion keine weiteren Angaben. Mit diesen Merkmalen lassen sich zwar bedeutsame Unterschiede im Gesundheitshandeln und Gesundheitszustand nachweisen, sie zielen jedoch am Zentrum der Diskussion um soziale Ungleichheit und Gesundheit vorbei. Eine weitere Limitierung vieler Datensammlungen bezieht sich auf beschränkte Fragestellungen, die bestenfalls Teilanalysen erlauben. Letztere sind zusammen mit geringen Fallzahlen der wichtigste limitierende Faktor verschiedener Befragungen in Teil A der Tabelle. In ihrer Aussagekraft noch stärker eingeschränkte Datenerhebungen finden sich, wie erwähnt, in Tabelle 3.2.

Dass verschiedene Datenerhebungen nicht oder nur bedingt für ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit geeignet sind, ist nicht weiter erstaunlich, wurden sie doch jeweils mit Blick auf einen anderen Verwendungszweck geschaffen. Selbst wenn die Fragestellungen dieser Untersuchungen stellenweise durchaus einen Bezug zur Ungleichheit haben, wird dieser Aspekt aus inhaltlichen, organisatorischen oder Kostengründen häufig nicht oder nur am Rande mitberücksichtigt. Wie im folgenden Abschnitt zu zeigen sein wird, sind gerade aus diesen Gründen Erweiterungen der verschiedenen Datenerhebungen problematisch.

Legende zu Tabelle 3.1:

In der letzten Spalte der Tabelle wird die Eignung der verschiedenen für ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit mittels der folgenden vier Symbole zusammengefasst:

- ++ sehr gut geeignet; Datenerhebung findet regelmässig statt, verfügt über eine grosse Stichprobe und eine Vielzahl an abhängigen und unabhängigen Merkmalen für die Analysen.
- + gut geeignet; einige Abstriche bezüglich Periodizität, Stichprobenumfang und verfügbaren Merkmalen müssen gemacht werden
- = teilweise geeignet; Die Datenerhebung enthält vielversprechende Elemente, erlaubt aber nur partielle Analysen; eine Weiterentwicklung der Datenerhebung wäre wünschenswert.
- nicht oder nur sehr bedingt geeignet; die Datenerhebung findet nicht regelmässig statt, verfügt über eine kleine Stichprobe und/oder erhält kaum geeignete Merkmale für die Analyse.

Hinweis: Die meisten Datenerhebungen, die mit einem "-" versehen wurden, finden sich in Tabelle 3.2.

Tabelle 3.1: Merkmale gesundheitsrelevanter Datensammlungen in der Schweiz

Datensammlung	Organisation	Periodizität	Fallzahl/ Stichprobe	Inhalt/Merkmale	Relevanz (++/+/=-)
A) Individual- und Haushaltsdaten (Befragungen)					
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	BFS	alle 5 Jahre seit 1992; aktuelle Erhebung: 2012	rund 20'000 Personen	soziodemographische Angaben, Arbeitssituation und Lebensbedingungen (inkl. Einkommen) und Belastungen Gesundheit: Einstellungen; Verhalten, BMI, chronische Beschwerden, Schmerzen, Unfälle, Depressivität, Medikamentenkonsum, Blutdruck, Cholesterin, Diabetes, Impfungen, Inanspruchnahme etc.	++
Schweizer Haushalt-Panel (SHP)	FORS	jährlich seit 1999; letzte verfügbare Welle: 2011	rund 3000 Haushalte mit rund 7'500 Personen (rund 5000 befragt)	Vielfalt an Haushalts- und individuellen Merkmalen (inkl. Einkommen) Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Veränderung, Zufriedenheit mit Gesundheit, versch. (chronische) gesundheitliche Probleme, Depressivität, Prämienvorbereitung etc.	++
Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC)	BFS	jährlich seit 2008	Rund 7000 Haushalte mit 17'000 Personen (rotierendes Panel über vier Jahre)	Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Einkommen, Wohnbedingungen, physisches und soziales Umfeld, soziale Beziehungen Gesundheitszustand, Zugang zum Gesundheitswesen zusätzlich jährliche Module mit unterschiedlichen Vertiefungen, (2013: Wohlbefinden)	+
Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	FORS, SHARE	alle zwei Jahre seit 2004.	Panelstudie mit rund 1000 über 50-jährigen Personen	Demographische Angaben, Beschäftigung, Rente, Einkommen und Vermögen, Wohnsituation Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, psychische Gesundheit, Gesundheitswesen Vergleichbarkeit mit verschiedenen anderen Ländern	=
Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI)	BFS	2008/09; unklar, ob die Studie wiederholt wird	ca. 1600 betagte Personen, knapp 3000 Proxy-interviews Personal	kann im Prinzip als Ergänzung der SGB für betagte Personen in Institutionen verwendet werden	=
Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM)	BAG, BFM	2004, 2010, nächste Datenerhebung unklar	rund 3000 Personen aus verschiedenen Teilstichproben der Migrationsbevölkerung	Verschiedene Fragen aus der SGB; kann als "migrationsspezifische Erweiterung" der SGB verwendet werden, weist jedoch aufgrund der speziellen Stichprobenziehung Limitierungen bezüglich der Repräsentativität aus.	=
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	Sucht Schweiz	alle vier Jahre seit 1986; letzte Erhebung: 2010	rund 10'000 Personen	"Gesundheitsbefragung" für 11- bis 15-jährige Kinder nur wenige unabhängige Variablen (Alter, Geschlecht, Haushaltsstruktur, Beruf der Eltern)	=

Tabelle 3.1 (Fortsetzung)

Datensammlung	Organisation	Periodizität	Fallzahl/ Stichprobe	Inhalt/Merkmale	Relevanz (++/+/=-)
ch x Jugendbefragungen	VBS; versch. Inst.	zwei- jährlicher Zyklus	rund 30'000 stellungspflichtig e Männer und 2'000 junge Frauen	ehemalige "Rekrutenbefragung" mit wechselnden thematischen Schwerpunkten; alle zwei Jahre "Kernindikatoren" (inkl. Gesundheit und Sport); 2002 Thema "Gesundheit" versch. Hintergrundmerkmale je nach Befragung unterschiedliche Gesundheitsvariablen	=
Haushaltsbudget- erhebung (HABE)	BFS	jährlich seit 2000	rund 3000 Haushalte pro Jahr	verschiedenen Haushaltsmerkmale (inkl. Haushaltseinkommen) Gesundheitskosten und Ausgaben für verschiedene "Gesundheitsgüter"	=
Schweizerische Arbeitskräfte- erhebung (SAKE)	BFS	(viertel)jähr- lich seit 1991	rund 105'000 seit 2010; vorher rund 35'000	Arbeitsmarktstatus, Arbeitssituation und -belastungen, Beruf, Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund, Einkommen subjektiver Gesundheitszustand, Krankheiten, Unfälle (nur 2 Wellen/Jahr)	=
European Social Survey (ESS)	FORS	alle zwei Jahre seit 2002	mindestens 1500 Personen	Alter, Geschlecht, Bildung, soziale Herkunft, Beruf, Einkommen, Migrationshintergrund Zufriedenheit, subjektiver Gesundheitszustand; 2004: verschiedene Gesundheitsfragen --> für internationale Vergleiche geeignet	=
Gesundheitsmonitor (Monitor der Gesundheitspolitik)	gfs	jährlich seit 1997	Rund 1200 Personen, nur Schweizer Stimmberechtigte	Alter, Geschlecht, Bildung Gesundheitsverhalten, Belastung durch Krankenkassenprämien, Informationsverhalten, Image der gesundheitspolitischen Akteure, Einstellungen gegenüber gesundheitspolitischen Forderungen, Bewertung des KVG. Jährlich wechselnde Schwerpunktthemen	=
Suchtmonitoring Schweiz	BAG	jährlich seit 2011	rund 11'000 Personen ab 15 Jahren	noch keine detaillierten Informationen verfügbar Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen	=
B) Individual- und Haushaltsdaten (Administrativdaten)					
Swiss National Cohort	BFS, ISPM ZH und BE	1990/2000 (jährliche Updates)	Verknüpfung von Todesursachen- statistik mit Volkszählungs- daten	Todesursachen und Datum nach Geschlecht, Alter, Bildung, Gemeinde --> Lebenserwartungsanalysen möglich	+
Statistik der Todesursachen und Todgeburten (eCOD)	BFS	laufend seit (1876) 1969 (elektro- nisch verfügbar)	Vollerhebung	Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde, Staatsan- gehörigkeit Todesursache (wesentliche Basis der National Cohort-Studie)	+

Tabelle 3.1 (Fortsetzung)

Datensammlung	Organisation	Periodizität	Fallzahl/ Stichprobe	Inhalt/Merkmale	Relevanz (++/+/=-)
Krebsepidemiologie (KE)	BFS	jährlich seit 1998 (BFS, 1983-1997: NICER)	Synthesestatistik gestützt auf 14 Krebsregister (19 Kantone)	Alter, Geschlecht, Wohnkanton Todesfälle, Neuerkrankungen	=
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	BFS	jährlich seit 1998	Daten aller Hospitalisierungen in den CH Krankenhäusern Vollerhebung: 99% der Krankenhäuser	Alter, Geschlecht, Wohnregion, Versicherungsart Diagnosen und Behandlung	=
Renten und Sachleistungen der Invalidenversicherung	BSV	laufend seit 1986	Administrativdaten	Geschlecht, Nationalität (Schweizer/Ausländer), Alter, Wohnkt. Gebrechen, Funktionsausfall, IV-Grad, Art der Massnahme, Betrag	=
Ärztereister FMH	FMH	jährlich seit 1930	Administrativdaten	Arbeitsorte und Art der Berufstätigkeit von Ärzten nach Geschlecht und Alter --> für Versorgungsgrad geeignet	=
Kosten-Leistung-Statistik (KoLe)	BAG	Pilotprojekt für den Zeitraum 2005-2008 steht vor dem Abschluss; Fortsetzung unklar	Individualdaten von rund 2 Mio. Versicherten aufgrund von Routinedaten der Krankenversicherungen	Alter, Geschlecht, Grossregion, Versicherungsverhältnis Angaben zu Leistungen und Kosten aus 25 Kostengruppen der Krankenversicherung	=
Unfallstatistiken UVG	Sammelstelle UVG	jährlich seit 1984	Vollerhebung aller UVG-Unfälle sowie Stichprobe	Geschlecht, Nationalität, Wirtschaftsbereich (Berufsunfälle) Berufs- und Nichtberufsunfälle: Art und Kosten	=
Obligatorisches Meldesystem für Infektionskrankheiten	BAG	laufend seit 1988	Vollerhebung mit Dunkelziffer (nicht-meldende Ärzte)	Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnort, Kanton ausgewählte Infektionskrankheiten	-
C) Aggregierte Daten					
Bundesbeiträge zur individuellen Prämienverbilligung	BAG	laufend seit 1996	kantonale Administrativdaten	Auf kantonaler Ebene aggregierte Angaben zu Prämienverbilligungen nach Haushaltsstruktur, Alter, Geschlecht, Kanton	=
Krankenversicherungsdatenbank	BAG	laufend seit 1996	aggregierte Daten der Krankenversicherungen	Versicherungsmodell, Alter, Geschlecht, Kanton	=
Daten- und Tarifpool santésuisse	SASIS AG	monatlich seit 2004	Administrativdaten der Versicherungen (ca. 60%)	aggregierte Angaben zu ambulanten Leistungen nach Geschlecht, Alter, Kanton, Tarif	=
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)	BFS	jährlich seit 1871	Vollerhebung	Wohnort, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit Todesfälle	-
Krankenhausstatistik (KS)	BFS	jährlich seit 1997	Vollerhebung	Anzahl Betten, Pflegeetage und Leistungen --> allenfalls zur Bestimmung des Versorgungsgrads nach Kanton	-

Tabelle 3.1 (Fortsetzung)

Datensammlung	Organisation	Periodizität	Fallzahl/ Stichprobe	Inhalt/Merkmale	Relevanz (++/+/=-)
Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause	BFS	jährlich seit 1997	Vollerhebung bei den Spitex-Anbietern	Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Klienten --> allenfalls zur Bestimmung des Versorgungsgrads nach Kanton	-
Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)	BFS	jährlich seit 1997	Vollerhebung	Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der betreuten Personen --> allenfalls zur Bestimmung des Versorgungsgrads nach Kanton	-
DataWareHouse CSS-Gruppe	CSS	laufend seit 1996	Administrativdaten	Leistungen und Versicherungsdeckung nach Alter, Geschlecht, Wohnort --> für umfassendes Monitoring wohl zu begrenzt	-
Daten Risikoausgleich	Gem. Einr. KVG	jährlich seit 1991	Daten der Versicherungen	aggregierte Kosten und Kostenbeteiligungen nach Geschlecht, Alter und Kanton	-
Datenpool Newindex & Schweizer Ärzte	Newindex AG	laufend seit 2004	Administrativdaten (Rechnungen)	"Schadenart" (Krankheit, Unfälle, Mutterschaft etc.) nach Alter, Geschlecht und Wohnregion	-

Tabelle 3.2: Weitere Datenquellen mit begrenzter Relevanz für ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit

Datensammlung	Organisation	Kommentar
A) Spezifische Datenerhebungen zur Gesundheit: Für Sonderanalysen und Erweiterungen teilweise geeignet		
Swiss Paediatric Surveillance Unit	BAG	
Sport Schweiz	Sportobservatorium	ggf. für gezielte Vertiefungen bezüglich sportlicher Aktivität; Studie 2013 enthält neu BMI
Mikrozensus Mobilität und Verkehr	BFS, ARE	allenfalls für gezielte Vertiefungen bezüglich Fortbewegung zu Fuss/mit dem Fahrrad
Bus Santé	HUG	gute Kombination von Mess- und Befragungsdaten, aber zu spezifisch, da nur Stadt Genf Gegenstand der Untersuchung ist
Omnibus 2011 des BFS	BFS	2011 enthielt der Omnibus ein Modul zum Bewegungsverhalten (GPAQ)
Schweizerische Ernährungserhebung	BAG	erste Durchführung erst 2014; weitere Durchführungen unklar.
Ernährungspanel Schweiz	ETH Zürich (Consumer Behavior)	Stichprobe mit rund 3'700 Personen; Fragen zu Ernährung und weiteren Lebensstilfaktoren; Projekt läuft seit 2010 für 5 Jahre.
Sentinella	BAG	kleine Stichprobe (150-250 Hausärzt/innen)
Datenerhebungen der IMS Health GmbH	IMS Health GmbH	ggf. könnte die alle 3 Jahre stattfindende Sekundärstatistik IMSHEALTH (Dichte von Leistungserbringern) verwendet werden
SAPALDIA	HUG Genf/ STHP Basel	bislang drei Wellen 1991, 2002, 2010 mit ursprünglich knapp 10'000 Personen; könnte für vertiefende Längsschnittanalysen von Interesse sein.
Befragung Gesundes Körpergewicht von Gesundheitsförderung Schweiz	Gesundheitsförderung Schweiz	Befragung zu Ernährung und Gewicht; bislang drei Wellen (2006/2009/2012) mit jeweils über 1000 Befragten.
BMI-Monitoring von Gesundheitsförderung Schweiz	Gesundheitsförderung Schweiz	Analyse von Messungen bei Schulkindern; Kernprojekt in Bern, Zürich und Basel-Stadt; periodische Erweiterung auf weitere Städte und Kantone

Tabelle 3.2 (Fortsetzung)

Datensammlung	Organisation	Kommentar
B) Zu spezifische Gesundheitsthemen und/oder keine Angaben zum Zusammenhang soziale Lage – Gesundheit; teilweise verwendbar für die Darstellung allgemeiner Strukturen		
Nationale Methadon-Statistik	BAG	
Patientendatenbank Heroingestützte Behandlung	BAG	
Betäubungsmittelsstatistik	fedpol	
act-info – Bereich ambulante psychosoziale Suchthilfe; Basisstatistik	BAG, Sucht Schweiz, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung	
HIV-Kohortenstudie	CHUV	
Medizinalberuferegister	BAG	
Eidgenössische Medizinalprüfungen	BAG	
SRK – Ausbildungsabschlüsse	SRK	
Aufsichtsdaten über die Krankenversicherer	BAG	teilweise allgemeine Strukturdaten
FINMA Insurance Reporting and Supervising Tool	FINMA	teilweise allgemeine Strukturdaten
Zentrales Dosisregister	BAG	
Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	BFS	Synthesestatistik, teilweise allgemeine Strukturdaten
Statistik diagnosebezogener Fallkosten	BFS	
Medizinisches Informationssystem der Armee (MEDISA)/Informationssystem der Militärversicherung	VBS, SUVA	
Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung	BFS	
Statistik des Schwangerschaftsabbruchs	BFS	
Swiss Teratogen Information Service	STIS	
Opferhilfestatistik	BFS	
Strassenverkehrsunfälle	ASTRA	teilweise allgemeine Strukturdaten
LIK, Spitaltarif-Index, Krankenversicherungsprämien-Index	BFS	
Politische Statistik	BFS	teilweise allgemeine Strukturdaten
Alkoholverbrauch	Eidg. Alkoholverw.	teilweise allgemeine Strukturdaten
Schweizer Nährwertdatenbank	BAG	
C) Spezifische "Ungleichheitsfragen" ohne oder nur mit sehr geringem Bezug zur Gesundheit: geeignet für allgemeine Diskussion der Ungleichheit oder allenfalls, um Gesundheitsfragen zu ergänzen		
Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP)	BFS	Nachfolgerhebung zur Volkszählung auf der Grundlage von Registerdaten
Bevölkerungsszenarien	BFS	
Einkommens- und Vermögensstatistik Steuerdatenerhebung	Eidg. Steuerverwaltung BFS	Als Illustration für die Vermögens- und Einkommensverteilung von Interesse
Finanzstatistik der Sozialhilfe, Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit, soziale Sicherheit und Arbeitsmarkt, Statistik über Sozialhilfeempfänger/innen in der Schweiz	BFS	
Schweizerische Lohnstrukturerhebung	BFS	
Finanzstatistik der öffentlichen Verwaltung	EFV	
Betriebszählung	BFS	
International Social Survey Programme (ISSP)	FORS	2011Modul Gesundheit; interessant für internationale Vergleiche

3.2. Stärken, Lücken und Entwicklungspotentiale der Datenerhebungen

Wie in Abschnitt 3.1 erwähnt, erscheinen uns gegenwärtig nur fünf existierende Datenerhebungen sehr gut für das Monitoring geeignet.²³ Auch diese Quellen weisen jedoch eine Reihe von Limitierungen und Potentialen auf, die im folgenden kurz diskutiert werden sollen, bevor auf die Entwicklungsmöglichkeiten der übrigen Datenerhebungen in den Tabellen 3.1 und 3.2 eingegangen wird.

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB/BFS, vgl. Tabelle A1)

- **Stärken:** Die SGB ist die wichtigste Befragung zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand in der Schweiz (vgl. BFS 2005, 2009, 2010, 2012b). Obwohl sie nur alle fünf Jahre durchgeführt wird, enthält sie eine Vielzahl an relevanten Angaben zu allen Ebenen des in Kapitel 2 entwickelten Modells. Selbst wenn mit Bezug zu den Lebensbedingungen einige Lücken existieren, eignet sie sich damit nicht zuletzt für multivariate Analysen.
- **Schwächen:** Wie andere Befragungen enthält die SGB lediglich Äusserungen über Verhaltensweisen und gesundheitliche Probleme. Die Angaben zur Prävalenz verschiedener Erkrankungen müssen daher vorsichtig interpretiert werden. Da überdies verschiedene der erfassten Erkrankungen verhältnismässig selten sind, lassen sie sich aufgrund geringer Fallzahlen trotz einer Gesamtstichprobe von rund 20'000 Personen kaum nach spezifischen Subgruppen untersuchen. Probleme mit der Fallzahl können sich auch ergeben, wenn gewisse unabhängige Merkmale zu fein differenziert werden sollen (z.B. Herkunftsregion von Migrant/innen; Personen mit einem Haushaltseinkommen unterhalb der SKOS-Grenzen).
- **Entwicklungspotential:** Eine substantielle Erweiterung von Befragungsinstrument und Stichprobe der SGB scheint ebenso unrealistisch wie eine Verkürzung der Abstände zwischen den einzelnen Befragungen. Eine weitere Limitierung der SGB besteht darin, dass sie sich auf 15-jährige und ältere Personen bezieht, die telefonisch und schriftlich in einer der Landessprachen befragt werden können. Hier existiert jedoch eine Reihe von indirekten Erweiterungsmöglichkeiten durch den Rückgriff auf Studien, die mit speziellen Bevölkerungsgruppen durchgeführt wurden, aber einen sehr ähnlichen Fokus haben wie die SGB:
 - Die Studie Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC/Sucht Schweiz) stellt eine Art "Gesundheitsbefragung" für 11- bis 15-jährige Kinder dar, ist jedoch bezüglich der unabhängigen Variablen der sozialen Lage nicht sehr ergiebig.
 - Das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM/BAG, BFM) nimmt wesentliche Dimensionen der SGB auf und befragt damit Stichproben der Migrationsbevölkerung in ihren Landessprachen; Generalisierungen sind allerdings schwierig, weil nur ausgewählte Teilpopulationen befragt werden.
 - Mittels der Studie "Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) wurde die Lücke bezüglich Personen in Altersheimen etc. zu schliessen versucht. Da unklar ist, ob die Studie wiederholt werden wird, muss ihre Verwendbarkeit für das Monitoring gegenwärtig kritisch beurteilt werden.
 - Ebenfalls mit älteren Personen befasst sich die SHARE-Studie, die auf einem Panel-Design basiert, eine Vielfalt von Daten zu den verschiedenen Aspekten unseres Modells enthält und zudem internationale Vergleiche erlaubt. Dass die Studie (noch) nicht in die Gruppe der Datenerhebungen mit hoher Priorität aufgenommen wurde, hängt einerseits mit der verhältnismässig kleinen Stichprobe von rund 1000 Personen, andererseits mit vorderhand noch nicht verfügbaren Resultaten zusammen.

²³ Ein detaillierter Überblick über die in den Untersuchungen vorhandenen Merkmale findet sich in den Tabellen A1 bis A4 im Anhang.

Schweizer Haushalt-Panel (SHP/FORS, vgl. Tabelle A2)

- **Stärken:** Beim SHP handelt es sich um die einzige grosse Panel-Studie in der Schweiz, welche die Gesamtbevölkerung bzw. die Gesamtheit der Haushalte zum Gegenstand hat. Sie umfasst eine Vielzahl von Haushalts- und individuellen Merkmalen, die sowohl in einem Querschnitt- als auch in einem Längsschnittdesign mit verschiedenen Kontext-, Wahrnehmungs- und Verhaltensaspekten verknüpft werden können.
- **Schwächen:** Gesundheit ist kein Kernthema des SHP, doch es existieren einige relevante Merkmale (subjektiver Gesundheitszustand, chronische Leiden, psychische Probleme, Arztbesuche, Hospitalisierungen). Analytische Probleme können sich beim SHP insbesondere bei Panelanalysen aufgrund der Fallzahl ergeben. Zudem dürfen die Möglichkeiten des SHP zur kausalen Bestimmung des Gesundheitszustands über die Zeit nicht überbewertet werden, da Erkrankungen, die eine lange Entstehungszeit haben, mit den Daten nicht untersucht werden können. Dagegen ist eine Analyse der in Kapitel 2 mehrfach erwähnten negativen Feedbackschleife von einem schlechten Gesundheitszustand zur sozialen Ungleichheit grundsätzlich möglich.
- **Entwicklungspotential:** Eine Erhöhung der Stichprobe wäre wünschenswert, um Möglichkeiten für erweiterte Analysen auf der Ebene von Subgruppen zu schaffen; eine gezielte Erweiterung des Fragebogens mit Blick auf gesundheitliche Fragestellungen dürfte angesichts des bereits sehr umfangreichen Instruments nicht möglich sein.

Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC/BFS, vgl. Tabelle A3)

- **Stärken:** In SILC werden über weite Strecken ähnliche Merkmale wie im SHP erhoben. Besondere Stärken der Untersuchung beziehen sich auf eine differenzierte Erhebung des Einkommens, die vergleichsweise grosse Stichprobe und die über weite Strecken gegebene internationale Vergleichbarkeit, da das Projekt ebenfalls auf der Ebene der EU durchgeführt wird. Da es sich bei SILC um ein vierjähriges, rotierendes Panel handelt, sind auch (kurzfristige) Verlaufsstudien möglich.
- **Schwächen:** Da Gesundheit kein Kernthema der Befragung ist, werden ähnlich wie im SHP nur einige wesentliche Dimensionen (subjektiver Gesundheitszustand, chronische Krankheiten, Arztbesuche, BMI) erhoben. Die vierjährige Dauer des Panels dürfte sich nur bedingt für die Analyse von Gesundheitseffekten eignen.
- **Entwicklungspotential:** SILC beinhaltet die Möglichkeit für jährlich wechselnde thematische Vertiefungsmodule. Im Jahr 2013 wird etwa das auch aus einer gesundheitlichen Perspektive interessante Modul "Wohlbefinden/materielle Entbehrungen/Verschuldung" durchgeführt werden. Es wäre zu prüfen, welche Möglichkeiten für ein vertiefendes Gesundheitsmodul bestehen.

Swiss National Cohort (SNC/BFS, ISPM ZH und BE) und Todesursachenstatistik (eCOD, BFS, vgl. Tabelle A4)

- **Stärken:** Die Todesursachenstatistik eCOD erfasst kontinuierlich fast alle Todesfälle in der Schweiz und enthält überdies verschiedene Hintergrundmerkmale der Verstorbenen; im Rahmen der SNC-Studie werden die Angaben aus eCOD um zusätzliche Merkmale aus den Volkszählungen 1990 und 2000 ergänzt, womit erweiterte Analysen des Zusammenhangs zwischen Todesursache/ Lebenserwartung und sozialem Hintergrund möglich werden. Zudem wurden dem SNC in den vergangenen Jahren weitere Datenquellen hinzugefügt, so dass mittlerweile beispielsweise auch Analysen auf der Ebene von Gemeinden, Quartieren und sogar einzelnen Gebäuden möglich sind. SNC und eCOD sind die beiden zentralen Schweizer Datenquellen zur Bestimmung und Analyse der Lebenserwartung. Die Befunde sind zudem international vergleichbar.

- Schwächen: Ein Problem besteht darin, dass das "Matching" zwischen Volkszählung, weiteren Datenquellen und eCOD aufwendig und mit gewissen Fehlerquellen behaftet ist; zudem existieren noch keine Updates mit den neuen Bevölkerungsdaten aus der neuen Registererhebung STATPOP. Die intermediären Ebenen des in Kapitel 2 vorgestellten Ungleichheitsmodells werden in eCOD nicht und im SNC nur ansatzweise berücksichtigt, weshalb keine Detailanalysen der Todesursachen möglich sind.
- Entwicklungspotential: Eine Verbesserung/Vereinfachung des Matchingalgorithmus dürfte aus Datenschutzgründen ebensowenig möglich sein wie eine weitreichende Ergänzung der im SNC enthaltenen unabhängigen Merkmale. Letzteres wäre nur dann möglich, wenn die neue registergestützte Erhebung von Bevölkerungsdaten (STATPOP) um zusätzliche Merkmale ergänzt würde oder zusätzliche Datenquellen verwendet würden, die in der Regel jedoch ebenfalls limitiert sind (Fallzahlen, Inhalt). Vielversprechend scheinen hier auf den ersten Blick zwar ausgewählte Versicherungsdaten, wie sie etwa in der Ko-Le-Statistik, dem Datenpool von Santésuisse oder der medizinischen Statistik der Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Wie die Tabellen 3.1 und 3.2 zeigen, sind diese Datenquellen mit Blick auf Fragen der Ungleichheit jedoch nicht sehr ergiebig und müssten zunächst erweitert werden. Ob sich dieser Aufwand lohnt, wenn man in Rechnung stellt, dass sich anschliessend wieder verschiedene Probleme bei der Zusammenfügung der Daten stellen, ist fraglich (siehe auch weiter unten).²⁴

Der Überblick macht deutlich, dass die verschiedenen Datenerhebungen nur sehr begrenzt weiter ausgebaut werden können. Zu prüfen wäre allerdings, welche Möglichkeiten bestehen, unterschiedliche Datenerhebungen mit vergleichbaren Fragestellungen zu einem grösseren Datensatz zusammenzufassen, damit zusätzliche Analysen auf der Ebene ausgewählter Bevölkerungsgruppen möglich werden (z.B. ausgewählte Herkunftsregionen der Migrationsbevölkerung; vulnerable Gruppen). Denkbar wäre etwa, Teile der SGB, des GMM, der SILC-Studie und allenfalls der SAKE zusammenzufassen, was durch das neue SHAPE-System des BFS zur identischen Erfassung von Schlüsselmerkmalen vereinfacht wird. Die Möglichkeiten und Implikationen (Gewichtungsfaktoren etc.) einer derartigen Operation müssten jedoch mit den Spezialisten des BFS diskutiert werden.

Entwicklungsmöglichkeiten weiterer Datenerhebungen

Die Bemerkungen zur SNC-Studie führen zur Frage, welche Vorkehrungen bei den übrigen Datenerhebungen getroffen werden könnten, damit sie für ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit besser nutzbar wären. Dazu gilt es einleitend festzuhalten, dass es aus verschiedenen Gründen weder sinnvoll noch möglich ist, über siebzig Datenerhebungen so auszubauen, dass sie verschiedenen Aspekten der gesundheitlichen Ungleichheit Rechnung tragen:

Erstens kann festgehalten werden, dass ein Monitoring, das eine grosse Menge verschiedener Datenquellen verwendet, sehr schwierig zu koordinieren wäre und wohl auch unübersichtlich würde. Wenn wir von den oben diskutierten fünf Datenerhebungen ausgehen, wäre zu fragen, welche zusätzlichen Studien tatsächlich notwendig sind, um allfällige Lücken zu schliessen. Diese Frage wird im dritten Projektschritt zu beantworten sein.

Zweitens sind verschiedene Datenerhebungen bereits sehr gut auf ihren spezifischen Untersuchungsgegenstand abgestimmt und lassen sich kaum erweitern, ohne diese Grundfragestellung zu gefährden, wobei gleichzeitig fraglich ist, ob sie in einer erweiterten Version tatsächlich zu einer Qualitätssteigerung des Monitorings beitragen würden. Dieser Hinweis trifft auf viele der in Tabelle 3.2. aufge-

²⁴ Relevante Daten werden in diesem Zusammenhang grundsätzlich durch das SHARE-Panel erhoben, das über 50-jährige Personen über längere Zeit periodisch befragt und im Todesfall sogar Interviews mit den Hinterbliebenen anstrebt. Da in der Schweiz gegenwärtig nur 1000 Personen zur Stichprobe gehören, dürfte die Aussagekraft der Studie begrenzt sein.

fürten Studien zu. Ein Beispiel für die Probleme ist der Mikrozensus Mobilität und Verkehr: Die Datenerhebung ist sehr aufwendig und die zusätzliche Berücksichtigung von spezifischen Gesundheitsfragen würde die Datenerhebung wohl über Gebühr belasten. Selbst wenn eine solche Erweiterung möglich wäre, ist zudem fraglich, ob die Resultate deutlich über das hinausgehen, was bereits mittels anderer Datenerhebungen wie der SGB oder des SHP festgestellt werden kann. Eine Erweiterung des thematischen Fokus scheint hier wie auch bei verschiedenen anderen Studien daher wenig sinnvoll.²⁵

Drittens gibt es eine Reihe von Datenerhebungen, bei denen Erweiterungen grundsätzlich vielversprechend, aber kaum machbar sind. Gerade bei den Datenerhebungen, welche auf Administrativdaten basieren, wären zusätzliche unabhängige Variablen wünschenswert, doch dürfte es nicht oder nur mit sehr grossem Aufwand möglich sein, solche zusätzlichen Informationen zu gewinnen.²⁶ In verschiedenen Fällen müssten die grundsätzlichen Erhebungs- und Erfassungsinstrumente angepasst werden, was im Falle von Versicherungsdaten auch zu Datenschutzproblemen führen könnte, wenn zusätzliche persönliche Merkmale erfasst werden sollen. Alternativ könnte ähnlich wie beim SNC auf Daten aus anderen Quellen zurückgegriffen werden, wobei die Erfahrungen des SNC und der KoLe-Statistik, die ebenfalls verschiedenen Datenerhebungen verbindet, zeigen, wie aufwendig dieses Verfahren ist.

Werden diese drei Einschränkungen berücksichtigt, so bleibt nur eine kleine Gruppe von Studien, die sich ohne grösseren Aufwand so erweitern lassen, dass für das Monitoring ein deutlicher Mehrwert resultieren würde. Dazu gehören etwa die HBSC-Studie (Erweiterung um zusätzliche Merkmale der sozialen Herkunft und der sozialen Status der Eltern) oder die SAKE (allenfalls Einschluss einiger weiterer Fragen zum Versicherungsverhältnis und Gesundheitszustand), während durchaus wünschenswerte Erweiterungen beim GMM oder der SHARE-Studie (zusätzliche/grössere Stichproben) oder bei der medizinischen Statistik der Krankenhäuser sowie Sonderstudien zu jüngeren Kindern und besonders vulnerablen Gruppen in die oben erwähnte Gruppe der sehr aufwendigen Ergänzungen fallen dürften. Ob sich ein solcher Aufwand tatsächlich lohnen würde, lässt sich erst beurteilen, wenn die effektive Ausrichtung und der Umfang der Berichterstattung im geplanten Monitoring geklärt sind (vgl. Kapitel 4 und 5).

3.3. Datenverwendung in anderen Monitoringsystemen

Eine weitere wichtige Frage, die sich in Zusammenhang mit den existierenden Datenerhebungen stellt, bezieht sich darauf, wie diese aktuell genutzt werden und ob auf ihrer Grundlage bereits regelmässig über wesentliche Aspekte des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit berichtet wird. Der vorliegende Abschnitt beschäftigt sich mit anderen Worten mit den Analysen und Berichten in Zusammenhang mit einem "Gesundheitsmonitoring" im weitesten Sinne, an welche das geplante Monitoring anschliessen könnte. Dabei gehen wir nicht auf Einzelstudien zu den verschiedenen Datenerhebungen ein, sondern beschränken uns auf Versuche, die verschiedenen Resultate in einen Monitoringansatz zu integrieren.

Bundesamt für Statistik

Schon aus den Tabellen 3.1 und 3.2 ist ersichtlich, dass das BFS in der Schweiz eine zentrale Rolle bei der Erhebung und Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Daten spielt. Zu verschiedenen in den Tabellen aufgeführten Datensammlungen erfolgt seitens des BFS eine regelmässige Berichterstattung mittels (Web)publikationen. Besonders wertvoll ist im Zusammenhang mit Fragen der gesundheitl-

²⁵ In die Gruppe dieser Studien fallen u.E. neben den in Tabelle 3.2 aufgeführten Datenerhebungen auch die meisten Datenerhebungen aus Tabelle 3.1, die mit einem "=" oder einem "-" versehen wurden.

²⁶ Zu dieser Gruppe gehören die folgenden Datenerhebungen: eCOD, KE, MS, KoLe, Unfallstatistik, Meldesystem Infektionskrankheiten, Prämienverbilligung (vgl. Kägi et al. 2012), Datenpool Santésuisse und Newindex, BEVNAT, DataWareHouse CSS, Risikoausgleich.

ichen Ungleichheit das auf CD verfügbare Standardtabellenprogramm zur SGB (BFS 2009), in dem die Zusammenhänge einer Vielzahl von Merkmalen mit dem Alter, dem Geschlecht und dem Bildungsniveau dokumentiert ist.

Zudem werden wichtige Indikatoren auf der Website des BFS (www.bfs.admin.ch > Themen > Gesundheit) publiziert, wobei die Daten in aller Regel auch in Form von Excel-Files zur Verfügung gestellt werden: Die Berichterstattung umfasst alle Themenbereiche, zu denen das BFS Datenerhebungen durchführt.²⁷ Die meisten dargestellten Indikatoren werden – soweit möglich – nach Altersgruppe und Geschlecht differenziert, stellenweise finden sich auch Unterschiede nach Region und Bildungsniveau. Unter den Themenbereichen "Bevölkerung", "soziale Sicherheit" und "wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung" finden sich zudem weitere relevante Information zum Ausmass sozialer Ungleichheit, spezifischen Gesundheitsfragestellungen (z.B. Lebenserwartung, Krankenversicherungen) und strukturellen Bedingungen (Bevölkerungsaufbau, Arbeitsmarkt).

Eine besondere Informationsressource des BFS stellen die 67 Integrationsindikatoren dar, von denen sich acht auf die Gesundheit beziehen und die nach Möglichkeit jeweils nach Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Migrationshintergrund differenziert werden.²⁸ Erwähnenswert ist überdies MONET (Monitoring der nachhaltigen Entwicklung), das insgesamt fünf Gesundheitsindikatoren enthält.²⁹ Im Gegensatz zu den oben aufgeführten Indikatorensammlungen enthält MONET jedoch keine regionalen oder sozialen Differenzierungen. Ähnliches gilt für die 37 vom BFS aufbereiteten "Legislaturindikatoren", die mit Blick auf die Gesundheit Angaben zu den Kosten des Gesundheitswesens und den Gesundheitskosten pro Kopf enthalten.³⁰

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass die Berichterstattung des BFS zum Thema Gesundheit breit angelegt, aber etwas unübersichtlich ist: Die Angaben finden sich in unterschiedlichen Themenbereichen und es existiert keine umfassende Publikation zu den verschiedenen Studien. Zudem geht die Berichterstattung erst ansatzweise auf Fragen des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit ein. Das Standardtabellenprogramm der SGB enthält zwar unter anderem Zusammenhänge mit der Schulbildung, doch finden sich diese Informationen ausschliesslich auf einer CD, welche die meisten Interessierten wohl kaum zur Hand haben. Zudem werden Fragen des Zusammenhangs zwischen Lebensbedingungen und Gesundheit nur in einigen ausgewählten Spezialpublikationen angeschnitten.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Das Obsan nimmt Datenanalysen in den Kompetenzbereichen "Kosten/Finanzierung", "Inanspruchnahme", "Gesundheitsberufe/Versorgung", "psychische Gesundheit" sowie "Gesundheitsförderung/Prävention" vor und verwendet dabei verschiedene Datenquellen, welche in Abschnitt 3.1 vorgestellt wurden. Die Resultate werden der (Fach)öffentlichkeit in Form von (Web)publikationen (vgl. z.B.

²⁷ Es finden sich Indikatoren zu den folgenden Bereichen: Gesundheitszustand; Gesundheit im Alter, chronische und Berufskrankheiten (Prävalenzen auf der Grundlage der SGB), Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten, Unfälle, Behinderungen, Gesundheitsverhalten (Tabak, BMI, Arbeitsbedingungen), Sterblichkeit/Todesursachen, Gesundheitsdienste und Personal (inkl. Spitäler), Leistungen und Inanspruchnahme.

²⁸ Vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.html>. Die Gesundheitsindikatoren beziehen sich auf "Aktivitätseinschränkungen seit mindestens 6 Monaten", "soziale Unterstützung: Vertrauensbeziehungen", "selbst wahrgenommener Gesundheitszustand", "Zugang zu medizinischen Leistungen", "dauerhafte gesundheitliche Probleme", "Einsamkeitsgefühle", "Säuglingssterblichkeit" und "körperliche Inaktivität".

²⁹ Vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/21/02/01.html> ; MONET enthält die folgenden Gesundheitsindikatoren: "Lebenserwartung bei guter Gesundheit", "psychisches Wohlbefinden", "körperliche Aktivität", "Übergewicht", "Gesundheitsausgaben".

³⁰ Die 37 Legislaturindikatoren stammen aus einem grösseren Set von rund 150 Indikatoren, die nicht öffentlich zugänglich sind. Die Indikatoren scheinen aber auch verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens zu enthalten (vgl. BK/BFS 2012).

Obsan 2010a) zur Verfügung gestellt. Ähnlich wie beim BFS finden sich überdies knapp 50 Gesundheitsindikatoren auf der Website des Obsan (www.obsan.ch > Monitoring und Daten). Ein periodisch erscheinender Gesundheitsbericht rundet das Informationsangebot ab.

Die auf der Website des Obsan verfügbaren Indikatoren werden in der Regel nach Alter, Geschlecht und Wohnkanton differenziert dargestellt. Die meisten Indikatoren finden sich in ähnlicher Form auch beim BFS, doch stellen der übersichtliche Aufbau der Berichterstattung und die Kantonsperspektive einen Mehrwert dar. Zudem existieren beim Obsan einige Indikatoren – insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit und bei den nicht-übertragbaren Krankheiten – die vom BFS nicht dargestellt werden. Auch für das Obsan gilt jedoch, dass die gesundheitliche Ungleichheit und die Lebensbedingungen nur partiell thematisiert werden.

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das BAG berichtet primär über seine eigenen Datenerhebungen und verfügt über verschiedene eigene Indikatorensysteme, die für das vorliegende Projekt von Bedeutung sein könnten:

- Das Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB) enthält eine Reihe von Angaben zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Auch hier existieren gewisse Überschneidungen mit der Berichterstattung von BFS und OBSAN, doch verschiedene Indikatoren wurden zusätzlich nach Migrationshintergrund ausgewertet.
- Unter dem Titel "Suchtmonitoring" wird in erste Linie über die Resultate der gleichnamigen Studie berichtet, Detailinformationen über den Umfang der Berichterstattung liegen jedoch noch nicht vor.
- Das Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung sowie die Krankenversicherungs-, Prämien- und Spitalstatistiken enthalten Daten, welche nach Kantonen differenziert werden und sich für eine allgemeine Beschreibung des Schweizer Gesundheitssystems eignen, aber jenseits der Regionalisierung kaum Aussagen mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit erlauben. Viele dieser Daten liegen lediglich in Form von (Web)publikationen vor.

Aufgrund der verschiedenen Studien und Indikatorensysteme gilt für die Berichterstattung des BAG Ähnliches wie für das BFS: Eine Gesamtdarstellung fehlt und die Informationen sind stellenweise nur schwer zu finden.

Bundesamt für Sport (BASPO)

Das vom BASPO ins Leben gerufene Observatorium Sport und Bewegung Schweiz verfügt über eine Website (www.sportobs.ch), auf der über rund 50 Indikatorengruppen berichtet wird. Zudem sind dort verschiedene Sonderstudien erhältlich. Der enge Fokus auf Sport und körperliche Bewegung führt dazu, dass nur ein geringer Überlappungsbereich mit dem geplanten Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit besteht. Mit Bezug zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und dem Ausmass körperlicher Bewegung/sportlicher Aktivität sind jedoch ergänzende Resultate vorhanden (vgl. Lamprecht und Stamm 2006, Lamprecht et al 2008).

Für alle aufgeführten Organisationen gilt, dass sie in der Regel nur über die Resultate bivariater und deskriptiver Analysen berichten³¹, während multivariate Analysen höchstens in speziellen Publikationen verwendet werden. Diese dürfte nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass sich die Berichterstattung an ein Publikum wendet, das nicht notwendigerweise statistisch geschult ist und daher auf einfach nachvollziehbare Analysen und Resultate angewiesen ist.

³¹ Stellenweise werden drei Variablen miteinander kombiniert: Alter und Geschlecht als unabhängige Merkmale sowie eine abhängige Variable. Komplexere Analysen finden sich in verschiedenen Zusatzberichten.

Das Interesse an einer einfachen und leicht nachvollziehbaren Darstellung der Resultate dürfte im übrigen erklären, weshalb die Lebensbedingungen und die mehrstufige Verknüpfung von sozialer Lage, Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand in der existierenden Berichterstattung – ausgenommen von ausgewählten Spezialpublikationen – kaum je thematisiert werden. Ausgewählte Merkmale der Lebensbedingungen wie etwas die Wohnbedingungen und die Haushaltszusammensetzung sowie die Integration in soziale Netzwerke sollten aufgrund ihrer Bedeutung für das Gesundheitsverhalten jedoch in die neue Berichterstattung aufgenommen werden.

Wird die existierende Berichterstattung durch die erwähnten Organisationen mit den in Kapitel 2 entwickelten Dimensionen eines Monitorings des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit verglichen und zusätzlich gefragt, wie sich die Berichterstattung ergänzen liesse, so ergibt sich das in Tabelle 3.3 dargestellte Bild. In der Tabelle sind in den Zeilen zentrale Aspekte von Gesundheitsversorgung, -verhalten und -zustand aufgeführt, in den Spalten dagegen die wichtigsten unabhängigen Variablen.³² In den Zellen der Tabellen finden sich Zahlen und Symbole, die darauf hinweisen, wo entsprechende Resultate zu finden sind (Zahlen 1-4) bzw. ob sich Lücken in der Berichterstattung mit den in Abschnitt 3.1 und 3.2 diskutierten, zentralen Datenerhebungen SGB, SHP, SILC, SNC und eCOD füllen liessen (Symbol "x").

Der Überblick vermittelt ein vielversprechendes Bild: Das BFS (Nr. 1 in der Tabelle) und das Obsan (Nr. 2) berichten bereits über eine Vielzahl wesentlicher Dimensionen, tun dies allerdings in aller Regel nur mit Blick auf das Alter, das Geschlecht, den Bildungsstand sowie die Grossregion (BFS) bzw. den Kanton (Obsan). Die Lücken bezüglich verschiedener unabhängiger Variablen (inkl. Lebensbedingungen) bei diesen Indikatoren lassen sich allerdings mittels zusätzlicher Analysen der verwendeten Datenquellen in aller Regel schliessen. Grössere Lücken existieren gemäss dem Überblick vor allem bei den folgenden Dimensionen:

- Zugang zu/Bereitstellung von Gesundheitsleistungen: Hier liegen zwar Grundinformationen vor, diese könnten jedoch noch durch weitere Daten, etwa aus den Statistiken der Krankenversicherungen ergänzt werden. Die vollständige Berücksichtigung aller in der Tabelle dargestellten unabhängigen Variablen dürfte bei diesen Strukturdaten aber auch unter Verwendung zusätzlicher Daten nicht möglich sein.
- Gesundheitskompetenz: Hierzu existieren in der Schweiz noch keine umfassenden Daten. Eine Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Wang und Schmid 2006, vgl. auch www.gesundheitskompetenz.ch) stellt den hierzulande bislang umfangreichsten Versuch zur Bestimmung der Gesundheitskompetenz dar, der aber offenbar nicht fortgesetzt wurde. Gesundheitskompetenz ist in der Schweiz aber weiterhin ein Thema, das u.a. an den Universitäten Lugano und Bern weiterverfolgt wird. Die Erweiterung existierender Studien um ausgewählte Dimensionen der Gesundheitskompetenz könnte von Interesse sein.
- Lebenserwartung: Auch hier ist die Situation bezüglich verschiedener unabhängiger Variablen noch nicht ganz befriedigend. Wie weiter oben ausgeführt, dürfte sich dieses Problem kurzfristig jedoch nicht lösen lassen, da die Beschaffung zusätzlicher Daten schwierig ist. Einen teilweisen Ausweg aus diesem Problem bietet die "Lebenserwartung bei guter Gesundheit", die sich mit den Daten der SGB annäherungsweise rekonstruieren lässt.
- Übertragbare Krankheiten: Hier ist die Datenlage vorderhand ebenfalls noch unbefriedigend. Dies dürfte allerdings kein grösseres Problem darstellen, da übertragbare Krankheiten keine Kerndimensionen des geplanten Monitorings sind.

³² Nicht in die Übersicht aufgenommen wurde die soziale Herkunft, die in der Schweiz kaum je thematisiert wird und zu der auch nur wenige Datenquellen Angaben enthalten. Zudem wurden die "Lebensbedingungen" als ein einziger Merkmalskomplex in die Übersicht aufgenommen. Dies ist für die Darstellung kein Problem, weil die Lebensbedingungen in den existierenden Monitoringsystemen ohnehin nicht prominent thematisiert werden.

Tabelle 3.3: Verfügbare Informationen in bestehenden Monitoringsystemen

<i>Merkmal</i>	<i>Bildung</i>	<i>Arbeit/ Beruf</i>	<i>Einkommen</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Alter</i>	<i>Migration</i>	<i>Wohnort*</i>	<i>Lebensbed. **</i>	<i>zusätzliche Ergänzungs- möglichkeiten zu SGB, SHP, SILC, SHARE, SNC und eCOD</i>
Gesundheitsversorgung									
<i>Versicherungsstatus</i>	1	x	x	1	1	x	(1)	x	div. Versicherungsstat.
Gesundheitskosten (Belastung)	x	x	x	x	x	x	x3	x	Prämienverbilligung
Zugang zu/Bereitstellung von Gesundheitsleistungen				(2)			(1)2x 3		div. BFS/BAG-Daten
<i>ambulante</i> und station. Beh.	1	x	x	12	12	x	(1)23	x	div. BFS/BAG-Daten
Medikamentenkonsum	1	x	x	1	1	x	(1)	x	
Lebensbedingungen*									
<i>Bewältigungsverh./Coping</i>	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	
<i>Gesundheitskompetenz</i>									gegenwärtig keine Erweiterungsmöglichkeit bekannt
<i>soziale Unterstützung</i>	1	x	x	1	1	x	(1)	x	
Gesundheitsverhalten									
<i>Tabakkonsum</i>	1	x	x	1	1	x	(1)	x	Suchtmonitoring
<i>Körperliche Aktivität</i>	1	x4	x4	1	1	x4	(1)	4	
<i>Ernährungsverhalten</i>	1	x	x	1	1	x2	(1)	x	
Alkoholkonsum	1	x	x	1	1	x	(1)	x	Suchtmonitoring
Konsum illegaler Substanzen	1	x	x	1	1	x	(1)	x	Suchtmonitoring
<i>präventive Inanspruchnahme</i>	1	x	x	1	1	x	(1)	x	
Gesundheitszustand									
<i>Lebenserwartung</i>	1			12	12		(1)2		Erweiterung schwierig
Lebenserwartung bei guter Gesundheit	1	x	x	1	1	x	1	x	
<i>Spezifische Mortalitäten</i>	1			12	12		(1)2		
<i>Selbstwahrh. Gesundheit</i>	1	x	x	1	1	x	(1)2	x	
<i>Nicht-übertragbare Krankh.</i>	1	x	x	1	1	x	(1)2	x	
<i>Psychische Erkrankungen</i>	1	x	x	12	12	x	(1)2	x	
Lebenszufriedenheit	x	x	x	x	x	x	x	x	
Übertragbare Krankheiten							(1)		Meldesystem Infektionskrankheiten, Sentinella
Zahngesundheit	(1)	(x)	(x)	(1)	(1)	(x)	(1)	(x)	
Chronische Schmerzen	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	
Unfälle	(1)	(x)	(x)	(1)	(1)		(1)		
Invalidität	(1)			(1)	(1)		(1)		IV-Statistik
Opfer von Gewalt									Opferstudien?

Hinweise: kursive Einträge: "zentrale" Dimensionen gemäss Kapitel 2; * Informationen zum Wohnort sind zwar in verschiedenen Datenerhebungen enthalten, in aller Regel reichen die Fallzahlen jedoch nicht aus, um feine Differenzierungen (z.B. nach Kantonen) darzustellen. ** Die Lebensbedingungen sind sowohl abhängige als auch unabhängige Variablen und wurden hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nur teilweise aufgenommen.

1: Bundesamt für Statistik (teilweise nur in den Standardtabellen); 2: Obsan; 3 Zusatzanalysen und weitere Daten via BAG verfügbar 4: Zusatzanalysen und weitere Daten via Sportobservatorium verfügbar; x zusätzliche Daten/Analysen mittels SGB, SILC, SHP, SNC möglich. Angaben in Klammern: nur partielle Angaben.

Ein weiteres Problem muss an dieser Stelle abschliessend erwähnt werden: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde in Kapitel analytisch in die Behandlungen von Krankheiten und Unfällen (im Modell unter Gesundheitsversorgung) einerseits und präventive Konsultationen (im Modell unter Gesundheitsverhalten) andererseits aufgeteilt. In den konkreten Untersuchungen kann diese Unterscheidung häufig nicht zweifelsfrei vorgenommen werden. Die Frage nach der Häufigkeit von Arztbesuchen kann beispielsweise sowohl kuratorische als auch präventive Konsultationen beinhalten. Und auch bei verschiedenen konkreten Behandlungen (z.B. Alternativmedizin, Zahnmedizin) ist anhand der Daten nicht klar, ob diese mit Blick auf ein konkretes Leiden oder mit Blick auf die Prävention durchgeführt wurden. Hier wären für das Monitoring nach Möglichkeit eindeutige Teilindikatoren auszuwählen (z.B. Dentalhygiene oder Impfung als präventive, Hospitalisierungen in der Regel als kurative Massnahmen).

3.4. Zusammenfassung

Die Bestandsaufnahme von in der Schweiz verfügbaren Datenquellen vermittelt ein gemischtes Bild: Es werden zwar viele unterschiedliche Daten erhoben und ausgewertet, nur ein Teil davon ist jedoch unmittelbar für ein Monitoring unterschiedlicher Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen geeignet (vgl. Abschnitt 3.1). Der Hauptgrund dafür liegt darin, dass in vielen Fällen keine oder nur sehr wenige relevante Merkmale der sozialen Lage und der Lebensbedingungen erhoben werden. Dort, wo diese Merkmale vorhanden sind, verunmöglichen die beschränkten Fallzahlen der Datenerhebungen und die schiefen Verteilungen häufig differenzierte Analysen: So erlaubt die SGB trotz rund 20'000 Befragten beispielsweise keine Analysen auf der Ebene einzelner Kantone oder ausgewählter Herkunftsregionen der Migrationsbevölkerung.

Dies hängt jedoch weniger damit zusammen, dass kein Interesse an solchen Angaben bestünde, sondern daran, dass entsprechende Informationen nicht vorliegen und nur mit grossem Aufwand – wenn überhaupt – erfasst werden könnten. Dieser Punkt bezieht sich insbesondere auf Datenerhebungen, die mit Diagnose- und Versicherungsdaten arbeiten, in denen keine zusätzlichen Informationen über Versicherte und Patient/innen verfügbar sind. Eine Erweiterung der Datenerhebungen scheint nicht zuletzt aus Datenschutzgründen problematisch (vgl. Abschnitt 3.2). Teilweise lassen sich diese Studien jedoch für die Konstruktion eines allgemeinen Bildes der Struktur und Leistungen des Schweizer Gesundheitssystems im Sinne der "Hintergrundbedingungen" in unserem analytischen Modell nutzen.

Es existiert aber eine Reihe von Datenquellen, die nicht nur gut für das Monitoring geeignet sind – allen voran die auf Befragungen basierenden Erhebungen SGB, SHP und SILC (vgl. Abschnitt 3.2) –, sondern von verschiedenen Organisationen breit ausgewertet und publiziert werden. Wie der Überblick in Abschnitt 3.3 zeigt, weist die aktuelle Berichterstattung mit Blick auf ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit jedoch noch verschiedene Lücken auf: Einerseits werden die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit erst unvollständig analysiert, andererseits ist die Berichterstattung noch etwas unübersichtlich: Relevante Indikatoren müssen aus verschiedenen Monitoringsystemen zusammengesucht werden.

Vor dem Hintergrund der konzeptionellen Arbeiten und Bestandsaufnahmen in den Kapiteln 2 und 3 enthält das folgende Kapitel einen ersten Vorschlag für die konkreten Analysen und die Berichterstattung im Rahmen des geplanten Monitorings.

4. Skizze eines neuen Monitorings des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln die konzeptionellen und Datengrundlagen eines Monitorings der ungleichen Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen aufgearbeitet wurden, geht es im vorliegenden Kapitel darum, zentrale Elemente eines konkreten Monitoringsystems für die Schweiz zu skizzieren. Dabei werden in Abschnitt 4.1 zunächst einige grundlegende Rahmenbedingungen für das Monitoring diskutiert, die teilweise bereits in den vorangehenden Kapiteln erwähnt wurden. Daran anschliessend enthält Abschnitt 4.2 einen ersten Vorschlag für ein Monitoringsystem, das modular aufgebaut ist und schrittweise entwickelt werden kann. Je nach verfügbaren Ressourcen können dabei Teile auch weggelassen werden. Mit welchem Aufwand für den Aufbau und Betrieb der verschiedenen Teile des Monitoringsystems zu rechnen ist, wird anhand einer groben Schätzung in Abschnitt 4.3 dokumentiert. Abschnitt 4.4 enthält schliesslich einen Ausblick auf die Weiterarbeit.

4.1 Rahmenbedingungen

Wie aus den vorangehenden Kapiteln klar geworden sein dürfte, umfasst der Themenbereich "Gesundheit und soziale Lage" eine Vielfalt an möglichen Fragestellungen und empirischen Analysen. Stehen für ein Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit nicht beliebige personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung und soll sich die Berichterstattung nicht in Details verlieren, so sind verschiedene inhaltliche, methodische und organisatorische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Von besonderer Bedeutung scheinen uns dabei die folgenden Punkte:

Inhaltliche und politische Relevanz

Das Monitoring sollte über Sachverhalte berichten, die unter dem Blickwinkel der gesundheitlichen Ungleichheit bedeutsam sind und sich mit (politischen) Interventionen beeinflussen lassen. Das Monitoring sollte mit anderen Worten nicht nur ein Bewusstsein für die Bedeutung gesundheitlicher Ungleichheiten schaffen, sondern auch Hinweise auf besonders bedeutsame Problemlagen und vielversprechende Handlungsstrategien vermitteln. Um Entwicklungen abschätzen zu können, sollten die Informationen überdies so aufbereitet werden, dass Zeitverläufe sichtbar werden.

Eine erste Priorisierung relevanter Dimensionen wurde bereits in Kapitel 2 vorgenommen. Auf der Seite der "abhängigen" Variablen dürften eine Reihe chronischer Erkrankungen und Risikofaktoren (körperliche Bewegung, Tabakkonsum etc.) sowie der sozial unterschiedliche Zugang zur Gesundheitsversorgung von besonderer Bedeutung sein. Dagegen dürfte beispielsweise der Konsum illegaler Drogen oder die sozial unterschiedliche Betroffenheit von übertragbaren Krankheiten aus einer allgemeinen Bevölkerungsperspektive eher weniger wichtig sein. Eine spezielle Rolle spielt die Lebenserwartung, die sich zwar kaum direkt beeinflussen lässt, aber nicht zuletzt in der internationalen Diskussion als zentraler Outcomeindikator der Gesundheits- und Sozialpolitik einen hohen Stellenwert hat. Sie sollte daher in einem Schweizer Monitoring nicht fehlen, selbst wenn die Datenlage noch nicht optimal ist (vgl. Abschnitt 3.2 und Tabelle 4.1 weiter unten). Die definitive Selektion der Indikatoren wird aber von den mit dem Monitoring betrauten Stellen entsprechend den inhaltlichen Prioritäten vorzunehmen sein (vgl. auch weiter unten).

Mit Blick auf die politische Relevanz der Analysen stellt sich nicht nur die Frage nach den grundsätzlichen Beeinflussungsmöglichkeiten, sondern auch diejenige nach dem Willen, Interventionen zu planen und durchzuführen und damit mitunter politische Risiken in Kauf zu nehmen. Ein Beispiel für diese Problematik stellt die Einkommens-, Bildungs- und Steuerpolitik dar, von der angesichts der doch recht erheblichen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Erkrankungen und dem Einkommen bzw. der Bildung deutliche Gesundheitswirkungen zu erwarten wären. Inwieweit in der Schweiz jedoch der Wille vorhanden ist, an den bestehenden, grundlegenden Ungleichheiten tatsächlich etwas

zu ändern, ist fraglich. Zu Abschätzung der Chancen verschiedener Vorstösse dürfte das in Kapitel 2 angesprochene und in Abschnitt 4.2 (Teil E) noch einmal zu diskutierende, übergeordnete Themenmonitoring daher von erheblicher Bedeutung sein.

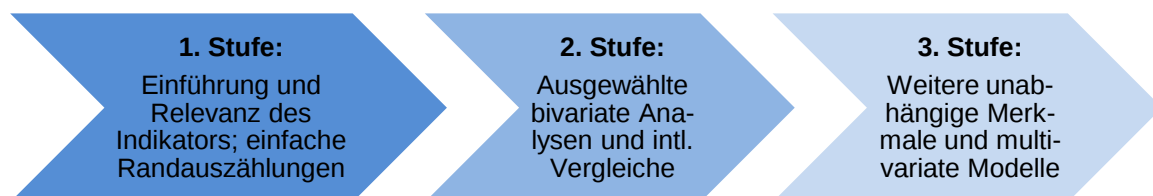
Übersichtlichkeit, Aktualität und Periodizität der Berichterstattung

In direktem Zusammenhang mit der Forderung nach relevanten Analysen steht diejenige nach einer übersichtlichen und zeitnahen Berichterstattung. Es sollen mit anderen Worten also nicht alle vorstellbaren Dimensionen und Zusammenhänge untersucht und diskutiert werden, sondern in erster Linie diejenigen, welche auch substantiell und (im weiter oben aufgeführten Sinne) bedeutsam sind. Diese Befunde sollen so schnell wie möglich publiziert werden.

Im Interesse einer übersichtlichen Berichterstattung schlagen wir ein dreistufiges Vorgehen vor, das von einer kurzen Diskussion des Indikators und seiner Relevanz (Stufe 1) über ausgewählte bivariate Zusammenhänge (Stufe 2) bis hin zu multivariaten Analysen reicht (Stufe 3, vgl. Abbildung 4.1). In Stufe 1 der Berichterstattung würde beispielsweise erklärt, weshalb überhaupt über Diabetes berichtet wird, wie der Indikator gemessen wird, wie allfällige Indizes konstruiert wurden und wie sich die Prävalenz der Erkrankung über die Zeit entwickelt hat.

Auf Stufe 2 würden die bivariaten Zusammenhänge von Diabetes mit einer Reihe von besonders wichtigen Merkmalen der sozialen Lage (z.B. Einkommen, Schulbildung, Alter, Geschlecht) untersucht, während auf der dritten Stufe zusätzliche Variablen sowie – falls möglich – multivariate Modelle diskutiert würden. Wie in Abschnitt 4.2 auszuführen sein wird, schlagen wir allerdings vor, die Stufe 3 nur bei besonders wichtigen "Kernindikatoren" zu verwenden, um die Berichterstattung nicht übermässig zu belasten.

Abbildung 4.1: Stufenweise Berichterstattung zu den verschiedenen Indikatoren



Als zentrales Vehikel für die Berichterstattung könnte eine Website dienen, auf der die Nutzer/innen den Komplexitätsgrad der Analysen und Resultate selbst bestimmen können. Eine Website hätte den zusätzlichen Vorteil, dass neue Informationen sehr schnell in das Monitoringsystem aufgenommen und publiziert werden können. Über Newsletters, Twitter etc. könnten interessierte Nutzer/innen zudem rasch über Neuerungen informiert werden.

Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die Berichterstattung mittels Website trotz Hyperlinks unübersichtlich werden kann, wenn eine Vielzahl von miteinander verknüpften Befunden dargestellt und diskutiert werden sollen. Tatsächlich haben alle in Kapitel 3 aufgeführten Monitoringsysteme mit dem Problem zu kämpfen, dass sich das Internet nur bedingt für die Darstellung komplexer Zusammenhänge eignet. Bei der Konzeption der Website wäre daher Kontakt mit den Betreibern vergleichbarer Monitoringsysteme aufzunehmen, um von ihren Erfahrungen zu lernen und das neue Monitoringsystem mit den bestehenden Ansätzen zu verknüpfen oder gar in diese einzubetten. Besonders vielversprechend scheint uns dabei, wie in Kapitel 3 bereits erwähnt, die relativ kompakte Berichterstattung des Obsan, die sich u.E. mit relativ geringem Aufwand weiter ausbauen liesse.

Die Konzeption einer Website reicht allerdings nicht aus: Zusätzlich müssen genügend Ressourcen reserviert werden, um Analysen vorzunehmen, aufzubereiten und auf der Website zu publizieren und zu verknüpfen. Wird etwa gefordert, dass zentrale Resultate der SGB 2012 möglichst rasch zugänglich sind, so sind entsprechende Analyse- oder Datennutzungsverträge mit dem BFS abzuschliessen und personelle Kapazitäten für die Auswertungs- und Aufbereitungsarbeiten vorzusehen.

Selbst wenn die Berichterstattung zu einzelnen Aspekten des Monitorings flexibel und möglichst rasch erfolgt, dürfte es sinnvoll sein, in festgesetzten zeitlichen Abständen allgemeine Standortbestimmungen und Einschätzungen zu verfassen, die sowohl auf der Website als auch in Form von PDF- oder Printdokumenten publiziert werden können.³³ Solche Standortbestimmungen dienen einem schnellen Überblick über zentrale Indikatoren und dürften vor allem für Personen von Interesse sein, die sich nicht regelmässig und direkt über das Monitoringsystem informieren. Naheliegend wäre hier ein Jahresrhythmus, der zur Publikation von "Jahresberichten" über das Monitoring (entweder in PDF- oder Printform) führen könnte.

Ob jährliche Standortbestimmungen sinnvoll sind, wird jedoch im Lauf der weiteren Planungsarbeiten zu klären sein, da verschiedene relevante Datengrundlagen nicht jährlich aktualisiert werden. Seltener als im von der SGB vorgegebenen Fünf-Jahres-Rhythmus sollten die Standortbestimmungen, die auch Referenz- und Nachschlagecharakter haben können, jedoch nicht erscheinen. Bei einem grösseren Zeitabstand zwischen den einzelnen Standortbestimmungen könnte ein ähnliches Modell wie für den Nationalen Gesundheitsbericht 2015 des Obsan gewählt werden, in dem sowohl allgemeine Grundlagendaten als auch ausgewählte Vertiefungsanalysen präsentiert werden (vgl. auch Abschnitt 4.2). Dabei dürfte es sinnvoll sein, sich mit dem Obsan und dem BFS über eine allfällige Kooperation bezüglich der Publikation abzusprechen, da ja auch das BFS periodisch Dokumente mit einem engen Bezug zur gesundheitlichen Ungleichheit publiziert. Die neue "Gesundheitsstatistik 2012" (BFS 2012b) stellt sowohl vom Aufbau als auch von der Tiefe der Berichterstattung ein sehr gutes Beispiel für einen "Monitoringbericht" dar.

Regionale und internationale Vergleichsmöglichkeiten

In der Schweiz sind Vergleiche zwischen verschiedenen Kantonen und Gebietstypen (z.B. Sprachregionen) grundsätzlich von grossem Interesse. Die Erwartungen in derartige Vergleiche dürfen allerdings nicht zu hoch geschraubt werden, da die Stichprobengrösse der meisten in Kapitel 3 diskutierten Datenquellen keinen umfassenden Kantonsvergleich oder den Einsatz differenzierter Raumtypologien erlaubt. Eine Möglichkeit zur Umgehung dieser Einschränkung könnte in verschiedenen Fällen die Beschränkung auf die sieben Grossregionen oder einfache Stadt-Land bzw. Sprachraumtypologien sein. Ein Rückgriff auf kantonale Studien dürfte dagegen weniger ergiebig sein, da sich hier Probleme der Vergleichbarkeit und der Anzahl Kantone, die überhaupt relevanten Datenerhebungen durchführen, stellen.

Jenseits regionaler Vergleiche innerhalb der Schweiz sind internationale Vergleiche bedeutsam. Von besonderem Interesse sind dabei die Nachbarländer der Schweiz sowie verschiedene weitere, hochentwickelte Staaten Europas. EUROSTAT³⁴ publiziert in Zusammenarbeit mit dem BFS bereit verschiedene Datenreihen zu Lebenserwartung, Todesursachen, Gesundheitswesen und Gesundheitszustand, an die angeknüpft werden kann. Die Differenzierung der Befunde nach sozialen Hintergrundmerkmalen erfolgt bei EUROSTAT allerdings erst teilweise. Besondere Bedeutung haben aus Schweizer Sicht die Daten aus der SILC-Studie, die von EUROSTAT vergleichend ausgewertet

³³ Als Beispiel kann das Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB) des BAG dienen, das periodisch Printbroschüren und Faltblätter mit zentralen Resultaten publiziert. Das Observatorium Sport und Bewegung Schweiz gibt dagegen jährlich einen "Jahresbericht" mit allen Indikatoren im PDF-Format heraus.

³⁴ Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables

werden, sowie der SGB, die in den vergangenen Jahren zunehmend an die Erhebungsweisen europäischer Gesundheitsstudien angepasst wurden.

Ergänzend können zudem ausgewählte Angaben der WHO (2012) und der OECD (2011) verwendet werden, die ihrerseits häufig auf Angaben von EUROSTAT zurückgreifen und erst ansatzweise auf soziale Ungleichheiten rekurrieren. Bei der WHO (2007a, 2007b, 2008) laufen zwar, wie in Kapitel 2 bereits erwähnt, verschiedene Anstrengungen in Richtung eines systematischen Monitorings gesundheitlicher Ungleichheit. Jenseits von Einzelberichten (WHO 2008, Marmot et al. 2012) existiert vorderhand jedoch noch kein verbindliches Indikatorensystem.

Kosteneffizienz

Das Monitoringsystem sollte möglichst viele relevante Informationen zu möglichst geringen Kosten bereitstellen. Ein Teil dieser Forderung lässt sich über die Berücksichtigung existierender Datenerhebungen und Indikatorensammlungen, wie sie in Kapitel 3 vorgestellt wurden, erfüllen. Das heisst: Wenn immer möglich sollten existierende Datenquellen genutzt werden.

Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass auch die Auswertung und allfällige Verknüpfung verschiedener Datenerhebungen sowie die benutzerfreundliche Aufbereitung von Befunden einen erheblichen Aufwand verursachen können. Dazu kommt, dass – wie in Kapitel 3 dargestellt – die eine oder andere Datenerhebung zu optimieren oder zu ergänzen wäre, was wohl nicht ohne grössere Kostenfolgen möglich ist. Vor diesem Hintergrund ist die Beschränkung auf eine möglichst geringe Zahl unterschiedlicher Datenquellen sinnvoll, da die Verwendung zusätzlicher, begrenzt relevanter Datensätze die Kosten erhöht. Wie in Abschnitt 4.2 zu zeigen sein wird, favorisieren wir dabei die grossen Bevölkerungsbefragungen SGB, SILC, SHP sowie die Todesursachenstatistik und die SNC-Daten. Sinnvollweise wäre ein Mehrjahresbudget zu erstellen, in dem die Kosten für die verschiedenen, in Abschnitt 4.2 darzustellenden Projektteile und Analysearbeiten aufgeführt und priorisiert werden. Abschnitt 4.3 enthält eine erste vorsichtige Aufwandschätzung.

Trägerschaft und Umsetzung

Ein Schlüssel für die erfolgreiche Implementation des Projekts ist eine kompetente Trägerschaft. Diese betrifft zunächst das BAG selbst, wo das Projekt intern möglichst breit abgestützt und mit den verschiedenen eigenen Monitoringansätzen (z.B. MOSEB, Suchtmonitoring, Kostenmonitoring Krankenversicherungen) verknüpft werden sollte.

Selbst wenn das Monitoring vom BAG initiiert und schwerpunktmässig umgesetzt werden sollte, ist eine enge Kooperation mit ausgewählten Partnern sinnvoll sein. Vor dem Hintergrund der Ausführungen in Kapitel 3 denken wir hier insbesondere an das BFS und das Obsan, die beide über eigene Berichterstattungen und Analyseprogramme verfügen, an die angeknüpft werden kann. Die Tatsache, dass verschiedene relevante Datenerhebungen vom BFS durchgeführt werden, stellt aufgrund des einfachen Datenzugangs einen weiteren Vorteil einer engen Kooperation dar. Da das BFS zudem weitere Indikatorensammlungen wie die Integrations- und Legislaturindikatoren des Bundesrats" und MONET (vgl. Abschnitt 3.3) betreibt, ergeben sich über eine enge Zusammenarbeit möglicherweise auch weitere Verknüpfungsmöglichkeiten. Beide Indikatorensysteme enthalten verschiedene deskriptive Gesundheitsindikatoren, die u.E. von einer vertieften Betrachtungsweise unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit profitieren könnten.

Neben den beiden Hauptpartnern BFS und Obsan ist eine Erweiterung der Trägerschaft denkbar, wobei zwischen "Umsetzungs-" und strategischen Partnern zu unterscheiden wäre. Umsetzungspartner stellen Daten zur Verfügung und/oder führen Analysen durch, während strategische Partner das Projekt inhaltlich begleiten und ihm bei der Kommunikation gegen aussen helfen. Zu denken wäre

hier etwa an die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die sich seit Jahren für Ungleichheitsfragen interessiert³⁵, weitere Bundesämter mit einem Interesse an der Thematik, Krankenversicherungen oder Santésuisse.

Bei der Einbindung strategischer Partner ist zu berücksichtigen, dass diese über eigene Interessen verfügen, die den Zielsetzungen des Monitorings zuwiderlaufen können. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, das Monitoring zunächst als Kooperation zwischen BAG, BFS und Obsan zu konzipieren und strategische Erweiterungen erst zu einem späteren Zeitpunkt ins Auge zu fassen. Ähnliches gilt für die Umsetzungspartner, die zunächst über Einzelmandate in das Monitoring eingebunden werden können, ohne bereits ein längerfristiges Commitment einzugehen. Sinnvoll dürfte in diesem Zusammenhang jedoch eine Mehrjahresplanung sein, in deren Rahmen bestimmt wird, welche Arbeiten von den Hauptpartnern in eigener Regie übernommen werden können und für welche Projektteile externe Partner gesucht werden müssen.

Schliesslich wäre mit Blick auf internationale Vergleiche auch das Gespräch mit internationalen Organisationen zu suchen. Von Bedeutung dürfte hier der Kontakt zu EUROSTAT und dem European Statistical System (ESS), mit denen das BFS bereits eng zusammenarbeitet und die sich um regionale und nationale Vergleiche innerhalb Europas bemühen (vgl. z.B. EUROSTAT/INSEE 2011), sowie zu den für die Gesundheitsstatistik verantwortlichen Stellen von WHO und OECD sein.

4.2 Konturen des Monitoringsystems

Überblick

Angesichts der in den vorangegangenen Kapiteln dokumentierten Komplexität des Projektes "Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit " schlagen wir einen schrittweisen und modularen Auf- und Ausbau des Monitoringsystems vor, der in Abbildung 4.2 grafisch dargestellt ist: Im Zentrum der Berichterstattung steht eine Reihe von noch festzulegenden "Kernindikatoren" der Gesundheit (A), bei denen zentrale Zusammenhänge mit besonders wichtigen Dimensionen der sozialen Lage dargestellt werden. Eine Teilmenge dieser Indikatoren sollte zudem so aufbereitet werden, dass sie ein internationales Benchmarking erlauben.

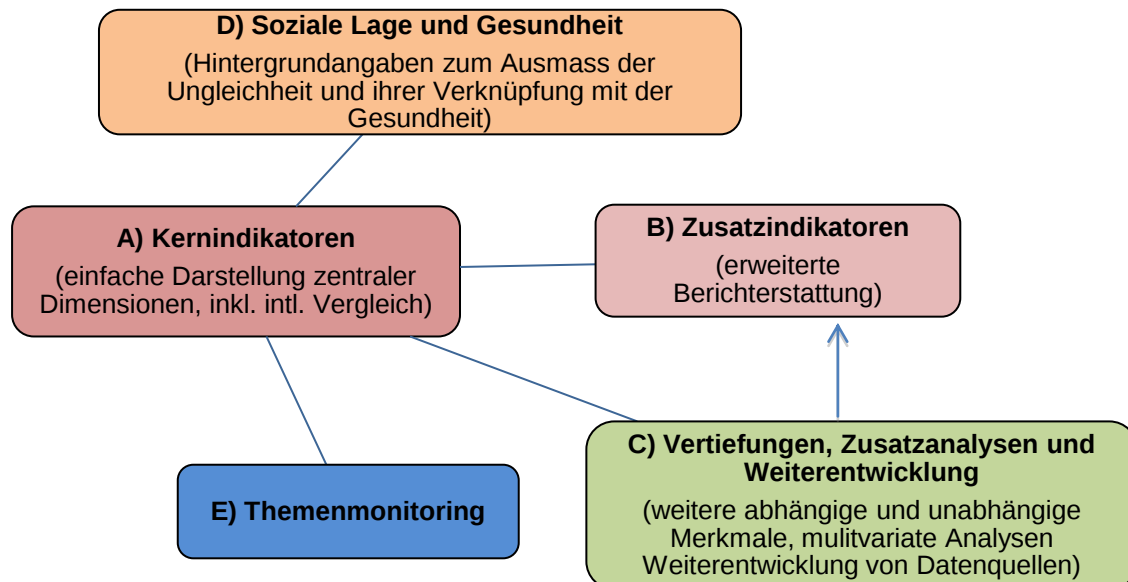
Teil A stellt gleichsam eine Minimalvariante dar, die durch die weiteren in der Abbildung aufgeführten Teile nach Bedarf ergänzt werden kann. Die Berichterstattung zu den Kernindikatoren kann beispielsweise online auf einer Website erfolgen, während weitere Zusammenhänge in Form von Zusatzindikatoren (B) und Vertiefungen (C) entweder elektronisch oder in separaten Dokumentationen aufbereitet und den Nutzer/innen zur Verfügung gestellt werden können.

Nicht vergessen werden sollten überdies zwei weitere Aspekte des Monitorings, die in gesonderten Teilen der Berichterstattung zugänglich gemacht werden sollten: Viele potentielle Nutzer/innen des Monitorings sind nicht vertraut mit den Begriffen soziale Lage, Ungleichheit und Chancengleichheit sowie dem Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheit. Entsprechend sollen grundlegende Daten zur Ungleichheit in der Schweiz aufbereitet und die Zusammenhänge an einigen ausgewählten Beispielen exemplarisch dargestellt werden (D). In der Abbildung wird Teil D dabei oberhalb der übrigen Teile dargestellt, weil er einen grundlegenden Einführungscharakter hat und daher in der Berichterstattung auch entsprechend positioniert werden sollte. Überdies sollte die Ungleichheits- und Gesundheitsdiskussion – wie in Kapitel 2 erwähnt – in die allgemeine gesundheits- und gesellschaftspolitische Diskussion eingebettet werden. Zu diesem

³⁵ Vgl. hierzu etwa die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz verfassten Grundlagendokumente von Lamprecht et al. (2006) und Stamm und Lamprecht (2009a) sowie die Datenerhebungen und –analysen im Rahmen der Projekte BMI-, Politik- und Verhältnismonitoring in den Schulen.

Zweck sollte parallel zum indikatorengestützten Monitoring auch ein allgemeines Themenmonitoring aufgebaut werden (E), das eine Einordnung der Resultate in die aktuelle politische Diskussion erlaubt.

Abbildung 4.2: Übersicht über den Aufbau des Monitoringssystems



Wie erwähnt stellen die Teile B, C und E Erweiterungen und Ergänzungen dar, die nur dann in Angriff genommen werden sollten, wenn ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen (vgl. Abschnitt 4.3). Grundlegende Befunde aus Teil D sollten im Sinne einer allgemeinen Einbettung der Thematik dagegen auf jeden Fall in die Berichterstattung aufgenommen werden.

A) Kernindikatoren (inkl. internationaler Vergleiche)

Im Zentrum der Berichterstattung sollte eine kleine Auswahl besonders relevanter Indikatoren zu den Bereichen Gesundheitsversorgung, -verhalten und -zustand stehen. Diese Indikatoren sollten nach Möglichkeit so aufbereitet werden, dass auch Entwicklungen über die Zeit sichtbar werden (z.B. Vergleiche der SGB 1992 – 2012).

Tabelle 4.1 enthält einen ersten Vorschlag mit insgesamt zehn Gruppen von abhängigen Variablen, die sich u.E. besonders als "Kernindikatoren" eignen, weil sie in der aktuellen Diskussion eine hohe Relevanz haben und in existierenden Schweizer Datenerhebungen bereits verfügbar sind. Die konkrete Selektion der Indikatoren muss durch die für das Monitoring verantwortlichen Stellen erfolgen (vgl. auch Kapitel 5).³⁶ Die Liste kann selbstverständlich erweitert und modifiziert werden, doch schlagen wir vor, die Gesamtzahl an "Kernindikatoren" aus Gründen der Übersichtlichkeit gering zu halten und allenfalls die Zahl der "Zusatzindikatoren" (Feld B in Abbildung 4.2) zu erhöhen.

Die in der Tabelle aufgeführten Indikatoren sollen zunächst allgemein beschrieben (Stufe 1 der Berichterstattung gemäss Abbildung 4.1) und dann auf ihren Zusammenhang mit ausgewählten, besonders wichtigen Merkmalen der sozialen Lage geprüft werden (Stufe 2). Wir denken hier

³⁶ Anlässlich des Workshops vom 28. Februar 2013 wurde beispielsweise erwähnt, dass die Säuglingssterblichkeit Teil des Kernindikatorensets sein sollte. Da sich die Säuglingssterblichkeit auf der Grundlage der BEV-NAT-Statistik nach unserem Kenntnisstand sozial kaum differenzieren lässt, wurde sie in Tabelle 4.1 nicht aufgeführt. Gerade für internationale Vergleiche kann die Säuglingssterblichkeit jedoch von Interesse sein.

insbesondere an die Schulbildung, das Haushalts(äquivalenz)einkommen, das Geschlecht und das Alter. Weitere Merkmale, die hier aufbereitet werden könnten, sind der Migrationshintergrund, soweit er sich mit den verfügbaren Daten angemessen operationalisieren lässt, sowie eine einfache Variable für den Wohnort (Sprach- oder Grossregion). Zu prüfen wäre überdies, ob das eine oder andere Merkmal der Lebensbedingungen (z.B. Wohnbedingungen, Haushaltsstruktur, soziale Netzwerke) mitberücksichtigt werden könnte, da deren Effekt stellenweise erheblich ist.

Die Zusammenhänge sollen in Teil A der Berichterstattung in erster Linie deskriptiv dargestellt und diskutiert werden, während multivariate Analysen sowie zusätzliche Merkmale wie etwa die Wohn- oder Arbeitssituation (Stufe 3) aus Gründen der Übersichtlichkeit in einem gesonderten Teil mit vertiefenden Analysen aufgeführt werden sollten (Teil C). Desgleichen wären in Teil C auch Vertiefungen bezüglich spezifischer Generationen- und Lebenslaufeffekte sowie besonders vulnerabler (Extrem)gruppen zu leisten. Gesondert auszuweisen wären in Teil A dagegen internationale Vergleichsdaten.

Zu prüfen wäre, ob in Teil A jeweils alle verfügbaren Zusammenhänge oder nur diejenigen, die sich in der empirischen Analyse tatsächlich als relevant erweisen, aufgeführt werden sollen. Denkbar wäre beispielsweise zu Beginn der Berichterstattung eine Übersichtstabelle oder -grafik, in der auch zu den Merkmalen von Teil C jeweils angegeben wird, welche Zusammenhänge überhaupt bedeutsam sind, wobei die wichtigsten Befunde grafisch aufbereitet und ausführlicher diskutiert würden. Dies würde bedeuten, dass je nach abhängiger Variable unterschiedliche Determinanten thematisiert würden.

Tabelle 4.1: Vorschlag für die Selektion von Kernindikatoren

Bereich und Vorschläge für Merkmale	Datenquelle	Bemerkungen
<i>Gesundheitsversorgung</i> Krankenversicherung	SILC	Anteil der Bevölkerung mit Zusatzversicherungen und/oder finanzielle Belastung/ Zahlungsrückstände Versicherungskosten; allenfalls auch Prämienvorbereitung; Angaben können durch Daten aus SHP und HABE ergänzt werden.
Arztbesuch (ambulante Behandlungen)	SILC, SGB	
<i>Gesundheitsverhalten</i> Tabakkonsum	SGB	geeignet für internationalen Vergleich; Erweiterung um Suchtmonitoring BAG denkbar; für Kinder und Jugendliche: HBSC
Körperliche Aktivität	SGB	Erweiterung um Sport Schweiz möglich; ab SGB 2012 internationale Vergleichsdaten aus IPAQ-Fragen verfügbar
Präventive Inanspruchnahme	SGB	z.B. Zahngesundheit; Impfungen, allenfalls Indexbildung
<i>Gesundheitszustand</i> Lebenserwartung	SNC	geeignet für internationalen Vergleich
Ausgewählte Mortalitäten	eCOD	Nicht wichtigste Todesursachen (gruppiert)
Selbstwahrgenommene Gesundheit	SGB, SILC	Ergänzungen mit SAKE, SHP, HBSC, ch-X möglich
Ausgewählte nicht-übertragbare Krankheiten	SGB	Ausgewählte Krankheiten (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen) und Risikodimensionen (z.B. Übergewicht* oder Cholesterol) oder "Gesamtindex" aus verfügbaren Angaben
Psychische Gesundheit	SGB, SILC, SNC	z.B. Depressivitätsskala

* Übergewicht könnte im Prinzip auch im Block "Gesundheitsverhalten" abgehandelt werden; vgl. hierzu Fussnote 15 weiter oben.

B) Zusatzindikatoren

Indikatoren, die in Teil A der Berichterstattung keinen Platz finden, können zusätzlich aufbereitet und in einem separaten Teil als "Zusatzindikatoren" präsentiert werden. Für diese Zusatzindikatoren eignen sich im Prinzip alle in den Kapiteln 2 und 3 diskutierten Dimensionen, wobei aber auch hier eine Anknüpfung an die Resultate aus bereits bestehenden Monitoringsystemen wünschenswert ist (vgl. Abschnitt 3.3 und Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2: Vorschlag für die Auswahl von Zusatzindikatoren

Bereich und Vorschläge für Merkmale	Datenquelle	Bemerkungen
<i>Gesundheitsversorgung</i> Gesundheitskosten Medikamentenkonsum stationäre Behandlungen Ärztedichte Spitalbetten	HABE, SILC, SHP, KoLe SGB SGB, MS Ärztereister KS	Ergänzungen zu Kernindikatoren, weitere Datenquellen: Krankenversicherungsdatenbank, Prämienverbilligung, CSS-/Santésuisse-Daten ausgewählte Medikamente nur regionale Differenzierungen möglich nur regionale Differenzierungen sowie nach privat und allgemein möglich
<i>Gesundheitsverhalten</i> Ernährungsverhalten Alkoholkonsum Präventive Inanspruchnahme	SGB SGB, Suchtmonit. SGB	wurde den Zusatzindikatoren zugeordnet, da die gegenwärtig verfügbaren Angaben beschränkt sind; Ergänzung durch Ernährungserhebung denkbar, sobald Daten verfügbar (voraussichtlich ab 2015) Ergänzungen zu Kernindikatoren
<i>Gesundheitszustand</i> Lebenserwartung bei guter Gesundheit Kinder-/Säuglingssterblichkeit Ausgewählte Mortalitäten Ausgewählte nicht-übertragbare Krankheiten Psychische Gesundheit Chronische Schmerzen Zahngesundheit Übertragbare Krankheiten	SGB eCOD eCOD, KE SGB, MS SGB, SOMED, KS SGB SGB Meldesystem Infektionskrankh.	Ergänzungen zu den Kernindikatoren Ergänzungen/Detailinformationen zu den Kernindikatoren Ergänzungen zu den Kernindikatoren

Die Aufteilung in Kern- und Zusatzindikatoren zwei Gründe. *Einerseits* soll damit die Berichterstattung übersichtlicher gegliedert werden. Diese rein "didaktische" Aufteilung bedeutet jedoch, dass Indikatoren bei befriedigender Datenlage durchaus zwischen den Tabellen 4.1 und 4.2 hin- und hergeschoben werden können. Die definitive Selektion von Kern- und Zusatzindikatoren muss, wie weiter oben erwähnt, im weiteren Verlauf der Planungsarbeiten vorgenommen werden.

Andererseits brauchen Zusatzindikatoren nicht so umfassend dargestellt und diskutiert zu werden wie die Kernindikatoren. Das heisst, dass hier auch Indikatoren verwendet werden können, bei denen die Datenlage noch nicht optimal ist, die nur in aggregierter Form vorliegen oder bei denen verschiedene wichtige unabhängige Merkmale fehlen (vgl. den Überblick in Abschnitt 3.2). Die Berichterstattung

kann sich hier also durchaus auf den allgemeinen Überblick (Stufe 1) und ausgewählte Zusammenhangsanalysen (Stufe 2) beschränken. Als Datenquellen für die Zusatzindikatoren eignen sich also nicht zuletzt auch verschiedene Datenerhebungen, die in Tabelle 3.1 als (vorderhand) nur begrenzt tauglich eingeschätzt wurden. Allerdings wird im Einzelfall jeweils zu prüfen sein, ob sich die gewünschten Resultate mit einem verantwortbaren Aufwand generieren lassen.

Eine umfassende Aufbereitung aller in den Kapiteln 2 und 3 erwähnten Indikatoren dürfte aus Kosten- und Übersichtlichkeitsgründen jedoch kaum möglich sein, weshalb Tabelle 4.2 eine Auswahl besonders vielversprechender Merkmale enthält. "Besonders vielversprechend" meint dabei, dass die ausgewählten Indikatoren in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Ungleichheit eine hohe Relevanz haben und Datenquellen existieren, die sich ohne grossen Zusatzaufwand nutzen lassen.

C) Vertiefungen, Zusatzanalysen und Weiterentwicklungen

Dort, wo keine bereits existierenden Resultate verwendet werden können oder diese für das Monitoring ergänzt werden müssen, sind Vertiefungs- und Zusatzanalysen notwendig. Ein Teil dieser Zusatzanalysen lässt sich ohne grösseren Aufwand durchführen – etwa dann, wenn die Angaben in den Standardtabellen zur SGB durch Resultate zum Haushalt(äquivalenz)einkommen ergänzt werden sollen, oder wenn die bivariaten Zusammenhänge zwischen selbstwahrgenommenem Gesundheitszustand und verschiedenen unabhängigen Merkmalen geprüft und aufbereitet werden sollen.

In anderen Fällen können die Zusatzanalysen jedoch aufwendig werden. Dies ist dann der Fall, wenn neue und komplexe Datenquellen unter dem Aspekt der gesundheitlichen Ungleichheit erstmals ausgewertet, verschiedenen Datenerhebungen gepoolt oder wenn zusätzliche (multivariate) Analysen durchgeführt werden sollen. Hier dürfte es sich als sinnvoll erweisen, ein mehrjähriges Analyseprogramm zu entwickeln, in dem die wichtigsten Zusatzanalysen priorisiert werden. Ein wesentliches Selektionskriterium für die Zusatzanalysen sollte dabei ihre Verwendbarkeit für die Berichterstattung sein. Das heisst: Es sollten nicht nur wissenschaftliche Hintergrundberichte verfasst werden, sondern auch Vertiefungen (Stufe 3 der Berichterstattung) und internationale Vergleiche zu den Kernindikatoren oder neue Zusatzindikatoren (B) resultieren, die in die regelmässige Berichterstattung aufgenommen werden können.

Aktuell erachten wir insbesondere die folgenden Schwerpunktsetzungen als vielversprechend:

- Test von multivariaten Verknüpfungen ausgewählter Gesundheitsmerkmale über die verschiedenen Modellebenen hinweg mit Blick auf Punkt D weiter unten.
- Vertiefende Analysen zentraler Datenquellen mit Blick auf besonders vulnerable Gruppen und Lebenslauf-, Generationen- und Kohorteneffekte; hier könnte das Pooling vergleichbarer Daten mit Blick auf die Gewinnung grösserer Fallzahlen ins Auge gefasst werden (z.B. SGB, SILC, SAKE, SHARE, GMM).
- Longitudinalanalysen mit dem SHP und ausgewählten Versicherungsdaten (KoLe, Datensammlungen Santésuisse und CSS), um bessere Aussagen über kausale Verknüpfungen zwischen sozialer Lage und Gesundheit und fundierte Hintergrundkenntnisse zu gewinnen (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.4).
- Ergänzende Analysen mit Blick auf internationale Vergleiche (z.B. auf der Grundlage von SNC, ESS).
- Analysen und allfällige Weiterentwicklungen von Datenquellen: Von Interesse sind hier einerseits die SNC-Studie (Ergänzung mit weiteren unabhängigen Variablen), andererseits Datenquellen, welche auf Versichertendaten basieren und Diagnose- (Prävalenz ausgewählter Erkrankungen) und Kostendaten beinhalten (z.B. KoLe-Statistik, Datenbanken von Santésuisse). Von Interesse könnte überdies das oben erwähnte, begrenzte Datenpooling der Angaben in SAKE, SGB, SILC und SHP

sein. Überlegenswert wäre zudem ein Ausbau von Datenerhebungen, die sich auf Kinder und besonders vulnerable Gruppen beziehen.³⁷

- Gesundheitskompetenz: Wie in Kapitel 3 ausgeführt, existieren in der Schweiz noch keine umfassenden Daten zur Gesundheitskompetenz; hier wäre nach Möglichkeiten zu suchen, die Lücken mittels Erweiterung existierender Studien zu schliessen.

D) Soziale Lage und Gesundheit

Die vereinfachte Berichterstattung unter Punkt A trägt der in Kapitel 2 diskutierten Komplexität des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit ungenügend Rechnung. Selbst die Vertiefungen unter Punkt C dürften nur bedingt dazu geeignet sein, alle denkbaren Beziehungen im Modell abzubilden, da eine vollständige Analyse für alle in den Tabellen 4.1 und 4.2 aufgeführten Indikatoren nicht nur zu aufwendig, sondern auch zu kompliziert sein dürfte.

Trotzdem sollte das Monitoring zumindest ansatzweise den Versuch machen, die Nutzer/innen vertieft in den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit einzuführen. Dazu dient Teil D der Berichterstattung, der u.E. die folgenden Aspekte enthalten sollte:

1. Einfache Einführung in den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit: Hier soll das Modell aus Kapitel 2 kurz dargestellt und erläutert werden. Die kurze Einführung kann mit einem Hintergrunddokument hinterlegt werden, das eine umfassender Diskussion enthält.
2. Ausmass und Entwicklung der Ungleichheit in der Schweiz: Der Stand und die Entwicklung zentraler Merkmale des sozialen Lage soll in Form von Indikatoren dargestellt werden. Sinnvollerweise werden hier insbesondere die zentralen unabhängigen Variablen aus Teil A dargestellt (Schulbildung, Einkommensverteilung, Migrationshintergrund, demographische Entwicklung). Von Interesse könnte zudem die Identifikation besonders vulnerabler Gruppen sein. Die Angaben in diesem Teil müssen, ähnlich wie die Indikatoren in Teil A, periodisch aktualisiert werden, wenn neue Befunde verfügbar werden.
3. Exemplarische Darstellung der Zusammenhänge: Schliesslich sollte anhand von einem oder zwei Beispielen aufgezeigt werden, wie soziale Lage, Lebensbedingungen und Lebensstil sich auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Gesundheit auswirken. Im Gegensatz zu Teil A der Berichterstattung sollen dabei alle Modellebenen – insbesondere auch diejenige der Lebensbedingungen – möglichst differenziert analysiert werden. Dabei sollen nach Bedarf multivariate und Mehrebenenanalysen verwendet werden. Die Analyse kann zudem als empirische Illustration für die Selektion besonders wichtiger unabhängiger Merkmale für die Analysen in Teil A dienen.

Als Datenquellen für Teil D eignen sich insbesondere die SGB, SILC sowie das SHP, die umfangreiche Daten zur sozialen Lage, Lebensbedingungen und Lebensstil enthalten. Die Diskussion kann hier jedoch um allgemeine Angaben zur demographischen Entwicklung und zur Ungleichheitsstruktur in der Schweiz ergänzt werden (z.B. STATPOP, Steuerdaten).

Wie bereits in Zusammenhang mit der Diskussion von Abbildung 4.2 erwähnt, sollten die grundlegenden Angaben zu Ausmass, Dynamik und gesundheitlichen Wirkungen der sozialen Ungleichheit in der Schweiz in der (webbasierten) Berichterstattung im Sinne einer grundlegenden Einführung prominent positioniert werden.

³⁷ Bezüglich der Kinder könnte eine Kooperation mit dem Schweizerischen Tropen- und Public Health Institut der Universität Basel (Swiss TPH) von Interesse sein, da dort gegenwärtig die Vorbereitungen zu einem grösseren Gesundheitsmonitoring bei Kindern laufen. Mit Blick auf besonders vulnerable Gruppen sei insbesondere auch die Schweizer Armutsstudien der 1990er Jahre (Leu et al. 1997) und denkbare Ergänzungen der Stichprobe der SILC-Studie verwiesen.

E) Themenmonitoring

Nicht zu vergessen ist schliesslich das bereits in Kapitel 2 erwähnte "Themenmonitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit", das Hinweise auf die Bewertung und den Problemdruck gesundheitlicher Ungleichheit in Politik und Gesellschaft vermitteln soll. Das Themenmonitoring wäre gesondert aufzubauen und könnte die folgenden Punkte umfassen:

- Periodische Analyse von "Wahrnehmungsdaten", wie sie etwa im Gesundheitsmonitor des gfs oder verschiedenen "Sorgenbarometern" vorliegen.
- Monitoring von Gesundheitsthemen in den Medien: Die Sammlung von Artikeln und Sendungen könnte etwa via Argus veranlasst werden; vertiefte (Inhalts)analysen müssten allerdings in eigener Regie bzw. in Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Partner durchgeführt werden.
- Monitoring gesundheitspolitischer Vorstösse und Diskussionen in den Parlamenten: Am einfachsten wäre hier ein Monitoring der nationalen Ebene (National- und Ständerat), das durch eine periodische Übersicht über Aktivitäten auf der kantonalen und lokalen (grosse Städte) Ebene ergänzt werden könnte.
- Monitoring der wissenschaftlichen Diskussion: Schliesslich könnte die wissenschaftliche Diskussion verfolgt werden, da die Wahl von Forschungsthemen Hinweise darauf vermittelt, welche Fragestellungen auf der internationalen Ebene von Bedeutung sind.

Für die Durchführung des Themenmonitorings müsste wohl ein spezialisierter Partner gesucht werden. Von Interesse könnte hier zudem eine Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz sein, die bereits ein eigenes "gesundheitspolitisches Monitoring" führt.³⁸

4.3 Aufwandschätzung

Eine zuverlässige Aufwandschätzung für den Aufbau und Betrieb des Monitorings ist zum aktuellen aus verschiedenen Gründen nicht möglich: *Einerseits* ist muss geklärt werden, welchen Umfang Monitoring und Berichterstattung haben sollen. In Abschnitt 4.2 wurden ausgehend von einer relativ knappen Berichterstattung zu einer begrenzten Zahl von Kernindikatoren (A) verschiedene Optionen skizziert, die zusätzlich entwickelt werden könnten. Unabhängig vom Umfang des Monitorings stellt sich andererseits die Frage, welche Partner im Monitoring welche Eigenleistungen erbringen können. Falls beispielsweise das BFS einer der zentralen Partner des Monitorings wird, können wohl gewisse Teile des Monitorings in die Standardauswertungen verschiedener Datenquellen aufgenommen werden bzw. ohnehin geplante Analysen und Kommunikationskanäle verwendet werden. Mit dem BFS und dem Obsan würden zudem qualifizierte Analysepartner zur Verfügung stehen, die mit einer Reihe zentraler Datenquellen bereits gut vertraut sind und entsprechende Zusatzanalysen daher vergleichsweise kostengünstig vornehmen können.

Vor diesem Hintergrund hat die in Tabelle 4.3 festgehaltene Aufwandschätzung einen stark provisorischen Charakter. In der Tabelle wird unterschieden zwischen einem einmaligen Aufwand für den Aufbau und dem laufenden Aufwand für die Weiterentwicklung und Pflege des Monitorings. Aus der Tabelle geht hervor, dass wir für die Minimalvariante (Teil A) mit einem einmaligen Aufwand von rund 60 Arbeitstagen und einem wiederkehrenden Aufwand von jährlich rund 25 bis 45 Arbeitstagen rechnen.

Sollen weitere Elemente in das Monitoring integriert werden, so dürfte sich der Grundaufwand etwa verdoppeln und der wiederkehrende Aufwand bis zu rund 150 Arbeitstagen pro Jahr betragen.

³⁸ Vgl. hierzu die Hinweise und Berichte auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz unter: www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Grundlagen_Wissen/monitoring.php

Insbesondere bei den Teilen C und D sind allerdings je nach Analysewünschen und verfügbaren Finanzmitteln deutlich höhere Aufwände denkbar.

Tabelle 4.3: Provisorische Aufwandschätzung (Arbeitstage) für die verschiedenen Teile des Monitorings des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit

	Einmaliger Aufwand	Wiederkehrender jährlicher Aufwand*
Konzept für Berichterstattung, Analysekonzept, Koordination	15	5-10
Website und Publikation: Gestaltung, Management	10	10-20
A: Kernindikatoren (inkl. intl. Vergleich)	35	10-15
B: Zusatzindikatoren	-	10-25
C: Vertiefungen, Zusatzanalysen und Weiterentwicklung	-	10-55
D: Soziale Lage und Gesundheit	0-25	5
E: Themenmonitoring	0-25	10-20
Total	60-110	60-150

* Geschätzter durchschnittlicher Aufwand pro Jahr; je nach Verfügbarkeit von Datenquellen kann der Aufwand in einem Jahr grösser, in den folgenden Jahren dagegen geringer sein (z.B. dürfte der Aufwand für die SGB 2012 v.a. in den Jahren 2013/14 anfallen).

4.4 Zusammenfassung

Eine zentrale Frage, die beim Aufbau eines Monitorings des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit beantwortet werden muss, bezieht sich auf dessen Umfang. Gerade in der Schweiz mit ihren vielfältigen Datenquellen (vgl. Kapitel 3) ist im Prinzip eine sehr breite Berichterstattung zu sehr unterschiedlichen Gesundheitsthemen denkbar. So faszinierend ein möglichst umfangreiches und differenziertes Monitoringsystem auf den ersten Blick sein mag, so problematisch dürfte es angesichts der hohen Kosten und der damit einhergehenden Unübersichtlichkeit letzten Endes sein. Anlässlich des Workshops vom 28. Februar 2013 wurde von verschiedenen Teilnehmenden auf diese Gefahr hingewiesen und "Mut zur Lücke" gefordert: Ein Monitoringsystem braucht nicht alle Aspekte des Gegenstandsbereichs vollständig abzudecken, vielmehr soll es relevante Informationen in gut nachvollziehbarer Form enthalten. Sollten sich im Verlaufe der Arbeit dann gravierende Lücken zeigen, so können diese nach Möglichkeit geschlossen werden, wobei jedoch immer darauf zu achten sei, dass die Darstellung übersichtlich bleibt.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine schlanke Grundversion (Teil A) des Monitorings des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit vor, in der zunächst Daten zu einigen wenigen, besonders wichtigen Indikatoren und Ungleichheitsdeterminanten aufgearbeitet und präsentiert werden. Diese Kernindikatoren können in den kommenden Jahren schrittweise durch weitere Indikatoren (Teil B) und thematische Vertiefungen (Teile C und D) sowie ein übergeordnetes Themenmonitoring (Teil E) ergänzt werden. Ähnliches gilt für die Berichterstattung, die u.E. in eine schlanke Website integriert werden sollte, jedoch durch zusätzliche Dokumentationen und Hintergrundberichte erweitert werden kann.

Die Empfehlungen im vorliegenden Kapitel haben ebenso wie die vorsichtige Aufwandschätzung provisorischen Charakter und können im weiteren Projektverlauf verändert und erweitert werden. Das folgende Kapitel enthält einen kurzen Ausblick auf die nächsten Schritte, die u.E. auf dem Weg zu einem Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit in der Schweiz absolviert werden sollten.

5. Ausblick

Aus der Darstellung in den vorangehenden Kapiteln dürfte klar geworden sein, dass der Aufbau eines Monitoringsystems zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit in der Schweiz ein ambitioniertes Unterfangen darstellt. Selbst wenn man den "Mut zur Lücke" aufbringt und sich auf einige wenige Indikatoren und Zusammenhänge beschränkt, ist alleine schon die Selektion der Indikatoren und Datenquellen eine anspruchsvolle Aufgabe: So fragt sich hier etwa, ob in einer ersten Ausgabe des Monitorings primär mit den Querschnittsdaten der Gesundheitsbefragung oder zusätzlich mit Panelanalysen und weiteren Datenquellen gearbeitet werden soll. Weitere Fragen beziehen sich auf die Art und den Umfang der Berichterstattung und den zeitlichen Rahmen für den Aufbau des Monitorings.

Vor diesem Hintergrund scheinen uns mit Blick auf die Weiterentwicklung des vorliegenden Konzepts zu einem konkreten Monitoringsystem die folgenden, miteinander verknüpften Arbeitsschritte und Klärungen sinnvoll.

Commitment des BAG und interne Klärungen

Eine zentrale Frage bezieht sich zunächst darauf, ob das Projekt überhaupt weiterverfolgt werden soll und wie dies BAG-intern zu geschehen hat. Anlässlich des Workshops vom 28. Februar 2013 haben die anwesenden Vertreter/innen des BAG ihr Interesse am Monitoringsystem geäußert. Intern müsste nun jedoch weiter geklärt werden, welche Abteilungen in welcher Form am Monitoring mitwirken, was sie sich davon versprechen, wie der Austausch mit den anderen Monitoringprojekten des BAG (MOSEB, GMM, Sucht- und Kostenmonitoring etc.) sichergestellt werden kann und welche personellen und finanziellen Ressourcen für das Vorhaben bereitgestellt werden müssen.

Eine weitere Frage bezieht sich auf den Zeithorizont des Projekts: Monitoringsysteme sollten längerfristig angelegt werden, damit mit der Zeit auch neue Daten und Resultate in die Berichterstattung integriert und Aussagen über Veränderungen gemacht werden können. Für den Aufbau einer ersten Version des Monitorings rechnen wir, wie in Kapitel 4 erwähnt, mit einem Zeitrahmen von einem bis zwei Jahren, doch sollte das zeitliche Commitment nach Möglichkeit einen längeren Zeitraum und verschiedene Aktualisierungs- und Erweiterungsstufen umfassen.

Kooperationsvereinbarung mit zentralen Partnern, Planung und Bestimmung von Regeln der Zusammenarbeit

Das Monitoring sollte nicht nur innerhalb des BAG breit abgestützt werden, sondern vor allem auch in Zusammenarbeit mit ausgewählten Partnern aufgebaut und betrieben werden. Von besonderer Bedeutung sind hier das BFS und das Obsan, die bereits über eigene Indikatorensysteme verfügen, an die angeknüpft bzw. die mit dem neuen Monitoring verlinkt werden könnten. Diese und allfällige weitere Partner sind formell zur Zusammenarbeit einzuladen und die Zuständigkeiten zu klären. Dabei ist auch zu diskutieren, welche Eigenleistungen die Partner erbringen bzw. mit welchem Aufwand sie für die Arbeiten am Monitoringsystem rechnen und ob und wie dieser entschädigt werden müsste. Denkbar ist auch die externe Vergabe von Teilmandaten, für die ausreichende Mittel bereitgestellt werden müssten. Entsprechend ist in dieser Phase ein Zeit-, Personal- und Ressourcenplan auszuarbeiten.

Eine weiterer Punkt, der in diesem Zusammenhang geklärt werden muss, wurde am Workshop vom 28. Februar 2013 erwähnt: Es müssen Regeln für die Zusammenarbeit und die Entscheidungsfindung festgelegt werden. So muss beispielsweise bestimmt werden, in welcher Form über die Aufnahme oder Elimination von Indikatoren entschieden wird, wer für welche Projektteile verantwortlich ist und wie mit externen Anfragen und Wünschen umgegangen wird. Hier ist der Gefahr Rechnung zu tragen,

dass die Berichterstattung aufgrund einer zu grossen Zahl von Kernindikatoren unübersichtlich werden könnte.

Selektion von Datenquellen, (Kern)indikatoren, unabhängigen Merkmalen

Ein zentraler Punkt der Weiterarbeit bezieht sich auf die Frage, welche Indikatoren in welcher Form schliesslich aufgearbeitet werden. Wir schlagen vor, die Arbeit mit den Modulen A (Kernindikatoren) und D (soziale Lage und Gesundheit) zu beginnen und sich dabei zunächst auf einige wenige Datenquellen (SGB, SILC, SHP, SNC) zu beschränken. Gerade wenn auf der Ebene der Kernindikatoren ein einfaches und übersichtliches Indikatorensystem erarbeitet werden soll, stellt sich die Frage, welches die aussagekräftigsten Indikatoren sind und welche unabhängigen Merkmale berücksichtigt werden sollen. In diesem Zusammenhang ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Tabellen 4.1 und 4.2 lediglich erste Vorschläge für die Indikatorens Selektion enthalten, die in Zusammenarbeit mit den interessierten Abteilungen des BAG und den externen Partnern finalisiert und in ein Detailkonzept überführt werden muss.

Gleichzeitig sollen erste Entscheidungen über die Module B, C und E gefällt und entsprechende Weichenstellungen vorgenommen werden: So wäre beispielsweise zu klären, welche Zusatzindikatoren (Modul B) prioritär entwickelt werden sollen, welche weiteren Analysen und Ergänzungen der Datenquellen besonders vielversprechend sind (Modul C) und welchen Umfang das Themenmonitoring (Modul E) haben soll und wie dieses vorbereitet werden könnte.

Zielgruppen und Festlegen der Berichterstattung

Schliesslich sind Entscheidungen bezüglich der Art und des Umfangs der Berichterstattung zu fällen. Diese Entscheidungen sind ihrerseits abhängig von den avisierten Zielgruppen: Für die Politik und interessierte Laien müssen die Daten beispielsweise anders aufbereitet werden als für Public Health Spezialisten und wissenschaftliche Fachleute. Für die Konzeption der Berichterstattung eignen sich die in Abbildung 4.1 weiter oben aufgeführten drei Stufen der Berichterstattung: Stufe 1 würde sich eher an ein Laienpublikum richten, während Stufe 2 für die Politik sowie Public Health Fachleute und Stufe 3 eher für die Wissenschaft zu konzipieren wäre.

Mit Blick auf die Berichterstattung favorisieren wir gemäss Kapitel 4 eine Webplattform mit ergänzenden Hintergrund- und thematischen Berichten in Print- oder PDF-Form. Eine wichtige Frage, die es hier zu klären gilt, bezieht sich darauf, ob das Monitoring eher die Form einer "Metaplatform" haben soll, die verschiedene andere Indikatorensysteme miteinander verbindet und dabei allfällige Lücken schliesst und gezielte Ergänzungen (etwa bezüglich ausgewählter Aspekte der Lebensbedingungen) vornimmt, oder ob eine eigene, integrierte Berichterstattung aufgebaut werden soll.

Abschliessend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Rückmeldungen anlässlich des Workshops vom 28. Februar 2013 auf ein hohes Interesse an einem Monitoring des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit in Expertenkreisen hindeuten. Die positive Grundstimmung beim Workshop stimmt für den weiteren Projektverlauf insofern zuversichtlich, als nicht nur mit einem Interesse an den Resultaten, sondern auch einer erheblichen Kooperationsbereitschaft seitens verschiedener Organisationen und Fachleute gerechnet werden darf.

Literaturhinweise

- Abel, T. (2007): Cultural Capital in Health Promotion. S. 43-73 in McQueen, D.V., Kickbush, I. (Hg.): Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion. Berlin: Springer.
- Abel, T. (2008): Cultural capital and social inequality in health. J. Epidemiol Community Health. 62(7):e13
- Abel, T., Abraham, A., Sommerhalder, K. (2006): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. S. 185-198 in: Richter, M., Hurrelmann K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Abel, T., Fröhlich, K.L. (2012): Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. Soc Sci Med. 74(2):236-44.
- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L., Syme, S.L. (1994/2009): Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. S. 5-25 in: Pickett, A., Wilkinson R.G. (Hg.): Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare. Vol. 2: Health Inequalities: Causes and Pathways. London/New York: Routledge.
- Arber, S. (1997/2009): Comparing Inequalities in women's and men's health. Britain in the 1990s. S. 327-352 in: Pickett, A., Wilkinson R.G. (Hg.): Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare. Vol. 1: Health Inequalities: The Evidence. London/New York: Routledge.
- Babitsch, B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit, Bern: Huber.
- Babitsch, B. (2006): Die Kategorie Geschlecht. Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. S. 271-287 in: Richter, M., Hurrelmann K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babones, S.J. (2009)(Hg.): Social Inequality and Public Health. Bristol: Policy Press.
- Bauer, U., Bittlingmayer U.H., Richter, M. (2008) (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beck, U. (1983): Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheit, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. S. 35-74 in: Kreckel, R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz, S. 35-74.
- Behrens, J. (2006): Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. S. 53-72 in: Richter, M., Hurrelmann K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Benzeval, M., Dilnot, A., Judge, K, Taylor, J. (2000): Income and health over the lifecourse: evidence and policy implications. S. 96-112 in: Graham, H. (Hg.): Understanding Health Inequalities. Buckingham: Open University Press.
- Berkman, L. (2000): Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. S. 137-173 in: Berkman, L., Kawachi I. (Hg.): Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.
- Berkman, L., Kawachi I. (2000) (Hg.): Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.
- Berney, L., Blane, D., Smith, G.D., Holland, P. (2000): Lifecourse influences on health in early old age. S. 79-95 in: Graham, H. (Hg.): Understanding Health Inequalities. Buckingham: Open University Press.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz, 1992-2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: BFS.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2009): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Standardtabellen Version 19.2.2009 (CD). Neuchâtel: BFS.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2010): Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. BFS aktuell vom 20.8.2010. Neuchâtel: BFS.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2011): Statistischer Sozialbericht Schweiz 2011. Neuchâtel: BFS.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2012a): Armut in der Schweiz. Konzepte, Resultate und Methoden. Ergebnisse auf der Basis von SILC 2008 bis 2010. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2012b): Gesundheitsstatistik 2012. Neuchâtel: BFS.
- BK/BFS – Schweizerische Bundeskanzlei/Bundesamt für Statistik (2012): Revision des Indikatorensystems für Bundesrat und Parlament. Konzeption, Methoden und Prozesse. Neuchâtel: BFS/BK.
- Bopp M, Minder C.E. (2003): Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort. S. 346-354 in: Int J Epidemiol, 32(3).
- Bortz, J. (1979): Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

- Bosma, H. (2008): Sozioökonomische Gesundheitsunterschiede und die Rolle der Kontrollüberzeugungen. S. 195-211 in: Siegrist, J., Marmot M. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen (englische Originalausgabe: 2006). Bern: Huber.
- Braveman, P. (2003): Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. S. 181-192 in: J. Health Popul Nutr 21(3).
- Braveman, P. (o.J.): Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: WHO.
- Braveman, P., Gruskin, P. (2003): Defining equity in health. S. 254-258 in: J Epidemiol Community Health 57.
- Budrys, G. (2003): Unequal Health. How Inequality Contributes to Health or Illness. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Cantoreggi, N. (2010): Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Genève: Université de Genève.
- Carr-Hill, R. (1990/2009): The measurement of inequities in health. Lessons from the British experience. S. 455-478 in: Pickett, A., Wilkinson R.G. (Hg.): Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare. Vol. 1: Health Inequalities: The Evidence. London/New York: Routledge.
- Dahl, E., Fritzell, J., Lahelma, E., Martikainen, P., Kunst, A., Mackenbach, J. (2008): Wohlfahrtsstaatssystem und gesundheitliche Ungleichheiten. S. 245-280: Siegrist, J., Marmot M. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen (englische Originalausgabe: 2006). Bern: Huber.
- Dahlgren G., Whitehead M. (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health. Stockholm: Institute of Future Studies.
- Dubowitz, T., Osypuk, T., Kurland, K. (2009): Examination of the built environment and prevalence of obesity: neighbourhood characteristics, food purchasing venues, green space and distribution of Body Mass Index. S. 25-44 in: Babones, S.J. (Hg.): Social Inequality and Public Health. Bristol: Policy Press.
- Elkeles, T. (2008): Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. S. 87-107 in: Bauer, U., Bittlingmayer, U.H., Richter, M. (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Emmons, K.M. (2000): Health Behaviors in a Social Context. S. 242-266 in: Berkman, L., Kawachi I. (2000) (Hg.): Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.
- EUROSTAT (2010): Highly educated men and women likely to live longer. Eurostat Statistics in Focus 24/2010. Ohne Ort: Eurostat EU.
- EUROSTAT/INSEE (2011): Multidimensional Measurement of the Quality of Life. Report of the Task Force. November 2011. Ohne Ort: EUROSTAT.
- Faeh, D., Bopp, M. (2010): Educational inequalities in mortality and associated risk factors: German- versus French-speaking Switzerland. S. 567- 577 in: BMC Public Health 10 (elektronische Version, Zugriff am 30.7.2012).
- Farago, P., Hutter Király, P., Brunner, B., Suter, C. (2005): Prekäre Lebenslagen. Subjektive Bewertungen und Handlungsstrategien in Haushalten mit knappen finanziellen Ressourcen. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 2/05. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung – BSV.
- Frank, J, Haw, S. (2011): Best Practice Guidelines for Monitoring Socioeconomic Inequalities in Health Status: Lessons from Scotland. S. 658-693 in: Milbank Quarterly 89(4).
- Galobardes, B., Lynch, J, Smith, G.D. (2007/2009): Measuring socioeconomic position in health research. S. 439-454 in: Pickett, A., Wilkinson, R.G. (Hg.): Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare. Vol. 1: Health Inequalities: The Evidence. London/New York: Routledge.
- Graham, Hilary (Hg.) (2000): Understanding Health Inequalities. Buckingham: Open University Press.
- Helmert, U. (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Augsburg: Maro.
- Helmert, U., Buitkamp, M. (2009): Bildung eines Schichtindex (SES) mit den Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Hradil, S. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? S. 33-52 in: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K. (2003): Gesundheitssoziologie. München: Juventa.
- Joye, D., Schuler, M. (1995): Sozialstruktur der Schweiz. Sozio-professionelle Kategorien. Bern: BFS.

- Jungbauer-Gans, M., Gross, C. (2006). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. S. 73-89 in: Richter, M., Hurrelman, K. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kägi, W., Frey, M., Säuberli, C., Feer, M., Koch, P. (2012): *Monitoring 2010: Wirksamkeit der Prämienverbilligung*. Basel: B,S,S Volkswirtschaftliche Beratung.
- Kanton Bern (Gesundheits- und Fürsorgedirektion) (o.J.): *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern: Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Kawachi, I. (2000): *Income Inequality and Health*. S. 76-94 in: Berkman, L., Kawachi I. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Berkman, L. (2000): *Social Cohesion, Social Capital, and Health*. S. 174- 190 in: Berkman, L., Kawachi I. (2000) (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kickbusch, I. (2009): *Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten*. S. 19-33 in: Meyer, K. (Hg.): *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Huber.
- Krieger, N. (2000/2009): "Epidemiology and Social Sciences: Towards a critical reengagement in the 21st century." S. 25- 41 in: Pickett, A., Wilkinson, R.G. (Hg.): *Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare*. Vol. 1: *Health Inequalities: The Evidence*. London/New York: Routledge.
- Krieger, N. (2000): *Discrimination and Health*. S. 36-75 in: Berkman, L., Kawachi I. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Krieger, N. (2005)(Hg.): *Embodying Inequality. Epidemiologic Perspectivs*. Amityville, N.Y.: Baywood.
- Kristenson, M. (2008): *Sozioökonomische Lage und Gesundheit – die Rolle des Bewältigungsverhaltens*. S. 163-194 in: Siegrist, J., Marmot, M. (Hg.): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen (englische Originalausgabe: 2006)*. Bern: Huber.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O. (2008): *Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage – Konsequenzen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit*. S. 143-166 in: Bauer, U., Bittlingmayer, U.H., Richter, M. (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, T., Kroll, L.E. (2006): *Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien*. S. 297-319 in: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamprecht, M., Stamm, H. (1994): *Die soziale Ordnung der Freizeit*, Zürich: Seismo.
- Lamprecht, M., Stamm, H. (2006): *Bewegung, Sport, Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002*. (auch in französischer Sprache verfügbar unter dem Titel: *Activité physique, sport et santé*) Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Lamprecht, M., König, C., Stamm, H. (2006): *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit. Grundlegendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Lamprecht, M., Fischer, A., Stamm, H. (2008): *Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Leu, R. Burri, S., Priester, T. (1997): *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Paul Haupt.
- Lynch, J., Kaplan, G. (2000): *Socioeconomic Position*. S. 13-35 in: Berkman, L., Kawachi I. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Macintyre, S., Hiscock, R., Kearns, A., Ellaway, A. (2000): *Housing tenure and health inequalities: a three-dimensional perspective on people, homes and neighbourhoods*. S. 129-142 in: Graham, H. (Hg.): *Understanding Health Inequalities*. Buckingham: Open University Press.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E.J.M., Groenhouf, F., Geurts, J.J.M. (1997/2009): *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe*. S. 479-491 in: Pickett, A., Wilkinson R.G. (Hg.): *Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare*. Vol. 1: *Health Inequalities: The Evidence*. London/New York: Routledge.
- Mackenbach, J.P. (2006): *Health Inequalities. Europe in Profile. An independent expert report commissioned by the UK*.
- Marmot, M. (2000): *Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants*. S. 349-367 in: Berkman, L., Kawachi I. (2000) (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. (2005): *Social determinants of health inequalities*. *Lancet* 365: 1099-1104.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012); *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. *Lancet* 380: 1011-1029.

- Meier, H., Frey, M., Waeber, P. (2011): Strategische Grundlagen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der Schweiz. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG: Basel.
- Meyer, K. (2009) (Hg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Huber.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Mielck A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.
- Mielck, A. (2008): Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze. S. 167-187 in: Bauer, U., Bittlingmayer, U.H., Richter, M. (Hg.) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Mielck, A. (2010): Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind 'ungerecht'. S. 79-96 in: Strech, D., Marckmann, G. (Hg.): Public Health Ethik. Münster: Lit.
- Müller, H. (1992): Sozialstruktur und Lebensstile: Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Nazroo, J. (2003/2009): The structuring of ethnic inequalities in health. Economic position, racial discrimination, and racism. S. 403-418 in: Pickett, A., Wilkinson, R.G. (Hg.): Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare. Vol. 1: Health Inequalities: The Evidence. London/New York: Routledge.
- O'Campo, P., Dunn, J.R. (2012) (Hg.): Rethinking Social Epidemiology. Towards a Science of Change. Dordrecht: Springer.
- Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2004a): Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz. (Arbeitsdokument 6). Neuchâtel: Obsan.
- Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2004b): Dokumentation "Inventar der Schweizer Gesundheitsdatenbanken. (Forschungsprotokoll 2) Neuchâtel: Obsan.
- Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2006): Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz. Aktualisierung und Erweiterung 2006. (Arbeitsdokument 20) Neuchâtel: Obsan.
- Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010a): Gesundheit im Kanton Appenzell Ausserrhoden/Uri/Luzern/Tessin/Waadt Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen. Obsan Berichte Nr. 40, 41, 42 44 und 46. Neuchâtel: Obsan. (Zusätzlich hat das Obsan kürzere Broschüren zu folgenden Kantonen publiziert: Freiburg, Tessin, Luzern, Schwyz).
- Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010b): Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz. Aktualisierung und Erweiterung 2010. (Obsan Bericht 38) Neuchâtel: Obsan.
- OECD (2011): Health at a Glance 2011. OECD Indicators. Paris: OECD.
- Pickett, A., Wilkinson, R.G. (2009) (Hg.): Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare. (4 Bände). London/New York: Routledge.
- Power, C., Kuh, D. (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. S. 45-76 in: Siegrist, J., Marmot, M. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen (englische Originalausgabe: 2006). Bern: Huber.
- Richter, M., Hurrelmann K. (2006) (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M., Ackermann, S., Moor, I. (2011): Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten. Ein systematisches Review. (Bericht) Halle: Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität.
- Rosenbrock R., Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Huber.
- Schuler, M., Joye D. (o.J.): Typologie der Gemeinden der Schweiz 1980-2000. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Statistik, greifbar unter: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/11/geo/raeumliche_typologien/01.html.
- Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer.
- Siegrist, J., Marmot, M. (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen (englische Originalausgabe: 2006). Bern: Huber.
- Siegrist, J., Theorell, T. (2008): Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. S. 99-130 in: Siegrist, J., Marmot, M. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen (englische Originalausgabe: 2006). Bern: Huber.
- Siegrist, J., Dragano, N., von dem Knesebeck, O. (2006): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. S. 157-170 in: Richter, M., Hurrelmann K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Speybroeck, N., Harper, S., de Savigny, D., Victora, C. (2012): Inequalities of health indicators for policy makers: six hints. *Int. J. Public Health* 57: 855-860.
- Spoerri, A., Zwahlen, M., Egger, M., Gutzwiller, F., Minder, C., Bopp, M. (2006): Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss National Cohort. *Swiss Med. Wkly* 136: 145-148.
- Spinakis, A., Anastasiou, G., Panousis, V., Spiliopoulos, K., Palaiologou, S., Yfantopoulos, J. (2011): Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union - Summary Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers. Luxembourg: Commission Directorate General for Health and Consumers.
- Stamm, H., Lamprecht, M. (2009a): Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. (Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz). Zürich: Lamprecht und Stamm.
- Stamm, H., Lamprecht, M. (2009b): "Bildung als Gesundheitsressource". S. 253-267 in: Meyer, K. (Hg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Huber.
- Stamm, H., Lamprecht, M., Nef, R. (2003): Soziale Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmungen. Zürich: Seismo.
- Stamm, H., Lamprecht M., Wiegand, D. (2012): Migration und Gesundheit. Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Migrationsbevölkerung. Sekundäranalyse im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stronks, K., van de Mheen H.D., Looman CWN, Mackenbach J.P. (1996): Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. S. 653-674 in: *Sociology of Health & Illness* 18(5).
- Theorell, T. (2000): Working Conditions and Health. S. 95-117 in: Berkman, L., Kawachi I. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Wang, J., Schmid, M. (2006): Studie: Swiss Health Literacy Survey 2006. *News Public Health Schweiz*, Nr. 3.
- Weyers, S., Richter, M. (2010): Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten. S. 383-390 in: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- White, M., Adams, J., Heywood, P. (2009): How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations. S. 65-81 in: Babones, S.J. (Hg.): *Social Inequality and Public Health*. Bristol: Policy Press.
- Whitehead, M., Dahlgren G. (2006): Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe.
- WHO – World Health Organisation (2007a): The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. WHO Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN). Ohne Ort.
- WHO – World Health Organisation (2007b) Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide. WHO Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN). Ohne Ort.
- WHO - World Health Organisation (WHO)(2007c): Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Europe.
- WHO – World Health Organisation (2008): Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organisation (2012): World Health Statistics 2012: Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organisation (o.J.): Soziale und umweltbezogene Determinanten von Gesundheit sowie gesundheitlicher Ungleichheit in Europa: Faktenblatt. Genf: WHO. (Download am 28.3.2013 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/185314/Social-and-environmental-determinants-Fact-Sheet-Ger.pdf)
- Wilkinson, R.G. (1994/2009): "The Epidemiological Transition: From material scarcity to social disadvantage. S. 210-223 in: Pickett, A., Wilkinson R.G. (Hg.): *Health and Inequality. Major Themes in Health and Social Welfare*. Vol. 1: Health Inequalities: The Evidence. London/New York: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (2005): *The Impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*. New York/London: New Press.
- Wilkinson R, Marmot ,M. (2003): *The Solid Facts*. Copenhagen: WHO.
- Wolf, C. (2004): Wohnquartier und Gesundheit: Eine Mehrebenenanalyse. S. 103-126 in: Keckes, R., Wagner, M., Wolf, C. (Hg.) *Angewandte Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Anhang: Detailinformationen zu ausgewählten Datenerhebungen

Die folgenden Tabellen enthalten Überblicke über den Inhalt der in Kapitel 3 als besonders geeigneten Studien SGB (Tabelle A1), SHP (A2), SILC (A3) sowie SNC und eCOD (A4). Basis der Analyse bildeten die letzten verfügbaren Fragebogen, wobei die verschiedenen Merkmale entsprechend dem in Kapitel 2 entwickelten Modell auf verschiedenen analytische Ebenen und Dimensionen aufgeteilt wurden. Dort, wo eine Zuordnung nicht eindeutig vorgenommen werden könnte, wurden die Merkmale mehrmals aufgeführt und kursiv gedruckt. Bei den fett gedruckten Merkmalen handelt es sich um Variablen, die in Kapitel 2 als besonders für die Berichterstattung prioritär eingeschätzt wurden.

Tabelle A1: Merkmale der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Fragebogen 2012)

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (+ +/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
soziale Lage, Ungleichheit	soziale Herkunft		
	Bildung	++	Erste Ausbildung nach obligat. Schule, weitere abgeschlossene Ausbildungen → höchste abgeschlossene Ausbildung
	Arbeitsmarktintegration/-status	++	Erwerbsstatus, Beschäftigungsgrad
	Beruf	++	<i>berufliche Stellung</i> , ausgeübter Beruf
	individuelles Einkommen	++	Persönliches Nettoeinkommen
	Haushalts(äquivalenz)-einkommen	++	Haushaltseinkommen, (Haushaltszusammensetzung) → Haushaltsäquivalenzeinkommen
	Wohlstand/Vermögen		
	Geschlecht	++	Geschlecht
	Alter	++	Alter
	Migrationshintergrund	++	Nationalität, Doppelbürger, Nationalität bei Geburt, Jahr der Einbürgerung
	Wohnort	+	Wohngemeinde, Region, Kanton
	WEITERE		
Gesundheitsversorgung	Versicherungsstatus (privat/allg.)	++	Art der obligatorischen Krankenversicherung, privat-allgemein , Zusatzversicherung für Komplementärmedizin
	Belastung durch Gesundheitskosten		
	Zugang zu ärztlichen Leistungen	++	Hausarzt haben Inanspruchnahme Arzt , Hausarzt, Allgemeinpraktiker, Frauenarzt, (anderer) Spezialist Inanspruchnahme Zahnarzt Inanspruchnahme medizin. Dienstleistungen (Paramedizin) Inanspruchnahme Komplementärmedizin Behandlung psychischer Probleme Inanspruchnahme Spitex Beratung in Apotheke
	Ambulante und stationäre Behandlungen	++	Inanspruchnahme Spital (ambulant, stationär), Häufigkeit, Total Anzahl Tage
	Medikamentenkonsum	++	Medikamentenkonsum (Typ, Häufigkeit, ärztliche Verordnung)
	WEITERE		

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (++/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
Lebensbedingungen	Arbeitsbedingungen	++	Wirtschaftszweig/Branche, <i>berufliche Stellung</i> , Art des Arbeitsvertrages, Belastungen und Risiken am Arbeitsplatz (nur Erwerbstätige und Lehrlinge): physische Risiken, ergonomische Risiken, psychosoziale Risiken Einfluss der Arbeit auf Gesundheit (subjektive Einschätzung)
	Wohnsituation	++	Wohneigentum, Anzahl Zimmer, Immissionen zu Hause (11 Items)
	Netzwerke/Integration (soziales Kapital)	+	Zivilstand, <i>Haushaltsform</i> , Kinder in und ausserhalb Haushalt Teilnahme an Gruppenveranstaltungen
	Haushaltszusammensetzung	++	<i>Haushaltsform</i> , Anzahl Personen im Haushalt, Art der verwandtschaftlichen zu anderen Haushaltsmitgliedern
	Bewältigungsverhalten	+	Kontrollüberzeugung (Mastery-Skala) Coping mit Stress (nur 1997, 2002), Kohärenzgefühl (nur 1992-2007)
	Gesundheitskompetenz	=	Wichtigkeit, Berichte aus Medien hinterfragen (nur 2007) Einschätzung der Sicherheit im pers. Gesundheitsverhalten, im Konsumverhalten, im Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem, als Bürger bei ges.polit. Abstimmungen (nur 2007)
	soziale Unterstützung	+	Anzahl Personen soziale Unterstützung, Hilfe von Nachbarn Gesprächspartner (nahestehende Person, mit der man über Probleme reden kann), Vermissten Gesprächspartner
	Weitere Belastungen	+	Passivrauchen (Anzahl Stunden, denen man dem Tabakrauch anderer ausgesetzt ist)
	Weitere Ressourcen: z.B. Konsumgüter		Stellenwert der Gesundheit
	WEITERE		
Lebensstil	Tabakkonsum	++	Typ, Menge, Lebenszeitprävalenz , Einstiegsalter, Ausstieg
Gesundheitsverhalten	Körperliche Aktivität	++	Körperliche Betätigung mit Schwitzen: Häufigkeit, Dauer weniger intensive körperliche Betätigung: Häufigkeit, Dauer Schwitzten bei Arbeit, Haus- und Gartenarbeit tägliche Wegstrecken (Velo/zu Fuss) Häufigkeit, Dauer zu Fuss gehen Häufigkeit, Dauer Sportliche Betätigung: Häufigkeit, Dauer Selbstbeurteilung der körperlichen Aktivität
	Ernährungsverhalten	++	Ernährungsbewusstsein (Achten auf best. Sachen) Diät letzte 12 Mt. Gemüse/Salat/Gemüsesäfte: Häufigkeit, Portionen pro Tag Früchte/Fruchtsäfte: Häufigkeit, Portionen pro Tag Fleisch/Wurstwaren: Häufigkeit Fisch: Häufigkeit Milch(-Produkte): Häufigkeit, Portionen pro Tag Flüssigkeit ohne Alkohol: Liter pro Tag
	Alkoholkonsum	++	Typ, Menge, Häufigkeit, alkoholbezogene Probleme
	Konsum illegaler Substanzen	++	Typ, Häufigkeit, Lebenszeitprävalenz
	Präventive Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung	+	Krebsvorsorge Grippeimpfung Aids-Test
	WEITERE		Sexuelles Verhalten, Verhütung (Aids-Prävention) Zahnpflege: Häufigkeit, Hilfsmittel

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (++/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
Gesundheit (-liche) Ungleichheit	Lebenserwartung		
	Spezifische Mortalitäten		
	Selbstwahrgenommene Gesundheit	++	Selbstwahrgenommene Gesundheit
	Nicht-übertragbare Krankheiten	++	Chronische Krankheit (inkl. chronische Gesundheitsprobleme) (13 Items) , Grad der Einschränkung Übergewicht/Adipositas (über Körpergrösse/Gewicht)
	Psychische Erkrankungen	++	Optimismus (nur 1997, 2002) psychische Gesundheit (MOS Skala) Depressivität (PHQ), Behandlung wegen psych. Probleme, Behandlung wegen Depression
	Übertragbare Krankheiten		
	Zahngesundheit	++	Fehlende Zähne, Zahnersatz, Zahnspange
	Chronische Schmerzen		Schmerzen letzte 4 Wochen
	Unfälle	+	Unfallverletzung letzte 12 Mt., Art (Arbeit, Verkehr, Haus/Garten, Sport/Spiel etc.), Dauer Arbeitsunfähigkeit Dauernde Verletzung/Schädigung nach einem Unfall
	Invalidität	+	Behinderungen (u.a. Sehen, Hören, Sprache, ADL's, IADL's, Gedächtnis, Mobilität) Rentenbezüge: IV-Rente
	Opfer von Gewalt		
	WEITERE		funktionale Gesundheit Krankheitssymptome (spezifische körperliche Beschwerden, Schlafstörungen)

Tabelle A2: Merkmale des Schweizer Haushalt-Panels (Fragebogen Welle 13, 2011)

Analytische Ebene	Merkmal	Qualität (++/+/=)	Kommentar
soziale Lage, Ungleichheit	soziale Herkunft	++	Erwerbsstatus Vater/Mutter (als Befragte Person 15 Jahre alt war) Beruf Vater/Mutter (ISCO – Klassifikation, sozioprofessionelle Kategorie) Berufsprestige (Treiman-Skala) Arbeitssituation/Arbeitgeber Vater/Mutter, Arbeitgeber Vater/Mutter (privat_öffentlich) Position Vater/Mutter Vergleich eigene berufliche Stellung und berufliche Stellung Vater/Mutter höchstes erlangte Ausbildungsniveau Vater/Mutter Staatsbürgerschaften Vater/Mutter Finanzielle Probleme in der Jugendzeit ja-nein, Häufigkeit
	Bildung	++	Erste Ausbildung nach obligat. Schule, weitere abgeschlossene Ausbildungen → höchstes erlangtes Ausbildungsniveau
	Arbeitsmarktintegration/-status	++	Erwerbsstatus (aktuelle Beschäftigung) Beschäftigungsgrad (teilzeit-vollzeit, Prozent, (auch für letzte Erwerbstätigkeit) Dauer Arbeitslosigkeit, Arbeitssuche frühere Erwerbstätigkeit, Anzahl Jahre
	Beruf	++	Haupttätigkeit: Beruf (ISCO – Klassifikation, sozioprofessionelle Kategorie) Berufsprestige (Treiman-Skala), Branche Beruf in letzter Haupttätigkeit, Branche
	individuelles Einkommen	++	persönliches Gesamteinkommen Erwerbseinkommen als Angestellter, aus Selbständigkeit, Kinder-Familien-Zulagen, Renteneinkommen aus AHV, <i>Renteneinkommen aus IV</i> , Zahlungen aus Pensionskasse, aus Arbeitslosenversicherungsversicherung, aus Sozialhilfe, Stipendium, Zahlungen von anderen Institutionen, Zahlungen von Privatpersonen, Finanzielle Hilfen, andere Einkünfte
	Haushalts(äquivalenz)-einkommen	++	Haushaltsgesamteinkommen, (Haushaltszusammensetzung) → Haushaltsäquivalenzeinkommen
	Wohlstand/Vermögen	=	Entwicklung Lebensstandard in Haushalt mind. 400 Fr. /Mt. sparen? Dritte Säule Zufriedenheit mit finanzieller Situation in Haushalt (Skala 1-10) Probleme, Haushaltsrechnungen zu bezahlen (letzte 12 Mt.)
	Geschlecht	++	Geschlecht
	Alter	++	Alter
	Migrationshintergrund		Nationalität(en), Aufenthaltsbewilligung, Aufenthaltsdauer, Dauer des Schweizerischen Bürgerrechts Erste Sprache privater Gebrauch, zweite Sprache privater Gebrauch
	Wohnort	++	Wohnort
	WEITERE		Gefühlte Klassen/Schichtzugehörigkeit (ja-nein, Klasse/Schicht)

Analytische Ebene	Merkmal	Qualität (+ +/+/=)	Kommentar
Gesundheitsversorgung	Versicherungsstatus (privat/allg.)		
	Belastung durch Gesundheitskosten	=	Grund für Kreditzahlung: Arztrechnungen, Spitalaufenthalt, Kur, Therapie (neben verschiedenen anderen möglichen Gründen)
	Zugang zu ärztlichen Leistungen	+	Arztbesuch letzte 12 Mt.: ja-nein, Häufigkeit
	WEITERE		
Lebensbedingungen	Arbeitsbedingungen	++	Anzahl Jobs/Arbeitgeber letzte Woche Arbeitswechsel letzte 12 Mt.: ja-nein, Grund, Berufswechsel letzte 12 Mt.: ja-nein, Grund privater od. öffentlicher Arbeitgeber* (=auch für letzte Erwerbstätigkeit) Reorganisation/Restrukturierung/Privatisierung des Unternehmens Position (Direktion, Kader, ausführend) zeitliche Befristung der Anstellung, Art des Vertrages Betriebsgrösse* Arbeitsweg Art der Arbeitszeiten*, Nachtarbeit*, Wochenendarbeit* Arbeitsplatzsicherheit* Arbeitsbedingungen: Arbeitsrhythmus/Intensität (wie oft mit erhöhtem Arbeitstempo) Stress bei Arbeit (schwere nervliche Anspannung), Lärm/Schmutz, ermüdende Körperhaltung, Computerbenutzung, Heimarbeit Kontrollfunktion (Anzahl Personen unter Kontrolle)*, Einbezug bei Entscheidungen Arbeitszufriedenheit mit: Einkommen, Arbeitsbedingungen, Arbeits-atmosphäre, interessante Aufgaben, Arbeitsumfang, mit Arbeit im Allgemeinen Entwicklung der Arbeitsbedingungen Beeinträchtigung Arbeit – private Aktivitäten /Familie Erschöpfung nach Arbeit, Schwierigkeit abzuschalten Hausarbeit: Stunden pro Woche
	Wohnsituation	++	Dauer in akt. Wohnung, Grund für Umzug Zustand der aktuellen Unterkunft Wohnsitztyp (Wohnung, Einfamilienhaus etc.), Anzahl Appartements, Haustyp Anzahl Räume → Anzahl Räume pro Person Probleme mit Unterkunft: zu klein, zu gross, schlecht geheizt, laute Umgebung (Nachbarn/Strasse), schlechte Luft/Umweltqualität Eigentumsverhältnis subventionierte Wohnung Kosten/Gesamtausgaben für Wohnung/Wohneigentum Einschätzung der Kosten

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (++/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
	Netzwerke/Integration (soziales Kapital)	++	Zivilstand im Jahr der Befragung, <i>Haushaltsstruktur</i> , Anzahl Kinder in und ausserhalb Haushalt Partnerschaft, Dauer der Partnerschaft Persönlichkeit (Big five Inventory) darunter: offen und gesellig sein Lebensereignisse: Krankheit/Unfall nahestehende Person, Belastung (Skala 1-10), Tod nahestehender Person, Belastung (Skala 1-10) Tod nahestehender Person, Belastung (Skala 1-10), Abbruch enger Beziehung, Belastung (Skala 1-10), Konflikte mit nahestehender Person, Belastung (Skala 1-10), Probleme mit eigenen Kindern, Belastung (Skala 1-10), andere Belastung (Skala 1-10) <i>Zufriedenheit mit Alleinleben / Zufriedenheit mit Zusammenleben im Haushalt</i> <i>Zufriedenheit mit pers. Beziehungen (Familie u. gesellschaftl. Umfeld)</i> Teilnahme in Vereinen oder anderen Gruppen (inkl. kirchl. Gruppen) Ehrenamtliche od. freiwillige Tätigkeiten Mitgliedschaft in Vereinen/Organisationen (aktiv-passiv) (9 Kategorien) Teilnahme an eidgen. Abstimmungen
	Haushaltszusammensetzung	++	Haushaltsstruktur
	Bewältigungsverhalten/ Coping	=	Häufigkeit Optimismus (Skala 1-10)
	Gesundheitskompetenz		
	soziale Unterstützung	=	<i>Zufriedenheit mit Alleinleben / Zufriedenheit mit Zusammenleben im Haushalt</i> <i>Zufriedenheit mit pers. Beziehungen (Familie u. gesellschaftl. Umfeld)</i>
	Weitere Belastungen		
	Weitere Ressourcen: z.B. Konsumgüter	=	Zufriedenheit mit Aufteilung der Hausarbeit Auto, Farbfernseher, Computer, Waschmaschine, Abwaschmaschine Mikrowelle, Mobiltelefon u.a.
	WEITERE		Schüler/Studenten: Zufriedenheit mit Beziehung zu Lehrer, Zufriedenheit mit Klima unter Schülern/Studenten, Zufriedenheit mit Unterstützung v. Eltern
Lebensstil	Tabakkonsum	++	Jemals geraucht, Alter erster Tabakkonsum, Alter regelmässiges Rauchen Gegenwärtig rauchen, Typ, Anzahl pro Tag, Ausstieg
Gesundheits- verhalten	Körperliche Aktivität	+	Aktivität ausser Atem: ja-nein, Häufigkeit
	Ernährungsverhalten		
	Alkoholkonsum		
	Konsum illegaler Substanzen		
	Inanspruchnahme: weitere		
	WEITERE	+	Angewiesenheit auf Medikamente (Skala 1-10) Möglichkeit für Zahnarztbesuch wenn nötig ,Grund fall nicht möglich

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (++/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
Gesundheit (-liche) Ungleichheit	Lebenserwartung		
	Spezifische Mortalitäten		
	Selbstwahrgenommene Gesundheit	++	Gesundheitszustand, Zufriedenheit mit Gesundheitszustand Veränderung Gesundheit letzte 12 Mt. (Skala 1-10)
	Nicht-übertragbare Krankheiten	+	<i>Lebensereignis: Krankheit, Unfall, schwerwiegendes ges. Problem (ja/nein; Grund (körperl. Bedingt/psychisch bedingt/Unfallkontext), aktuelles Leiden unter Ereignis (Skala 1-10)</i> Chronische Krankheit oder längerfristiges gesundh. Problem (ja/nein; Grund/Hauptursache (körperl. Bedingt/psychisch bedingt/angeboren/Berufskrankheit, Arbeitsunfall etc.), Dauer der Einschränkung Übergewicht/Adipositas (über Körpergrösse/Gewicht)
	Psychische Erkrankungen	+	Häufigkeit Niedergeschlagenheit/Hoffnungslosigkeit/Angst/Depression (Skala 1-10) Häufigkeit Gefühle (Freude, Ärger, Traurigkeit, Sorge), Persönlichkeit (Big five Inventory) darunter: Gelassenheit und gut mit Stress umgehen können; nevös) Gesundheitliche Probleme letzte 4 Wochen: allg. Schwäche/Erschöpfung Gesundheitliche Probleme letzte 4 Wochen: Schlaflosigkeit Chronische Krankheit oder längerfristiges gesundh. Problem (ja/nein; Grund/Hauptursache (körperl. Bedingt/psychisch bedingt/angeboren/Berufskrankheit, Arbeitsunfall etc.), Dauer der Einschränkung
	Übertragbare Krankheiten		
	Zahngesundheit		
	Chronische Schmerzen	+	gesundheitliche Probleme letzte 4 Wochen: Rückenweh gesundheitliche Probleme letzte 4 Wochen: Kopfweg
	Unfälle	+	<i>Lebensereignis: Krankheit, Unfall, schwerwiegendes ges. Problem (ja/nein; Grund (körperl. Bedingt/psychisch bedingt/Unfallkontext), aktuelles Leiden unter Ereignis (Skala 1-10)</i> Chronische Krankheit oder längerfristiges gesundh. Problem (ja/nein; Grund/Hauptursache (körperl. bedingt/psychisch bedingt/angeboren/Berufskrankheit, Arbeitsunfall etc.), Dauer der Einschränkung
	Invalidität	+	Grund für Arbeitslosigkeit: Dauerhaft behindert oder/und arbeitsunfähig Arbeitssituation/Erwerbsstatus: Invalid Neben Erwerbstätigkeit: Invalid Einkommen aus IV-Rente
	Opfer von Gewalt		
	WEITERE		Einschränkung wegen Gesundheitszustand bei alltäglichen Aktivitäten (Skala 1-10)

Tabelle A3: Merkmale der SILC-Studie (Fragebogen 2012)

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (++/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
soziale Lage, Ungleichheit	soziale Herkunft	=	<i>Geburtsland Vater, Geburtsland Mutter</i>
	Bildung	++	Erste Ausbildung nach obligat. Schule, weitere abgeschlossene Ausbildungen → höchstes erlangtes Ausbildungsniveau
	Arbeitsmarktintegration/-status	++	Hauptbeschäftigung (erste, zweite, dritte Beschäftigung), Erwerbsumfang total (Stunden pro Woche), Teilzeit/Vollzeit Haupteinwerbstätigkeit: ja-nein, Prozent Arbeitslosigkeit, Arbeitsuche,
	Beruf	++	aktueller Beruf, Veränderung seit letzter Befragung, Branche letzte Erwerbstätigkeit: Tätigkeitsart, Beruf
	individuelles Einkommen	++	persönliches Gesamteinkommen , verfügbares Einkommen Erwerbseinkommen als Angestellter, aus Selbständigkeit, Familien/Ausbildungs-Zulagen, Renteneinkommen aus AHV, <i>Renteneinkommen aus IV</i> , Zahlungen aus Pensionskassen, aus Arbeitslosenkasse, aus Sozialhilfe, Stipendium, Zahlungen von anderen Institutionen, Zahlungen von Privatpersonen, Finanzielle Hilfen, andere Einkünfte Zufriedenheit mit Einkommen (Skala 1-10) Zufriedenheit mit der finanziellen Situation (Skala 1-10) Zufriedenheit mit finanzieller Situation von Haushalt (Skala 1-10) Zahlungsrückstände (verschiedene Bereiche) finanzielle Belastung durch monatliche Zahlungen zurechtkommen mit finanzieller Situation
	Haushalts(äquivalenz)-einkommen	++	Haushaltsgesamteinkommen (+ Haushaltszusammensetzung) → Haushaltäquivalenzeinkommen , verfügbares Äquivalenzeinkommen
	Wohlstand/Vermögen	=	Liegenschaft/Grundbesitz
	Geschlecht	++	Geschlecht
	Alter	++	Alter
	Migrationshintergrund	++	Nationalität (erste, zweite, dritte), in der Schweiz geboren, Geburtsland, Schweizer seit Geburt, Erhalt des Schweizer Bürgerrecht: Jahr, Leben in der Schweiz: Jahre, Aufenthaltsbewilligung <i>Geburtsland Vater, Geburtsland Mutter</i>
	Wohnort	++	Wohnort
	WEITERE		
Gesundheits- versorgung	Versicherungsstatus (privat/allg.)		
	Belastung durch Gesundheitskosten		
	Zugang zu ärztlichen Leistungen	+	Arztbesuch, Behandlung nicht machen können, obwohl nötig (letzte 12 Mt.): ja-nein, Hauptgrund Zahnkontrolle/-behandlung nicht machen können, obwohl nötig (letzte 12 Mt.): ja-nein, Hauptgrund
	ambulante und stationäre Behandlungen		
	Medikamentenkonsum		
	WEITERE	+	Wohnort: Erreichbarkeit: Zugang zu Leistungen der medizinischen Grundversorgung Wohnung: Erreichbarkeit: Zugang zu Leistungen der medizinischen Grundversorgung

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (++/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
Lebensbedingungen	Arbeitsbedingungen	++	Art der Arbeitszeiten, Nachtarbeit , Wochenendarbeit vertraglich vorgesehen Arbeitsstunden und tatsächliche Arbeitsstunden, zeitl. Befristung Haupterwerbstätigkeit, Art des Arbeitsvertrags Aufsichtsfunktion, Anzahl unterstellter Personen Anzahl Angestellte (Selbständig erwerbende) Sicherheit der Arbeitsstelle, Risiko Arbeitslosigkeit (nächste 12 Mt.) Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen (Skala 1-10), Zufriedenheit mit Arbeitsatmosphäre (Skala 1-10), Beeinträchtigung Privatleben durch Arbeit (Skala 1-10), erschöpft nach Arbeit (Skala 1-10) Kurzarbeit (letztes Jahr) letzte Beschäftigung: Leitungsfunktion, Art der Arbeitszeiten Zufriedenheit mit Aufteilung Hausarbeiten Zufriedenheit bei Tätigkeiten im Haushalt Wer macht im Haushalt hauptsächlich die Haushaltsarbeit
	Wohnsituation	++	Bewohnertyp (Mieter, Eigentümer), Haustyp, Anzahl Wohnungen in Gebäude, Anzahl Räume Umzug letzte 5 Jahre, Hauptgrund für Wohnungswechsel Zufriedenheit mit Wohnung/Haus (Skala 1-10) Kosten/Gesamtausgaben für Wohnung/Wohneigentum Einschätzung der finanziellen Belastung durch Wohnen Wohnfläche in m ² , Wohnsituation: Platzprobleme in Wohnung, angemessene Elektroinstallation, sanitäre Anlagen, Heizung, angenehm warm im Winter, angenehm kühl im Sommer, Zugang zur Wohnung (für Rollstuhl, Personen mit Schwierigkeit Fortbewegung), zu dunkel, Feuchtigkeit, Dusche/Badewanne, WC mit Spülung, lärmige Umgebung, Luftverschmutzung, Wohngegend Probleme mit Kriminalität/Gewalt/Vandalismus Allgemeine Zufriedenheit mit Wohnung
	Netzwerke/Integration (soziales Kapital)	+	Zivilstand, Partnerschaft, Kinder (eigene, adoptierte) in Haushalt <i>Zufriedenheit mit Alleinleben / Zufriedenheit mit Zusammenleben im Haushalt</i> Unterstützung durch Freunde (Skala 1-10) Häufigkeit Teilnahme in Vereinen oder Gruppen Zufriedenheit mit pers. Beziehungen in Familie und im ges. Umfeld (Skala 1-10)
	Haushaltszusammensetzung	++	Haushaltszusammensetzung
	Bewältigungsverhalten		
	Gesundheitskompetenz		
	soziale Unterstützung		
	Weitere Belastungen		
	Weitere Ressourcen: z.B. Konsumgüter	+	jährliche Ferienwoche, vollwertige Mahlzeit jeden 2. Tag, Auto für Privatgebrauch, Farbfernseher, Computer, Waschmaschine
	WEITERE	+	Sicherheitsgefühl (Bedrohung durch Kriminalität/körperl. Gewalt) (Skala 1-10)

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (+ +/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
Lebensstil Gesundheits- verhalten	Tabakkonsum		
	Körperliche Aktivität		
	Ernährungsverhalten		
	Alkoholkonsum		
	Konsum illegaler Substanzen		
	Präventive Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung		
	WEITERE		
Gesundheit (-liche) Ungleichheit	Lebenserwartung		
	Spezifische Mortalitäten		
	Selbstwahrgenommene Gesundheit	++	Gesundheitszustand allgemein, Zufrieden mit der Gesundheit
	Nicht-übertragbare Krankheiten	+	Chronische Krankheit oder andauernde gesundheitliche Probleme, Hauptgrund für chronische Probleme Übergewicht/Adipositas (über Körpergrösse/Gewicht)
	Psychische Gesundheit und Erkrankungen	+	Zufriedenheit mit dem Leben allgemein Häufigkeit deprimiert/verzweifelt/ängstlich/depressiv (Skala 1-10)
	Übertragbare Krankheiten		
	Zahngesundheit		
	Chronische Schmerzen		
	Unfälle	+	<i>Hauptgrund für chronische Probleme: Arbeitsunfall, anderer Unfall</i>
	Invalidität	+	<i>Renteneinkommen aus IV</i>
	Opfer von Gewalt		
	WEITERE		Einschränkung bei täglichen Aktivitäten aufgrund von Gesundheitsproblemen

Tabelle A4: Merkmale in den Studien Swiss National Cohort und Todesursachenstatistik

Analytische Ebene	Merkmal	Qualität (++/+/=)	Kommentar
soziale Lage, Ungleichheit	soziale Herkunft		
	Bildung	++	
	Arbeitsmarktintegration/-status		
	Beruf	+	Beruf, Berufssituation, Arbeitsmarktstatus
	individuelles Einkommen		
	Haushalts(äquivalenz)-einkommen		
	Wohlstand/Vermögen		
	Geschlecht	++	
	Alter	++	Geburtsdatum, Todesdatum
	Migrationshintergrund	+	Nationalität, Aufenthaltsgenehmigung
	Wohnort	++	BFS-Gemeindecodes, Gemeindegrössenklasse
	WEITERE	+	Religionszugehörigkeit
Gesundheitsversorgung	Versicherungsstatus (privat/allg.)		
	Belastung durch Gesundheitskosten		
	Zugang zu ärztliche Leistungen		
	ambulante und stationäre Behandlungen		
	Medikamentenkonsum		
	WEITERE		
Lebensbedingungen	Arbeitsbedingungen	+	Arbeitszeit, Arbeitsort, Wirtschaftsbereich
	Wohnsituation	-	Informationen zum Gebäude
	Netzwerke/Integration (soziales Kapital)	-	Zivilstand
	Haushaltszusammensetzung	++	Haushaltszusammensetzung
	Bewältigungsverhalten		
	Gesundheitskompetenz		
	soziale Unterstützung		
	Weitere Belastungen		
	Weitere Ressourcen: z.B. Konsumgüter		
	WEITERE		
Lebensstil Gesund- - heitsverhalten	Tabakkonsum		
	Körperliche Aktivität		
	Ernährungsverhalten		
	Alkoholkonsum		
	Konsum illegaler Substanzen		
	Präventive Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung		
	WEITERE		

<i>Analytische Ebene</i>	<i>Merkmal</i>	<i>Qualität (++/+/=)</i>	<i>Kommentar</i>
Gesundheit(liche) Ungleichheit	Lebenserwartung	+	kann mit den Daten berechnet werden
	Spezifische Mortalitäten	++	Todesursache, Krankheit zum Zeitpunkt des Todes
	Selbstwahrgenommene Gesundheit		
	Nicht-übertragbare Krankheiten	++	Krankheit zum Zeitpunkt des Todes
	Psychische Gesundheit und Erkrankungen	++	Krankheit zum Zeitpunkt des Todes
	Übertragbare Krankheiten	++	Krankheit zum Zeitpunkt des Todes
	Zahngesundheit		
	Chronische Schmerzen		
	Unfälle		
	Invalidität		
	Opfer von Gewalt		
	WEITERE		