



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa



Ein Leben in Gesundheit und Wohlstand für alle:

Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit in der Europäischen Region der WHO
Zusammenfassung





Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

Ein Leben in Gesundheit und Wohlstand für alle:

Sachstandsbericht über gesundheitliche
Chancengleichheit in der Europäischen Region der WHO
Zusammenfassung

Kurzdarstellung

Durch die Annahme der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und der Ziele für nachhaltige Entwicklung entstand ein Rahmen, innerhalb dessen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens für alle verstärkt werden können und sichergestellt werden kann, dass niemand zurückgelassen wird. Trotz allgemeiner Verbesserungen von Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region der WHO bestehen innerhalb der Länder Ungleichgewichte fort. In diesem Bericht werden fünf wesentliche Voraussetzungen aufgeführt, die erfüllt sein müssen, um für alle ein gesundes Leben zu verwirklichen und aufrechtzuerhalten: hochwertige und leicht zugängliche Gesundheitsleistungen, Einkommenssicherheit und soziale Absicherung, menschenwürdige Lebensbedingungen, Sozial- und Humankapital sowie Beschäftigung und menschenwürdige Arbeitsbedingungen. Um alle fünf Voraussetzungen zu erfüllen, müssen politische Maßnahmen ergriffen werden. Der Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit in der Europäischen Region der WHO untersucht auch die Triebkräfte von gesundheitlicher Chancengleichheit und insbesondere die grundlegenden Faktoren für den Aufbau von Gesellschaften mit mehr Chancengleichheit: Politikkohärenz, Rechenschaftslegung, soziale Teilhabe und Befähigung. Der Bericht bietet Erkenntnisse zu den Indikatoren für gesundheitliche Ungleichgewichte in jedem der 53 Mitgliedstaaten der Region sowie zu den Lösungen zum Abbau dieser Ungleichgewichte.

Schlüsselwörter

HEALTH INEQUITIES
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH
SOCIOECONOMIC FACTORS
SUSTAINABLE DEVELOPMENT

Anfragen zu Publikationen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO-Regionalbüro für Europa,
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Wenn Sie Dokumente oder Gesundheitsinformationen anfordern oder eine Genehmigung zum Zitieren oder Übersetzen einholen wollen, füllen Sie bitte auf der Website des Regionalbüros für Europa ein entsprechendes Online-Formular aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

Dokumentnummer: WHO/EURO:2019-3536-43295-60682

© Weltgesundheitsorganisation 2019

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Redaktion: Nicole Satterley

Design des Berichts: Marta Pasqualato

Übersetzung: Klaus Birker

Gedruckt in Italien von AREAGRAFICA SNC DI TREVISAN GIANCARLO & FIGLI - LITOSTAMPA VENETA

Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.....	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Danksagung	8
Vorwort	9
Zusammenfassung	10
Gesundheitliche Chancengleichheit und Wohlstand	10
Innovationen der HESRI.....	11
Sachstand und Trends bei der gesundheitlichen Chancengleichheit.....	13
Die Unterschiede verstehen: Was trägt innerhalb der Länder der Europäischen Region der WHO zu gesundheitlichen Ungleichgewichten bei?	21
Kurzfristig gesundheitliche Chancengleichheit zu verwirklichen, ist möglich, selbst innerhalb politischer Zyklen.....	23
Die fünf wesentlichen Voraussetzungen, um für alle ein gesundes Leben zu verwirklichen und aufrechtzuerhalten – Lösungen und konzeptionelle Fortschritte	25
Gesundheit und Gesundheitsleistungen.....	25
Gesundheit und Einkommenssicherheit und soziale Absicherung	27
Gesundheit und Lebensbedingungen	29
Gesundheit und Sozial- und Humankapital	32
Gesundheit und Beschäftigung und Arbeitsbedingungen	34
Literaturhinweise	36

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abb. O.1. Zusammenführung von drei Arten von Informationen im HESR	11
Abb. O.2. Lebenserwartung bei der Geburt, nach Bildungsniveau, 2016 (oder letztes verfügbares Jahr)	13
Abb. O.3. Unterschied bei Säuglingssterbefällen pro 1000 Lebendgeburten zwischen den am stärksten benachteiligten und den am meisten begünstigten subnationalen Regionen, 2016 (oder letztes verfügbares Jahr; mit Trends seit 2005)	14
Abb. O.4 Anteil der Erwachsenen, die angeben, aufgrund von Gesundheitsproblemen bei Alltagstätigkeiten Langzeiteinschränkungen zu unterliegen (altersbereinigt), nach Einkommensquintil	16
Abb. O.5. Prozentualer Unterschied bei Erwachsenen ab 65 Jahren, die ihre Gesundheit als unzureichend oder nicht besonders gut einschätzen, pro 100 Personen im niedrigsten Einkommensquintil im Vergleich zum höchsten Einkommensquintil, 2017 (und Trends seit 2005)	18
Abb. O.6. Prozentualer Unterschied bei Erwachsenen, die ihre psychische Gesundheit im WHO-5-Index für Wohlbefinden als schlecht einschätzen, pro 100 Erwachsene im niedrigsten Einkommensquintil im Vergleich zum höchsten Einkommensquintil (verschiedene Jahre und Trends), nach Ländercluster	20
Abb. O.7. Durchschnittliche Ungleichgewichte innerhalb von Ländern bei nichtübertragbaren Krankheiten und Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten (Gefälle zwischen der höchsten und der niedrigsten Zahl der Bildungsjahre)	21
Abb. O.8. Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit im HESR	22
Abb. O.9. Die Beiträge der fünf Voraussetzungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit, der psychischen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit (EU-Länder)	22
Abb. O.10. Potenzial von acht makroökonomischen Maßnahmen zum Abbau von Ungleichgewichten bei einschränkenden Erkrankungen bei Erwachsenen mit einer zeitlichen Verzögerung von zwei bis vier Jahren in 24 Ländern	24
Abb. O.11. Beitrag der Gesundheitsleistungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)	25
Abb. O.12. Beitrag der Lebensbedingungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)	30
Abb. O.13. Öffentliche Ausgaben pro Kopf für Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen, 2017 (und Trends seit 2006)	31
Abb. O.14. Beitrag von Sozial- und Humankapital zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)	32
Abb. O.15. Prozentsätze der Erwachsenen, die über Erfahrungen mit schlechtem Sozialkapital berichten, gemessen anhand Mangels an Vertrauen, Handlungsvermögen und Sicherheit sowie des Gefühls der Isolation, verschiedene Jahre, nach Bildungsniveau und Ländercluster	33
Abb. O.16. Beitrag von Beschäftigung und Arbeitsbedingungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)	34

Tabellen

Tabelle O.1. Durchschnittswerte und Bandbreiten der Lebenserwartung und der Unterschiede in der Lebenserwartung für 19 Länder der Europäischen Region der WHO, 2016 (oder letztes verfügbares Jahr)	14
Tabelle O.2. Unterschiede der Zahlen der Personen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen, zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Einkommensquintil, pro 100 Personen	19

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
EQLS	Europäische Erhebung zur Lebensqualität
ESS	Europäische Sozialstudie
EU	Europäische Union
EU-SILC	Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen
GDL	Global Data Lab
HBSC	Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter
HESR(i)	(Initiative der WHO für einen) Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit
KKP	Kaufkraftparitäten
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Tb	Tuberkulose
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WVS	World Values Survey

Danksagung

Der WHO-Bericht über ein Leben in Gesundheit und Wohlstand für alle – der Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit in der Europäischen Region – wurde unter der Federführung des Europäischen Büros der WHO für Investitionen in Gesundheit und Entwicklung des WHO-Regionalbüros für Europa mit Sitz in Venedig (Italien) erstellt. Chris Brown, Leiter des WHO-Büros in Venedig, ist verantwortlich für die strategische Entwicklung und Koordinierung des Sachstandsberichts über gesundheitliche Chancengleichheit, der ein Schlüsselprodukt im Portfolio der Abteilung Politikgestaltung und -steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden unter der Gesamtleitung von Dr. Piroska Östlin ist. Dieser Bericht wurde zum Teil von der Robert Wood Johnson Foundation unterstützt; die hier geäußerten Ansichten spiegeln jedoch nicht unbedingt die Ansichten dieser Organisation wider.

Chris Brown, Lin Yang und Tammy Boyce vom WHO-Büro in Venedig sowie Ben Barr und Tanith Rose vom Kooperationszentrum der WHO für Grundsatzforschung zu Determinanten von gesundheitlicher Chancengleichheit an der Universität Liverpool (England) steuerten umfangreiche fachliche Inhalte bei.

Substanzielle Beiträge kamen von Mitgliedern der Wissenschaftlichen Sachverständigenarbeitsgruppe: Isabel Yordi Aguirre (Gleichstellungsfragen und Menschenrechte, WHO-Regionalbüro für Europa); Clare Bamba (Institute of Health and Society, Newcastle University); Ben Barr (Institute of Population Health Sciences, University of Liverpool); Paula Braveman (School of Medicine, University of California, San Francisco); Matthias Braubach (Europäisches Zentrum der WHO für Umwelt und Gesundheit, WHO-Regionalbüro für Europa); Giuseppe Costa (Abteilung für klinische und biologische Wissenschaften, Universität Turin); Paula Franklin (Research and Policy Consultant, Belgien); Peter Goldblatt (Institute of Health Equity, University College London); Scott Greer (School of Public Health, University of Michigan); Louise Haagh (Department of Politics, University of York); Rachel Hammonds (Juristische Fakultät, Universität Antwerpen); Johanna Hanefeld (Health Policy and Systems Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine); Gorik Ooms (Global Health Law

& Governance, London School of Hygiene & Tropical Medicine); Daniel La Parra (Institut für Soziologie, Universität Alicante); Enrique Gerardo Loyola Elizondo (Research and Policy Consultant); Julia Lynch (Ronald O. Perelman Center for Political Science and Economics, University of Pennsylvania); Asa Nihlén (Gleichstellungsfragen und Menschenrechte, WHO-Regionalbüro für Europa); Jennie Popay (Department of Sociology and Public Health, Lancaster University); Aaron Reeves (Department of Sociology, Oxford University); Barbara Rohregger (Research and Policy Consultant, Italien); Marc Suhrcke (Health & Health Systems, Luxembourg Institute of Socio-Economic Research); Denny Vågerö (Centre for Health Equity Studies, Universität Stockholm); Carmen Vives-Cases (Forschungsinstitut für Gender-Studien, Universität Alicante); Margaret Whitehead (Department of Public Health and Policy, University of Liverpool).

Wertvolle Beiträge zu dem Bericht leisteten auch: Andrej Belák, Sara Barragan Montes, Jonny Currie, Séverine Deguen, Anna Giné March, Phil McHale, David Mosler, Jan Pelosa, Dwayne Proctor, Ritu Sadana, Matthew Saunders, Steven Senior, Shixin (Cindy) Shen, Johannes Siegrist, Pia Vracko, die National Institute for Health Research North West Coast Collaboration for Applied Health Research and Care und das Kooperationszentrum der WHO für Grundsatzforschung zu Determinanten von gesundheitlicher Chancengleichheit an der Universität Liverpool.

Mehrere Mitarbeiter des Büros in Venedig und des Regionalbüros aus allen Abteilungen und von verschiedenen Länderbüros leisteten während des gesamten Prozesses Beiträge, darunter: Emilia Aragon De Leon, Andrea Bertola, Antonella Biasiotto, João Breda, Maria Luisa Buzelli, Tatjana Buzeti, Snezhana Chichevalieva, Dan Chisholm, Tina Dannemann Purnat, Masoud Dara, Tamás Gyula Evetovits, Jill Farrington, Carina Ferreira-Borges, Manfred Huber, Gabrielle Jacob, Dorota Jarosinska, Monika Kosinska, Joana Madureira Lima, Lorenzo Lionello, Marco Martuzzi, Bettina Menne, Kristina Mauer-Stender, Lazar Nikolic, David Novillo Ortiz, Piroska Östlin, Ivo Rakovac, Oliver Schmoll, Sarah Thomson, Adam Tiliouine, Nicole Britt Valentine, Martin Weber, Hanna Yang und Francesco Zambon.

Vorwort

Die Europäische Region der WHO hat eine lange Geschichte und Tradition der Aufrechterhaltung universaler Konzepte, der Wohlfahrt und auf Rechten basierender Ansätze zu Gesundheit und der Priorisierung der Bedingungen, die eine Voraussetzung dafür sind, ein gesundes Leben zu führen. Inspiriert von dem Ziel des Abbaus gesundheitlicher Ungleichgewichte in „Gesundheit 2020“, dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, haben viele Länder, Regionen und Kommunen Maßnahmen ergriffen, um Gesundheitsgefälle zu verringern.

Die Trends bei der Verringerung von Gesundheitsgefällen sind jedoch uneinheitlich, die Verbesserungsrate ist langsamer als erwartet, und es entstehen neue Gruppen mit einem unverhältnismäßig höheren Risiko für schlechte Gesundheit und vorzeitige Morbidität. Das Ergebnis ist, dass viele in unseren Gesellschaften in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden weiterhin benachteiligt sind, was wiederum ihre Möglichkeiten beschränkt, ein erfülltes Leben in Wohlstand zu führen.

Die polarisierenden Auswirkungen großer Unterschiede bei Gesundheit und Wohlbefinden innerhalb aller Länder in der Europäischen Region der WHO bedrohen die europäischen Werte von Solidarität und Stabilität, auf die Wohlstand und Frieden aufbauen, in ihrem Kern. Wir brauchen ein besseres Verständnis dafür, was die Gesundheitsgefälle im Lauf der Zeit verursacht, und eine klarere Wegweisung zu den Konzepten und Ansätzen, mit denen sich die besten Ergebnisse zugunsten von Chancengleichheit im Gesundheitswesen erzielen lassen. Dieses Wissen ist von entscheidender Bedeutung, um die politische Unterstützung für Maßnahmen zu fördern, die Aufmerksamkeit der Regierungen auf Lösungen zu lenken und einen ehrlichen und inklusiven Dialog mit der Öffentlichkeit darüber zu ermöglichen, warum die Verringerung gesundheitlicher Ungleichgewichte für die Gesundheit und das Wohlergehen von allen in der Europäischen Region der WHO im 21. Jahrhundert wichtig ist.

Der Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit wurde unter Berücksichtigung dieser Ziele erstellt. Er zeichnet sich durch Innovationen bei der Analyse der Beziehungen zwischen dem Gesundheitszustand und der Sicherheit sowie der Qualität der Bedingungen aus, die für alle Kinder und alle Erwachsenen unerlässlich sind, um ein gesundes Leben führen zu können. Er geht über die Beschreibung

des Problems hinaus und zeigt, wie sich Politiken und Investitionsentscheidungen positiv oder negativ auf die Verwirklichung von Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden über den gesamten Lebensverlauf auswirken. Noch nie zuvor hatten wir ein so klares Bild von den Faktoren, die für gesundheitliche Ungleichheiten in unseren Gesellschaften verantwortlich sind und sie verschlimmern, oder von den Grundsatzoptionen und Lösungen, die positive Veränderungen bewirken können.

Ein umfassendes Paket von Interventionen, die im Rahmen der allgemeinen öffentlichen Politik durchgeführt werden, bietet die größten Erfolgsaussichten für die Verwirklichung des Ziels, den Gesundheitsstatus zwischen sozialen Gruppen und zwischen Mädchen und Jungen, Frauen und Männern in allen unseren Ländern anzugleichen. Im Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit wird dargelegt, dass mit diesem Ansatz sogar innerhalb von zwei bis vier Jahren – der typischen Amtszeit einer Regierung – gesundheitliche Ungleichgewichte verringert werden können. Es gibt auch überwältigende empirische Belege, die zeigen, dass der Korb von Interventionen, die die gesundheitliche Chancengleichheit verbessern, die gleichen Interventionen enthält, die benötigt werden, um inklusives Wachstum zu erreichen. Das bedeutet, dass unsere Bemühungen um mehr gesundheitliche Chancengleichheit Investitionen in das Wohlergehen und die Entwicklung der Gesamtgesellschaft sind, im Einklang mit der Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen bis 2030.

Wirklicher Fortschritt bedeutet, mit neuen Partnern zusammenzuarbeiten und die wichtigsten Hindernisse für den Fortschritt abzubauen. Unsere wichtigsten Partner sind die Kinder, die Jugendlichen, die Frauen und Männer, die sich nicht entfalten und nicht gedeihen können. Ihre Stimme, ihre gelebte Erfahrung, ihre Leidenschaft, ihren Antrieb und ihre Widerstandsfähigkeit müssen wir fördern, um ausgewogene Fortschritte im Gesundheitsbereich und zugunsten nachhaltiger Entwicklung zu erzielen.

Dieser Bericht des WHO-Regionalbüros für Europa über ein Leben in Gesundheit und Wohlstand für alle ist vor allem ein wertvolles Instrument, um als Grundlage für Debatten zu dienen, Maßnahmen zu inspirieren und Allianzen für gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb der Länder der Europäischen Region der WHO und zwischen ihnen zu stärken.

Dr. Zsuzsanna Jakab
WHO-Regionaldirektorin für Europa

Zusammenfassung

- Der Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit (Health Equity Status Report (HESR)) ist eine umfassende Untersuchung der Bestandslage und der Trends bei den gesundheitlichen Ungleichgewichten und der wesentlichen Voraussetzungen, die für alle erfüllt sein müssen, um ein gesundes Leben in der Europäischen Region der WHO führen zu können.
- Gesundheit und Wohlbefinden für alle zu verbessern, gesundheitliche Ungleichgewichte abzubauen und sicherzustellen, dass niemand zurückgelassen wird, wird den Mitgliedstaaten größeren wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Nutzen bringen.
- Dieser Bericht zielt darauf ab, die verbreitete Wahrnehmung zu ändern, dass gesundheitliche Ungleichgewichte zu komplex sind, um ihnen entgegenzuwirken, und dass unklar ist, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten und welche Konzepte und Ansätze wirksam sind.
- Der HESR erfasst die Fortschritte bei der Umsetzung einer Reihe von Konzepten, die stark zum Abbau von Ungleichgewichten beitragen, und zeigt den Zusammenhang zwischen Investitionsvolumen, Reichweite und Akzeptanz dieser Konzepte sowie die Defizite bei den wesentlichen Voraussetzungen auf, die erfüllt sein müssen, um in Gesundheit und Wohlstand leben zu können.
- Der Bericht ist Teil der HESR-Initiative (HESRi), die neue Erkenntnisse und Instrumente bietet, die die Mitgliedstaaten nutzen können, um die Fortschritte beim Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte zu beschleunigen.

Gesundheitliche Chancengleichheit und Wohlstand

Die HESR-Analyse bekräftigt die Erkenntnisse über die enge Verknüpfung von Gesundheit und Wohlstand und das Gebot, sicherzustellen, dass die sozialen Werte von Solidarität, Chancengleichheit und Rechten in die Steuer- und Wachstumskonzepte einbezogen werden

- Vielerorts haben die Auswirkungen von Deindustrialisierung und Globalisierung nicht zu Erfolg für alle geführt, sondern zu hoher Arbeitslosigkeit, zunehmenden Ungleichheiten und schlechten Gesundheitsergebnissen. Dies zeigt sich in allen Phasen des Lebenszyklus.

Anstrengungen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte sind Kerninvestitionen zur Erzielung integrativen Wachstums und umgekehrt

- Ein Szenario eines Abbaus von Ungleichgewichten zwischen sozialen Gruppen bei der Lebenserwartung um 50% würde den Ländern monetarisierten Nutzen im Umfang von 0,3% bis 4,3% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) bringen. Maßnahmen zur Beseitigung der durch schlechte Gesundheit und Wohlbefinden verursachten Hindernisse sind sowohl für das Wohlergehen der Menschen als auch für die Gesundheit der Wirtschaft vorteilhaft.

Der Gesundheitssektor ist entscheidend für die Förderung von Chancengleichheit, Wohlstand und inklusiven Volkswirtschaften, aber viele andere

Sektoren wie Finanzen, Wohnen, Beschäftigung und Bildung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle

- Wenn Gesundheitssysteme Partner bei der Erstellung und Überwachung von Plänen für wirtschaftliche Entwicklung sind, kann dies zu einer Aufwärtsspirale von inklusivem Wachstum und Chancengleichheit führen. Verantwortungsbewusste Praktiken des Gesundheitssystems in den Bereichen Beschäftigung und Einkauf von Gütern und Dienstleistungen schaffen hochwertige Arbeitsplätze, neue Beschäftigung und tragen auf der lokalen und der nationalen Ebene unmittelbar zu Einkommenssicherheit, Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und mehr Humankapital bei.

Die Öffentlichkeit unterstützt nachdrücklich eine Gesellschaft mit weniger Ungleichheit und Investitionen in die notwendigen Voraussetzungen, um alle Menschen zu befähigen, sich generell im Leben wie auch gesundheitlich zu entfalten und zu gedeihen

- In der Europäischen Region der WHO will die Mehrheit der Menschen in einer Gesellschaft mit mehr Chancengleichheit leben. Sie sind der Ansicht, dass die Einkommensunterschiede in ihren Ländern zu groß sind und dass die Verringerung der Einkommensungleichheiten eine Priorität für die nationalen Regierungen sein sollte.

- Diejenigen, die zurückgelassen werden, empfinden genau das: Sie fühlen sich zurückgelassen. Nicht die gleichen Chancen zu haben, Stigmatisierung zu erfahren und in einem chronischen Zustand der Unsicherheit (ob sozial, finanziell und/oder kulturell)

zu leben, erhöht Stress und Ängste und schmälert das Gefühl von Vertrauen und Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Dies hat Auswirkungen auf die Gesamtgesellschaft.

Innovationen der HESRi

- Die Analysen für den HESR und ihre Ergebnisse werden aus einem neuen Datenbestand generiert. Für den Bericht werden drei Arten von Daten zusammengeführt (Abb. 0.1) und Innovationen bei Analysemethoden genutzt, um ein besseres Verständnis der gesundheitlichen Chancengleichheit, der Wege, die Chancengleichheit und Ungleichgewichte erzeugen, und des Zusammenhangs zwischen politischen Interventionen und der Geschwindigkeit der Fortschritte bei der Verringerung von Defiziten bei Gesundheit und Wohlbefinden in den Ländern der Europäischen Region der WHO zu vermitteln (Anhang 1).
- Die Daten und Analysen im HESR bieten folgenden Nutzen:
 1. Länderspezifische Daten ermöglichen es den Regierungen, Entscheidungsprozesse zu stärken, indem sie ihr Handeln und ihre Investitionen zugunsten der gesundheitlichen Chancengleichheit entsprechend anpassen.
 2. Die Analyse unterstützt die Gesundheitsministerien dabei, aufzuzeigen, wie Entscheidungen, die in anderen Ressorts getroffen werden, zu Ungleichgewichten bei Gesundheit und Wohlbefinden beitragen und mit ihnen in einer Wechselbeziehung stehen.
 3. Erkenntnisse ermöglichen es nationalen und subnationalen Regierungen und Gesundheitsbehörden, die Politikkohärenz zu verbessern, was zu mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich und bei den Lebenschancen führt.

Abb. 0.1. Zusammenführung von drei Arten von Informationen im HESR

Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich

- Wohlbefinden
- Mortalität
- Morbidität



Defizite bei den fünf wesentlichen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um ein gesundes Leben führen zu können

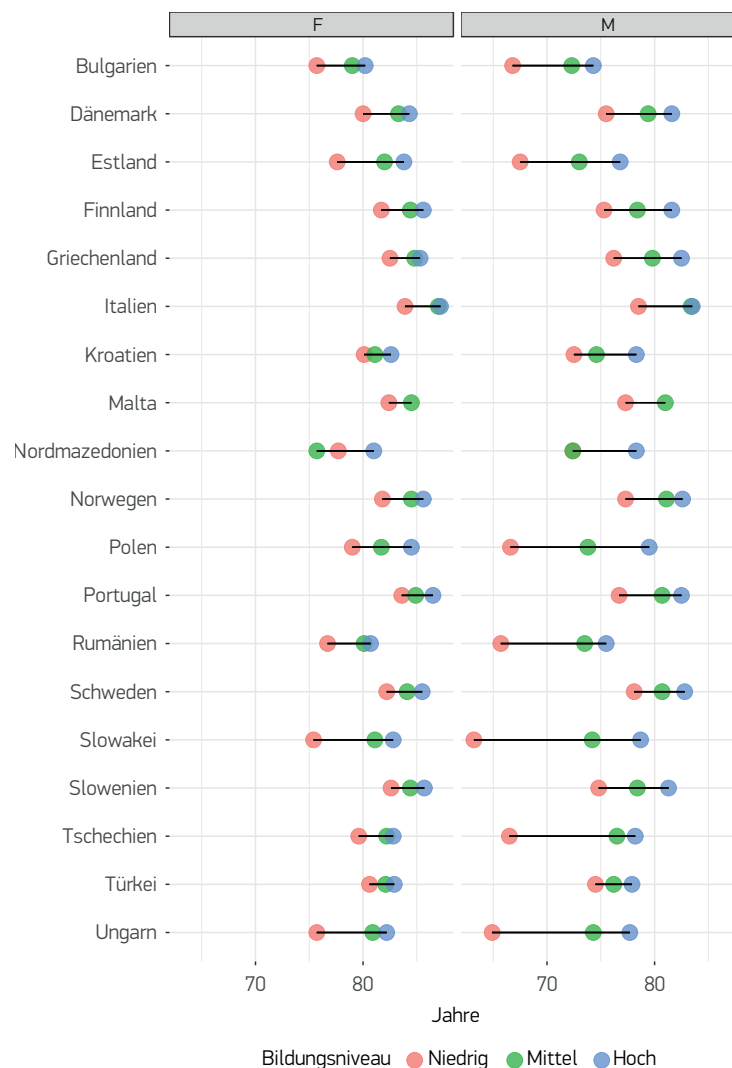
- Gesundheitsleistungen
- Einkommenssicherheit und soziale Absicherung
- Lebensbedingungen
- Sozial- und Humankapital
- Beschäftigung und Arbeitsbedingungen

Fortschritte und Trends bei Investitionsvolumen, Reichweite und Akzeptanz von Konzepten

- Der HESR nutzt eine Reihe von Datenanalysen und -visualisierungen, um ein solides Verständnis des aktuellen Sachstands bei gesundheitlichen Ungleichgewichten innerhalb von Ländern zu unterstützen. Er erfasst auch, ob diese Ungleichgewichte über einen Zeitraum von 10–15 Jahren signifikant verringert wurden oder zugenommen haben (Trendanalysedaten) (Anhang 1).
- **Gefällediagramme** werden verwendet, um das sozioökonomische Gefälle für einen Indikator wie beispielsweise die Lebenserwartung darzustellen, indem untersucht wird, wie Indikatorwerte zwischen Untergruppen von Personen variieren. Entweder drei oder fünf Untergruppen werden nach Indikatoren des sozioökonomischen Status definiert, beispielsweise Anzahl der Bildungsjahre (Abb. O.2) oder Einkommens- oder Wohlstandsniveau. Für die Personen in jeder Untergruppe wird der Durchschnittswert des Indikators berechnet und in der Grafik durch einen Punkt in unterschiedlichen Farben dargestellt.
- **Unterschiedsdiagramme** werden verwendet, um die Differenz oder den Unterschied zwischen den Durchschnittswerten des Indikators bei der am meisten begünstigten und der am stärksten benachteiligten Untergruppe darzustellen. Beispielsweise zeigen die Diagramme den Unterschied zwischen den Personen im höchsten und niedrigsten Einkommensquintil oder zwischen denjenigen mit dem höchsten Bildungsabschluss (Hochschulniveau) und denen mit dem niedrigsten Bildungsabschluss (Sekundarstufe I). Die Ampelsymbole in diesen Abbildungen zeigen auch, ob der Unterschied für jedes Land über einen bestimmten Zeitraum kleiner oder größer geworden oder gleich geblieben ist (beispielsweise Abb. O.3).
- **Zusammenfassende Ringdiagramme** werden verwendet, um die Ungleichgewichte bei mehreren Indikatoren für Länder in der gesamten Europäischen Region der WHO zusammenzufassen, und liefern ein Profil der durchschnittlichen Größe der Ungleichgewichte in den Mitgliedstaaten. Während die Unterschiedsdiagramme die **Unterschiede** der Indikatorwerte zwischen den Untergruppen nutzen, verwenden die zusammenfassenden Ringdiagramme das **Verhältnis** der Indikatorwerte zwischen den Untergruppen, um den Vergleich verschiedener Indikatoren nebeneinander zu erleichtern.
- **Aufschlüsselungsdiagramme** werden verwendet, um zu zeigen, wie die Kombination von Defiziten bei jeder der fünf wesentlichen Voraussetzungen zu Unterschieden bei einem bestimmten Gesundheitsindikator beiträgt, beispielsweise für psychische Gesundheit oder einschränkende Erkrankungen. Die Aufschlüsselungsdiagramme ermöglichen politischen Entscheidungsträgern, das relative Gewicht jeder zu Chancengleichheit/ Ungleichgewichten bei einem bestimmten Gesundheitsindikator beitragenden Voraussetzung deutlicher zu erkennen (Anhang 2).

Sachstand und Trends bei der gesundheitlichen Chancengleichheit

Abb. O.2. Lebenserwartung bei der Geburt, nach Bildungsniveau, 2016 (oder letztes verfügbares Jahr)



Hinweise: F = Frauen. M = Männer. Daten für Malta aus dem Jahr 2011. Für Malta fehlen Daten zu hohem Bildungsniveau.
Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten aus dem Bestand von Eurostat.

Die durchschnittliche Lebenserwartung in der gesamten Region steigt, aber in jedem Land bestehen gesundheitliche Ungleichgewichte zwischen Erwachsenen aus unterschiedlichen sozialen Gruppen fort

- Die durchschnittliche Lebenserwartung in der Europäischen Region der WHO stieg von 76,7 Jahren im Jahr 2010 auf 77,8 Jahre im Jahr 2015. Dies verdeckt jedoch die Unterschiede innerhalb von

Ländern, wie sie in Abb. O.2 für 19 Länder dargestellt sind (mit nach Bildungsniveau aufgeschlüsselten Daten).

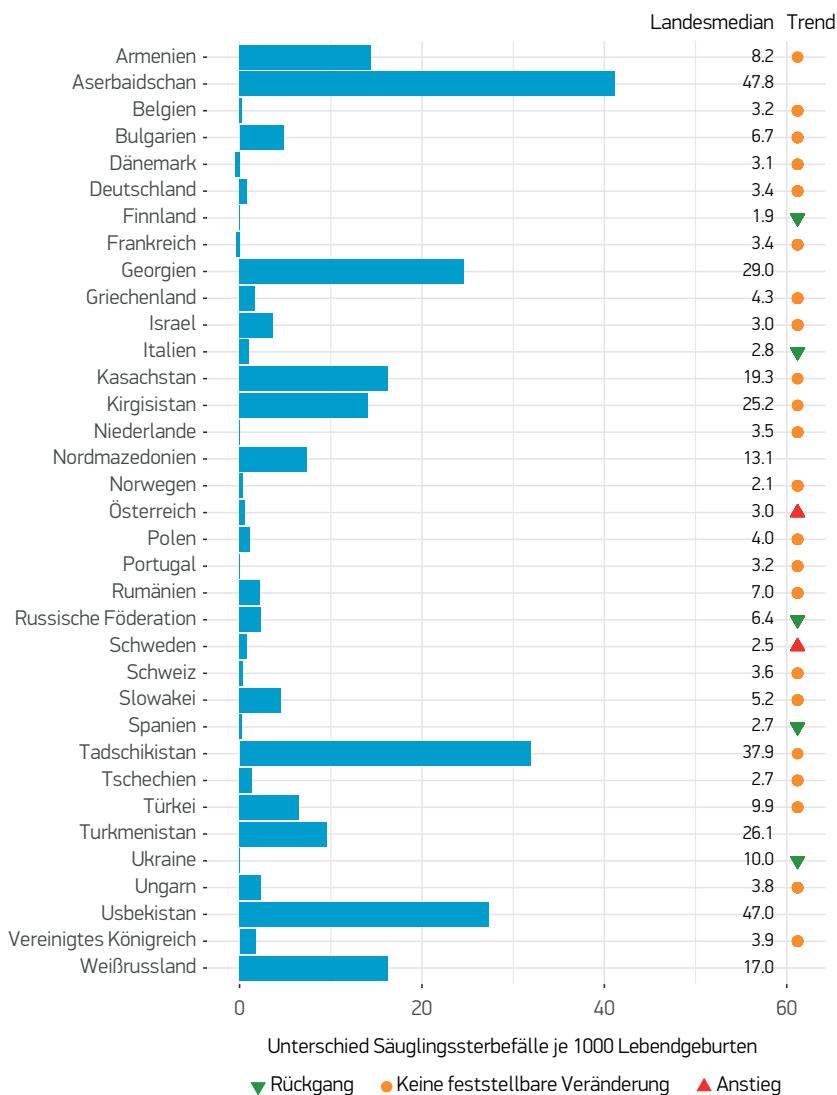
- Tabelle O.1 fasst die in Abb. O.2 dargestellten Daten zusammen und zeigt, wie sich die Lebenserwartung und die Unterschiede in der Lebenserwartung nach Bildungsniveau zwischen Männern und Frauen in diesen 19 Ländern unterscheiden.

Tabelle O.1. Durchschnittswerte und Bandbreiten der Lebenserwartung und der Unterschiede in der Lebenserwartung für 19 Länder der Europäischen Region der WHO, 2016 (oder letztes verfügbares Jahr)

	Lebenserwartung (Jahre)		Unterschiede in der Lebenserwartung (Jahre)	
	Durchschnitt	Bandbreite	Durchschnitt	Bandbreite
Frauen	82.0	78.1–86.0	3.9	2.3–7.4
Männer	76.2	71.1–81.8	7.6	3.4–15.5

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten aus dem Bestand von Eurostat.

Abb. O.3. Unterschied bei Säuglingssterbefällen pro 1000 Lebendgeburten zwischen den am stärksten benachteiligten und den am meisten begünstigten subnationalen Regionen, 2016 (oder letztes verfügbares Jahr; mit Trends seit 2005)



Hinweise: Das letzte Jahr mit Daten war bei den meisten Ländern 2016, mit den folgenden Ausnahmen: Aserbaidschan 2006; Belarus 2005; Georgien 2005; Kirgisistan 2014; Kasachstan 2015; Nordmazedonien 2005; Russische Föderation 2015; Tadschikistan 2015; Ukraine 2012; Usbekistan 2006.

Quellen: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten von Eurostat, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und des Global Data Lab (GDL).

- Die durchschnittliche Lebenserwartung in diesen 19 Ländern ist für Männer niedriger als für Frauen, und der Unterschied in der Lebenserwartung für Männer aus unterschiedlichen sozialen Gruppen ist größer als für Frauen.
- Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Frauen mit den meisten und den wenigsten Bildungsjahren blieben in allen 19 Ländern zwischen 2013 und 2016 gleich oder wurden größer. Bei den Männern blieben die Unterschiede in fast allen Ländern gleich.

Es bestehen große Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern unterschiedlicher sozialer Gruppen und zwischen Frauen unterschiedlicher sozialer Gruppen innerhalb desselben Landes (Abb. O.2)

- Frauen mit weniger Bildungsjahren werden wahrscheinlich zwischen 2,3 und 7,4 Jahren früher sterben als Frauen mit mehr Bildungsjahren.
- Männer mit weniger Bildungsjahren werden wahrscheinlich zwischen 3,4 und 15,5 Jahren früher sterben als Männer mit mehr Bildungsjahren.
- In vier Ländern leben Männer mit einem Abschluss der Sekundarstufe I mehr als 10 Jahre weniger als Männer mit Hochschulbildung.

Wo Menschen in einem Land geboren werden und leben, kann ihre Chancen, zu gedeihen, beeinflussen, auch bereits in den ersten Lebensjahren

- Die Schwere geografischer Ungleichgewichte bei der Säuglingssterblichkeit variiert in den Ländern der Europäischen Region der WHO sehr stark.
- Auf der Grundlage von Daten zur Säuglingssterblichkeit für 35 Länder zeigt Abb. O.3, dass von 1000 Neugeborenen bis zu 41 das erste Lebensjahr nicht überleben, wenn sie in den am stärksten benachteiligten Gebieten geboren werden, verglichen mit solchen, die in den am meisten begünstigten Gebieten geboren werden.
- Diese Ungleichgewichte sind vergleichbar mit den absoluten Säuglingssterblichkeitsraten in der gesamten Region: Die durchschnittlichen Säuglingssterblichkeitsraten in den Ländern der Europäischen Region der WHO reichen von 1,9 bis 47,8 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten.
- Wenn Länder mit ähnlichen Volkswirtschaften und kulturellen Traditionen verglichen werden, ergeben sich deutliche Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit zwischen geografischen Gebieten. Dies zeigt, dass Ungleichgewichte bei der Säuglingssterblichkeit vermeidbar sind.

In vielen Ländern bestehen die Ende der 2000er Jahre beobachteten Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit unverändert fort

- In 23 von 35 Ländern der gesamten Europäischen Region der WHO blieben diese Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit zwischen den am stärksten benachteiligten und den am meisten begünstigten subnationalen Regionen zwischen 2005 und 2016 unverändert oder vergrößerten sich (Abb. O.3).

Ungleichgewichte bei Langzeiterkrankungen beschränken die Teilnahme an Alltagstätigkeiten und halten viele Erwachsene davon ab, ein menschenwürdiges Leben führen zu können

- Ungleichgewichte bei einschränkenden Erkrankungen wirken sich nicht nur auf die Möglichkeiten eines qualitativ hochwertigen Lebens zu Hause und in der Familie aus, sondern auch auf die Gesamtproduktivität der Erwerbsbevölkerung eines Landes und damit auf seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.
- In allen Ländern der Europäischen Region der WHO sind Ungleichgewichte bei einschränkenden Erkrankungen weit verbreitet. Unter den 38 Ländern in Abb. O.4 weist der Prozentsatz von sowohl Frauen als auch Männern, die angeben, bei der Ausführung von Alltagstätigkeiten aufgrund schlechter Gesundheit Einschränkungen zu unterliegen, ein starkes soziales Gefälle nach Einkommensquintil auf.
- Daten für die 38 Länder zeigen, dass von jeweils 100 Frauen zwischen vier und 20 mehr Frauen im niedrigsten Einkommensquintil im Vergleich zu Frauen im höchsten Einkommensquintil angeben, aufgrund schlechter Gesundheit im Alltagsleben Einschränkungen zu unterliegen.
- Bei Männern bekunden zwischen vier und 22 mehr Männer von jeweils 100 im niedrigsten Einkommensquintil solche Einschränkungen, verglichen mit dem höchsten Einkommensquintil.
- Die Unterschiede bei einschränkenden Erkrankungen sind zwischen 2005 und 2016 bei Frauen in 32 der 38 Länder in Abb. O.4 und in 31 der 38 Länder bei Männern gleich geblieben oder größer geworden.

Unterschiede bei Gesundheit und Wohlbefinden laut Eigeneinschätzungen sind Frühwarnsignale des ungleich verteilten Risikos, krank zu werden

- Unterschiede bei Gesundheit und Wohlbefinden laut Eigeneinschätzungen bestehen in allen Phasen des Lebensverlaufs, und Trends zeigen, dass die Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen im selben Land größer werden.
- Eigeneinschätzungen von Gesundheit und Wohlbefinden werden zunehmend zur Früherkennung von Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken genutzt und gelten allgemein als zuverlässige Indikatoren für einen objektiven Gesundheitszustand.
- Prozentsätze von Kindern, Erwachsenen im Erwerbsalter und Erwachsenen ab 65 Jahren, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen, aufgeschlüsselt nach

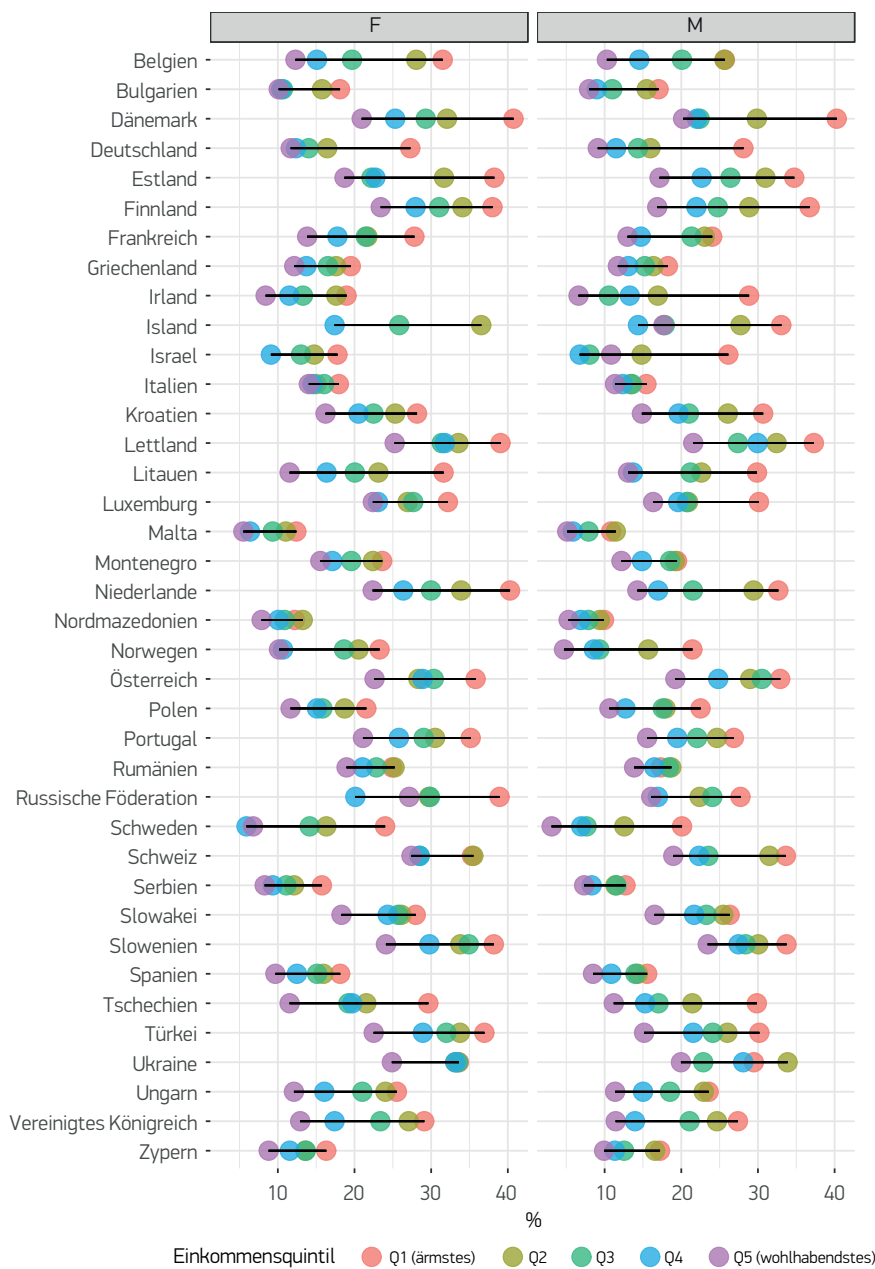
Haushaltseinkommen oder Wohlstandsniveau, zeigen, dass das sozioökonomische Gefälle in Bezug auf die Gesundheit über die fortschreitenden Lebensphasen größer wird.

- Daten für die 38 untersuchten Länder zeigen, dass von jeweils 100 Mädchen durchschnittlich sechs mehr Mädchen im niedrigsten Einkommensquintil ihren Gesundheitszustand lediglich als unzureichend oder nicht besonders gut einschätzen, verglichen mit Mädchen aus dem höchsten Einkommensquintil. Bei

Jungen sind es unter jeweils 100 im Durchschnitt fünf mehr im niedrigsten Einkommensquintil als im höchsten.

- Bei Erwachsenen im Erwerbsalter werden diese Unterschiede größer. Im Durchschnitt schätzen von jeweils 100 Personen 19 mehr Frauen und 17 mehr Männer im niedrigsten Einkommensquintil ihre Gesundheit als unzureichend oder nicht besonders gut ein, verglichen mit dem höchsten Einkommensquintil.

Abb. O.4 Anteil der Erwachsenen, die angeben, aufgrund von Gesundheitsproblemen bei Alltagstätigkeiten Langzeiteinschränkungen zu unterliegen (altersbereinigt), nach Einkommensquintil



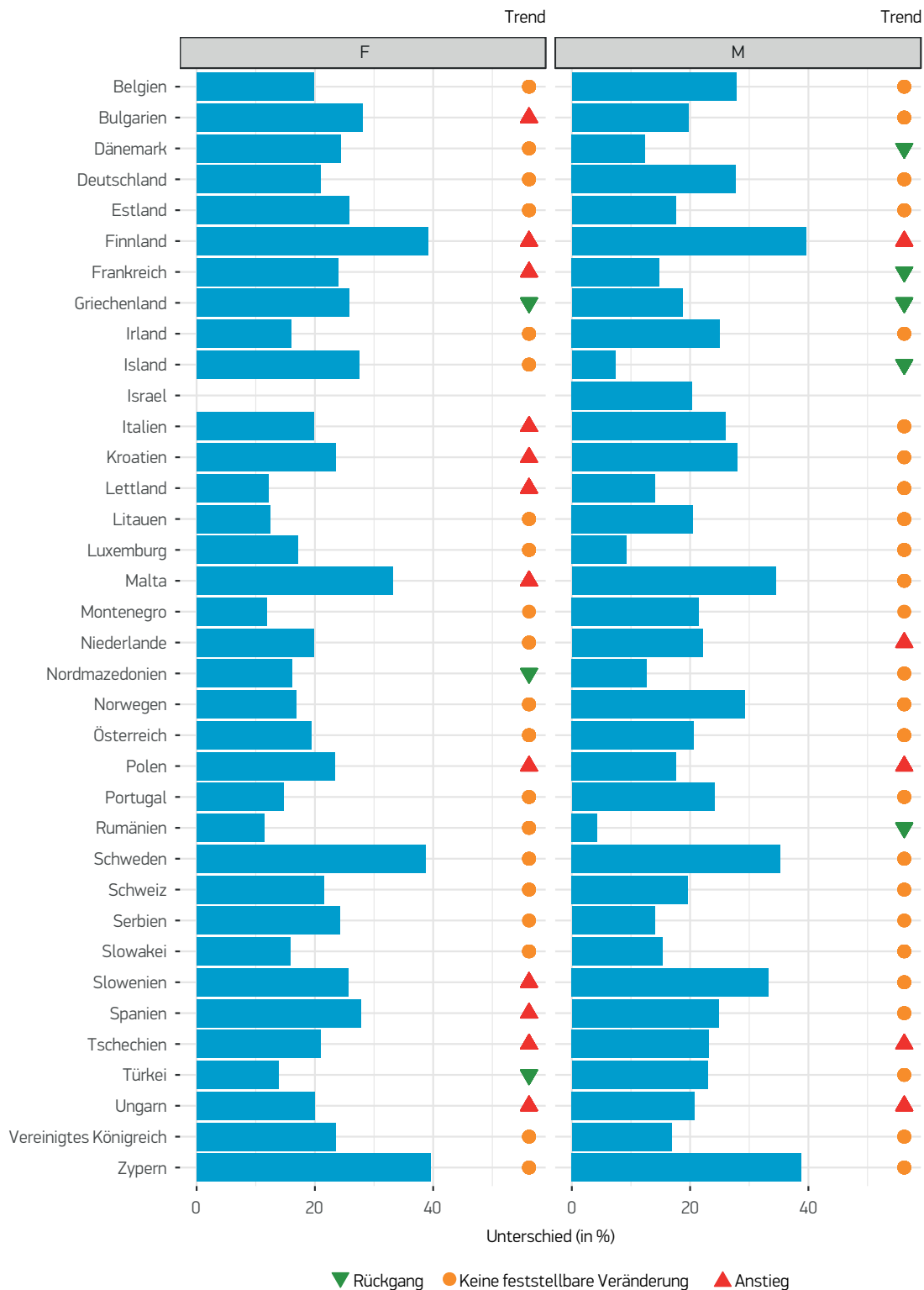
Hinweise: F = Frauen. M = Männer. Fehlende Daten aufgrund der kleinen Stichprobe für Frauen in Island (Q1 und Q5) und Israel (Q5).

Quellen: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2012–2017 aus der Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) und der Europäischen Sozialstudie (ESS).

Ohne wirksame Interventionen bestehen die Unterschiede bei der selbst eingeschätzten Gesundheit fort und werden im späteren Leben größer

- Angesichts des demografischen Wandels hin zu alternden Gesellschaften, der in der gesamten Europäischen Region der WHO stattfindet, ist dies zunehmend besorgniserregend. Bei Erwachsenen ab 65 Jahren steigen die oben genannten Unterschiede wieder auf durchschnittlich 22 mehr Frauen und 21 mehr Männer von jeweils 100 im niedrigsten Einkommensquintil, die ihre Gesundheit als unzureichend oder nicht besonders gut einschätzen, verglichen mit dem höchsten Einkommensquintil (Abb. 0.5).
- Obwohl diese Daten von unterschiedlichen Personen in unterschiedlichen Lebensphasen zu einem bestimmten Zeitpunkt und nicht von denselben Personen im Zeitverlauf stammen, ist aus dieser statischen Momentaufnahme des Lebensverlaufs ersichtlich, dass Ungleichgewichte in den fortschreitenden Lebensphasen größer werden.
- Diese Unterschiede der Chancengleichheit während des gesamten Lebensverlaufs stellen eine verpasste Chance dafür dar, Menschen zu befähigen, sich entfalten und gedeihen zu können.

Abb. O.5. Prozentualer Unterschied bei Erwachsenen ab 65 Jahren, die ihre Gesundheit als unzureichend oder nicht besonders gut einschätzen, pro 100 Personen im niedrigsten Einkommensquintil im Vergleich zum höchsten Einkommensquintil, 2017 (und Trends seit 2005)



Hinweis: F = Frauen. M = Männer.

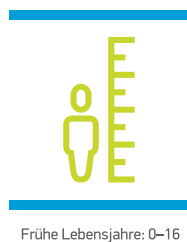
Quellen: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für 2017 aus der Erhebung für die EU-SILC und der ESS.

Wird gesundheitlichen Ungleichgewichten nicht entgegengewirkt, akkumulieren sie über den Lebensverlauf

- Tabelle 0.2 zeigt die Unterschiede der Zahlen der Personen (von jeweils 100 Personen), die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen, zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Einkommensquintil in unterschiedlichen Abschnitten des gesamten Lebensverlaufs.

Tabelle 0.2. Unterschiede der Zahlen der Personen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen, zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Einkommensquintil, pro 100 Personen

	Kindheit	Erwerbsalter	Spätere Lebensjahre
Frauen	6	19	22
Männer	5	17	22



Frühe Lebensjahre: 0–16



Junge Erwachsene: 16–24



Erwerbsalter: 24–64



Spätere Lebensjahre: 65+

Quellen: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten aus der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC-Studie) von 2014; und von Daten für die Jahre 2012–2017 aus der Erhebung für die EU-SILC und der ESS für Erwachsene.

Ungleichgewichte bei der psychischen Gesundheit sind in der Europäischen Region der WHO genauso weit verbreitet wie Ungleichgewichte bei der psychischen Gesundheit

- Bei den Männern und Frauen, die innerhalb von Ländern in der gesamten Region mit dem niedrigsten Einkommen leben, ist im Durchschnitt die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre psychische Gesundheit als schlecht einschätzen, doppelt so hoch wie bei denjenigen mit dem höchsten Einkommen.
- Die psychische Gesundheit ist wegen ihrer häufigen Komorbidität mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und übertragbaren Krankheiten wie Tuberkulose (Tb) eine wichtige Priorität im Bereich der öffentlichen Gesundheit.
- Depressionen und Angststörungen zählen zu den fünf häufigsten Ursachen für die gesamte Krankheitslast in der Region (gemessen anhand der um Behinderung bereinigten Lebensjahre).
- Die Analyse der Daten für die 35 Länder, die zur Erstellung von Abb. 0.6 verwendet und in Cluster mit ähnlicher Politik und politischer Landschaft (Anhang 3) zusammengefasst wurden, zeigt, dass von jeweils 100 Frauen zwischen 12 und 16 mehr Frauen im niedrigsten Einkommensquintil ihre psychische Gesundheit als schlecht einschätzen, verglichen mit Frauen im höchsten Einkommensquintil. Bei

Männern schätzten von 100 Männern im niedrigsten Einkommensquintil zwischen 9 und 17 mehr Männer ihre psychische Gesundheit als schlecht ein, verglichen mit Männern im höchsten Einkommensquintil.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Ungleichgewichten bei der psychischen Gesundheit variieren in unterschiedlichen Teilen der Europäischen Region der WHO und sind zwischen 2007 und 2016 nicht signifikant kleiner geworden

- Die Clusterbildung der in Abb. 0.6 verwendeten Länder zeigt, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Schweregrad der Ungleichgewichte bei der psychischen Gesundheit in unterschiedlichen Teilen der Region variieren.

In der gesamten Region bestehen Ungleichgewichte bei nicht übertragbaren Krankheiten und den damit verbundenen Risikofaktoren

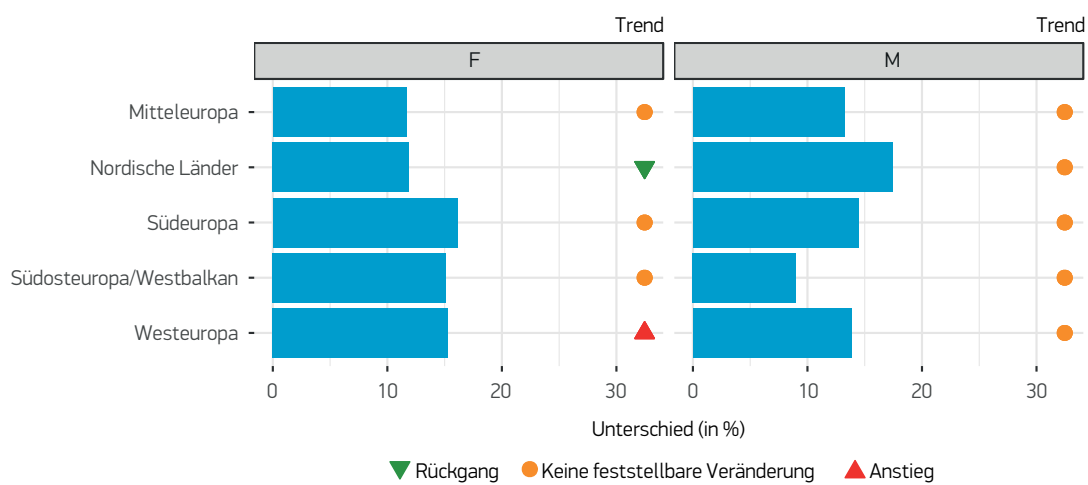
- Bei den Ungleichgewichten bei vier von fünf Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten besteht ein sozioökonomisches Gefälle (Abb. 0.7).
- Je mehr eine Person über soziale und wirtschaftliche Ressourcen und Chancen verfügt, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, einen Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten zu entwickeln (mit Ausnahme von Alkoholkonsum).

- In Abb. 0.7 werden die durchschnittlichen Ungleichgewichte bei mehreren Indikatoren für nichtübertragbare Krankheiten und Risikofaktoren zwischen Männern und Frauen mit den meisten und den wenigsten Bildungsjahren (Hochschulabschluss beziehungsweise Abschluss der Sekundarstufe I) in den Ländern der Europäischen Region der WHO gegenübergestellt.
- Das zusätzliche Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Adipositas und Rauchen bei Frauen mit den wenigsten Bildungsjahren ist im Vergleich zu denjenigen mit den meisten Bildungs-

jahren ausgeprägter als das zusätzliche Risiko bei Männern, wenn der gleiche Vergleich zwischen Bildungsniveaus angestellt wird.

- Im Durchschnitt der Region ist bei Frauen mit den wenigsten Bildungsjahren die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken, fast doppelt so hoch wie bei Frauen mit den meisten Bildungsjahren, während bei Männern diese Wahrscheinlichkeit weniger als 1,5 mal so hoch ist. An Diabetes erkranken 4,3% der Frauen mit den wenigsten Bildungsjahren und 2,2% mit den meisten Bildungsjahren. Bei den Männern sind es 3,8% beziehungsweise 2,8%.

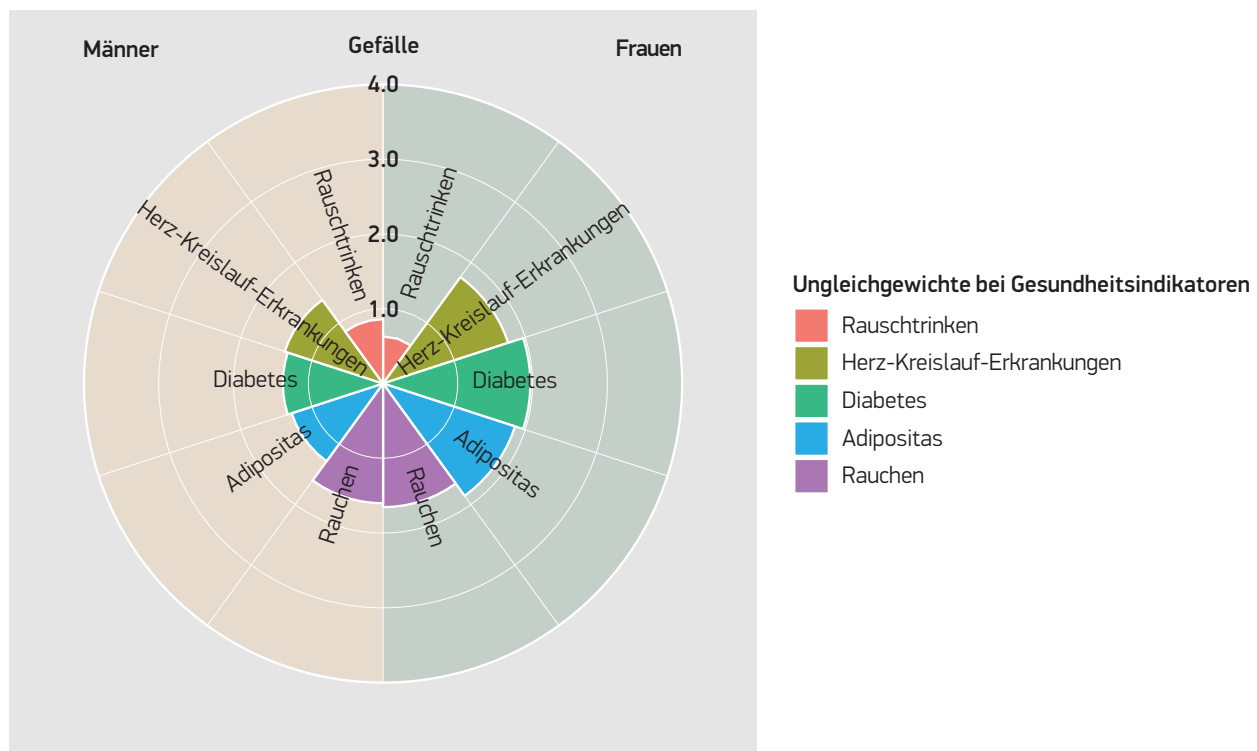
Abb. 0.6. Prozentualer Unterschied bei Erwachsenen, die ihre psychische Gesundheit im WHO-5-Index für Wohlbefinden als schlecht einschätzen, pro 100 Erwachsene im niedrigsten Einkommensquintil im Vergleich zum höchsten Einkommensquintil (verschiedene Jahre und Trends), nach Ländercluster



Hinweis: F = Frauen. M = Männer.

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2007–2016 aus der Europäischen Erhebung zur Lebensqualität (EQLS).

Abb. 0.7. Durchschnittliche Ungleichgewichte innerhalb von Ländern bei nichtübertragbaren Krankheiten und Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten (Gefälle zwischen der höchsten und der niedrigsten Zahl der Bildungsjahre)



Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser unter Verwendung des Datenbestands zu gesundheitlicher Chancengleichheit (Health Equity Dataset).

Die Unterschiede verstehen: Was trägt innerhalb der Länder der Europäischen Region der WHO zu gesundheitlichen Ungleichgewichten bei?

Für den HESR wurden neue Methoden genutzt, um zu verstehen, was die treibenden Faktoren für die Trends und den Sachstand bei gesundheitlichen Ungleichgewichten innerhalb der Länder in der gesamten Region sind

- Die Messung des Gesundheitszustands und der Trends ist wichtig, aber ohne zu verstehen, welche Faktoren und Entscheidungen den Ungleichgewichten zugrunde liegen, würde der Schwerpunkt weiterhin auf der Beschreibung des Problems liegen, statt darauf, Lösungen zu suchen und Maßnahmen zu ergreifen.
- Im HESR wurden zum ersten Mal die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Ungleichgewichten, den wesentlichen Voraussetzungen, um ein gesundes Leben führen zu können, und dem Investitionsvolumen, der Reichweite und der Akzeptanz von Konzepten erfasst und analysiert, die die Ergebnisse in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit beeinflussen.
- Dies verbessert in bedeutsamer Weise die Fähigkeit, systematisches gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zugunsten von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit zu beschleunigen.
- Im HESR wurden fünf Voraussetzungen mit Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit ermittelt (Abb. 0.8); Defizite bei der Erfüllung jeder dieser Voraussetzungen sind unabhängig voneinander von Bedeutung bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichgewichte zwischen Männern und Frauen über soziale Gruppen und geografische Gebiete hinweg.

Abb. O.8. Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit im HESR



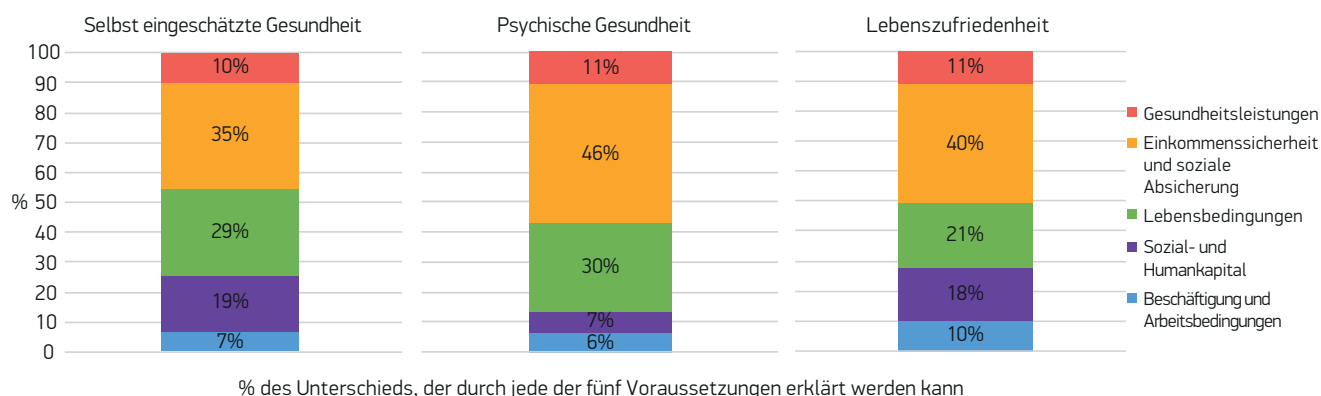
Um mehr gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb der Länder zu verwirklichen, müssen durch eine Kombination gezielter und universeller Politikansätze zu allen fünf Voraussetzungen Maßnahmen ergriffen werden

- Politische Interventionen zu kombinieren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad des Ungleichgewichts zwischen sozialen Gruppen stehen, hat den Effekt, die Gesundheit aller zu verbessern und gleichzeitig die Verbesserungsrate für diejenigen zu beschleunigen, die sonst zurückgelassen würden.
- Abb. 0.9 zeigt den relativen Beitrag von Defiziten bei jeder der fünf wesentlichen Voraussetzungen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichgewichte innerhalb von Ländern für drei große Prioritäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die in der gesamten Europäischen Region der WHO relevant sind.

Diese fünf wesentlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um in Gesundheit und Wohlstand leben zu können, und die staatlichen Politikkonzepte tragen dazu bei, diese Voraussetzungen zu schaffen

- Im HESR wird eine Aufschlüsselungsanalyse verwendet, um den (Umfang des) Beitrags jeder der fünf Voraussetzungen zu gesundheitlichen Ungleichgewichten im Verhältnis zueinander zu quantifizieren. Angesichts der verfügbaren Daten zeigt die Analyse, dass alle fünf Voraussetzungen statistisch signifikant zu den Ungleichgewichten bei den drei Gesundheitsindikatoren beitragen und dass die relative Größe ihrer Beiträge über die Indikatoren hinweg weitgehend konsistent ist.¹
- Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen in Bezug auf Einkommenssicherheit und Lebensbedingungen tragen am stärksten zu Ungleichgewichten bei selbst eingeschätzter Gesundheit, psychischer Gesundheit und Lebenszufriedenheit innerhalb von Ländern der Europäischen Region der WHO bei und sind für fast 2/3 der gesundheitlichen Ungleichgewichte zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb von Ländern verantwortlich (Anhang 4).
- Jede dieser fünf wesentlichen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um für alle ein gesundes Leben zu verwirklichen und aufrechtzuerhalten, wird auf den folgenden Seiten einzeln ausführlich untersucht.

Abb. O.9. Die Beiträge der fünf Voraussetzungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit, der psychischen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit (EU-Länder)



Hinweis: Überprüfung der Analyse auf Einfluss des Alters und des Geschlechts der Auskunftgebenden.

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfassung auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2003–2016 aus der EQLS.

¹ Aufgrund der hohen Datenanforderungen für die Aufschlüsselungsanalyse werden einige Faktoren mit einem Einfluss auf die gesundheitliche Chancengleichheit nicht erfasst (beispielsweise war es nicht möglich, ein direktes Maß für die Beschäftigungsqualität oder die Arbeitsbedingungen einzubeziehen, sondern lediglich, ob Personen übermäßig lange Arbeitszeiten haben) (siehe Anhang 2).

Kurzfristig gesundheitliche Chancengleichheit zu verwirklichen, ist möglich, selbst innerhalb politischer Zyklen

Im HESR werden Modelle der benötigten Lösungen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichgewichte erarbeitet, indem die Beziehung zwischen gesundheitlicher Chancengleichheit und der Umsetzung, Reichweite und Akzeptanz zentraler staatlicher Konzepte im Zeitverlauf untersucht wird

- Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen können verringert werden, auch innerhalb von politischen Mandaten von zwei bis vier Jahren (Abb. 0.10). Die politischen Entscheidungsträger können darauf vertrauen, dass es mit den richtigen Investitionen und Interventionen möglich ist, gesundheitliche Ungleichgewichte abzubauen, und zwar auch kurzfristig.
- Ein Szenario eines Abbaus von Ungleichgewichten bei der Lebenserwartung zwischen sozialen Gruppen um 50% würde den Ländern monetarisierten Nutzen im Umfang von 0,3% bis 4,3% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) bringen. Maßnahmen zur Beseitigung der durch schlechte Gesundheit und mangelndem Wohlbefinden verursachten Hindernisse sind sowohl für das Wohlergehen der Menschen als auch wirtschaftlich vorteilhaft.
- Abb. 0.10 zeigt die potenziellen Auswirkungen von acht makroökonomischen Maßnahmen auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte. Die Verbesserung wird anhand der prozentualen Verringerung einschränkender Erkrankungen unter Erwachsenen im höchsten und niedrigsten Einkommensquintil (innerhalb von Ländern) gemessen.
- Die grünen Balken stellen die durchschnittliche Verringerung der gesundheitlichen Ungleichgewichte dar, die zwei bis vier Jahre nach der Umsetzung jeder der acht auf der linken Seite der Grafik aufgeführten Maßnahmen durch die Länder erreicht wurde. Eine ausführlichere Beschreibung findet sich in Abschnitt 3.1.

Bei sieben der Maßnahmen zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit dem Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte

- Die Erhöhung des Pro-Kopf-Einkommens ist die einzige Maßnahme, die keinen Zusammenhang mit dem Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte aufweist.
- Der Einfluss jeder dieser Maßnahmen auf gesundheitliche Ungleichgewichte ist unterschiedlich groß.
- Sechs der Maßnahmen haben jeweils ein statistisch signifikantes Potenzial zum kurzfristigen Abbau von Ungleichgewichten bei einschränkenden Erkrankungen bei Erwachsenen: Erhöhung der staatlichen Ausgaben für Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen, Erhöhung der Ausgaben für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, Verringerung der Einkommensungleichheit, Erhöhung der Ausgaben für die soziale Absicherung, Verringerung der Arbeitslosigkeit und Verringerung der finanziellen Eigenleistungen für Gesundheit.
- Es ist wichtig zu beachten, dass es sich hierbei nicht um eine Kausalanalyse oder ein prädiktives Modell handelt.

Abb. O.10. Potenzial von acht makroökonomischen Maßnahmen zum Abbau von Ungleichgewichten bei einschränkenden Erkrankungen bei Erwachsenen mit einer zeitlichen Verzögerung von zwei bis vier Jahren in 24 Ländern



Hinweis: KKP = Kaufkraftparitäten.

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für 2008–2014 aus dem Datenbestand zu gesundheitlicher Chancengleichheit (*Health Equity Dataset*).

Die fünf wesentlichen Voraussetzungen, um für alle ein gesundes Leben zu verwirklichen und aufrechtzuerhalten – Lösungen und konzeptionelle Fortschritte

Gesundheit und Gesundheitsleistungen



Gesundheit & Gesundheitsleistungen

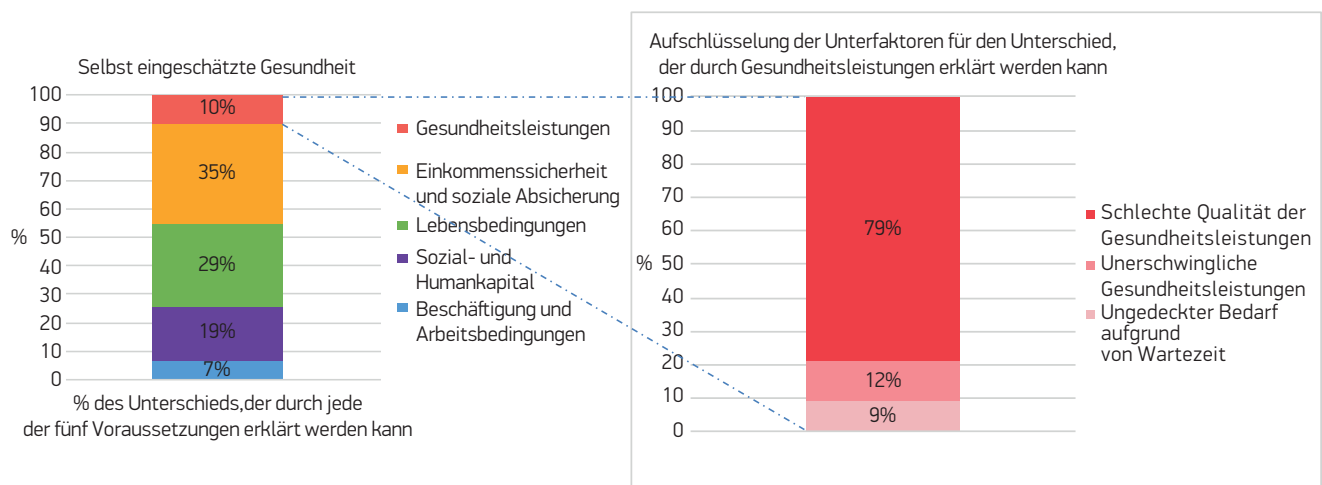
Im Durchschnitt sind 10% des Ungleichgewichts bei der selbst eingeschätzten Gesundheit zwischen den wohlhabendsten und den am wenigsten wohlhabenden 20% der Erwachsenen innerhalb europäischer Länder auf systematische Unterschiede bei der Qualität, der Verfügbarkeit und der Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen zurückzuführen (Abb. O.11)

- Die Ungleichgewichte beim ungedeckten Bedarf an Gesundheitsversorgung haben sich seit Ende der 2000er Jahre nicht wesentlich verändert. In den meisten Ländern der Europäischen Region der WHO

blieben die Ungleichgewichte beim ungedeckten Bedarf an Gesundheitsversorgung zwischen 2008 und 2017 unverändert oder nahmen zu. Der mittlere Unterschied bei den Raten des ungedeckten Bedarfs an Gesundheitsversorgung zwischen Männern und Frauen mit den meisten und den wenigsten Bildungsjahren in den Ländern der Region betrug 2017 2,7%, während er sich 2008 auf 2,6% belief.

- Das Streben nach einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ist ein wichtiger Schritt zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte.
- Das bedeutet, sicherzustellen, dass alle Kinder, Frauen und Männer Zugang zu den von ihnen benötigten Gesundheitsleistungen haben und ihnen die Qualität dieser Leistungen garantiert wird, ohne dass sie in finanzielle Not geraten.

Abb. O.11. Beitrag der Gesundheitsleistungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)



Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2003–2016 aus der EQLS.

Lösungen und konzeptionelle Fortschritte

- Verringerungen der finanziellen Eigenleistungen für die Gesundheit stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit weniger Ungleichgewichten bei einschränkenden Erkrankungen

zwischen Erwachsenen im höchsten und niedrigsten Einkommensquintil über einen Zeitraum von zwei bis vier Jahren (Abb. O.10).

- Reformen zur Verringerung des ungedeckten Bedarfs an Gesundheitsversorgung können jedoch höhere finanzielle Eigenleistungen für die Gesundheit nach sich ziehen; daher ist es wichtig sicherzustellen, dass Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen nicht auch zu größerer finanzieller Not führen, insbesondere für diejenigen, die bereits zurückgelassen werden.
- Die Länder können den ungedeckten Bedarf an Gesundheitsversorgung und finanzielle Härten verringern, indem sie Lücken in der Abdeckung der allgemeinen Gesundheitsleistungen ermitteln und schließen und entsprechend dem Bedarf Maßnahmen ergreifen, um zu gewährleisten, dass alle chancengleichen Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen haben.
- In der Europäischen Region der WHO reichen die finanziellen Eigenleistungen für Gesundheit von 7,1% bis 80,6% der laufenden Gesamtausgaben für Gesundheit. In mehr als der Hälfte der Länder der Region stiegen die finanziellen Eigenleistungen für Gesundheit als Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben zwischen 2000 und 2016 oder blieben ähnlich.
- Die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP reichen in der gesamten Region von 2,1% bis 11,9%. Diese Ausgaben stiegen in 32 der 53 Länder zwischen 2005 und 2014, aber in 13 Ländern änderten sich die Gesundheitsausgaben nicht und in acht Ländern gingen sie zurück.
- Auch die Entwicklung der Ausgaben für die öffentliche Gesundheit zeigt ein gemischtes Bild. Das Niveau der Ausgaben für öffentliche Gesundheit in der Region reicht von 0,03% bis 0,5% des BIP, und während fast die Hälfte der Länder unter den 34 Ländern, für die zwischen 2000 und 2017 Daten vorlagen, ihre Ausgaben erhöht haben, sind in der anderen Hälfte dieser Länder die Budgets für die öffentliche Gesundheit nicht erhöht worden, um den steigenden Bedarf zu decken.

Gesundheit und Einkommenssicherheit und soziale Absicherung



Gesundheit &
Einkommenssicherheit
und soziale
Absicherung

Im Durchschnitt sind 35% des Ungleichgewichts bei der selbst eingeschätzten Gesundheit zwischen den wohlhabendsten und den am wenigsten wohlhabenden 20% der Erwachsenen innerhalb europäischer Länder auf systematische Unterschiede beim Risiko von und bei der Exposition gegenüber Einkommensunsicherheit sowie das Fehlen oder die Unangemessenheit sozialer Absicherung zurückzuführen

- Der Kampf um das Auskommen, wozu auch zählt, die Kosten für die Güter und Dienstleistungen wie Brennstoff, Lebensmittel und Wohnraum tragen zu können, die für ein würdevolles, menschenwürdiges und unabhängiges Leben als unentbehrlich erachtet werden, ist ein wichtiger Faktor zur Erklärung von Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit zwischen sozialen Gruppen in Ländern der gesamten Europäischen Region der WHO.
- Das Armutsrisiko steht in direktem Zusammenhang mit früh einsetzender Morbidität und vorzeitiger Mortalität. Junge Menschen, befristet oder in Teilzeit Beschäftigte, Menschen mit Betreuungsaufgaben

und ältere Menschen sind einem höheren Risiko für schlechte Gesundheit im Zusammenhang mit dem Armutsrisiko ausgesetzt (1, 2).

- Das Risiko, in Armut zu leben, beeinflusst die psychische Gesundheit und den psychosozialen Verlauf. Die Forschung verknüpft immer wieder Einkommensungleichheit mit schlechteren Ergebnissen bei Gesundheit und Sozialkapital.
- Die Auswirkungen des Lebens in Armut in den ersten Lebensjahren und in der Kindheit sind stark mit einem erhöhten Risiko gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wie Rauchen, schädlicher Alkoholkonsum und Drogenkonsum in der Jugend verbunden. Dieser Zusammenhang dehnt sich auf die verstärkte Entwicklung chronischer Krankheiten einschließlich Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen im späteren Leben aus.

Kinderarbeit stellt in der gesamten Europäischen Region der WHO immer noch ein Problem dar

- In 34 Ländern, für die in der Europäischen Region der WHO Daten verfügbar waren, leben Kinder mit größerer Wahrscheinlichkeit in Armut als Erwachsene (3). Im Durchschnitt leben 20 von 100 Kindern in relativer Armut, verglichen mit durchschnittlich 17 von 100 Erwachsenen.

Lösungen und konzeptionelle Fortschritte

Verringerungen der Einkommensungleichheit und der relativen Armut sowie Investitionen in die soziale Absicherung stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit weniger Ungleichgewichten bei einschränkenden Erkrankungen zwischen Erwachsenen im niedrigsten und höchsten Einkommensquintil über einen Zeitraum von zwei bis vier Jahren (Abb. O.10)

- Nicht stigmatisierende Maßnahmen zur sozialen Absicherung haben positive Auswirkungen auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte im Zusammenhang mit Einkommensunsicherheit und Armut. Robuste, mehrstufige, integrative Einkommenssicherungssysteme – mit einer bedingungslosen Stufe an der Basis und ergänzt durch staatlich unterstützte beitragsfinanzierte Systeme – sind im Hinblick auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte am wirkungsvollsten. Diese Systeme umfassen gut konzipierte Elternurlaubsregelungen, gesetzliche Renten, soziale Absicherung für die ersten Lebensjahre und für Familien sowie Arbeitslosenunterstützung.
- In den meisten Ländern der Europäischen Region der WHO haben sich die Trends bei den Ausgaben für die soziale Absicherung in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert oder waren rückläufig
- Zwischen 2000 und 2012 sanken die durchschnittlichen Ausgaben der Länder für die soziale Absicherung von 12,9% auf 6,1% des BIP. Dies entspricht einer durchschnittlichen Senkung der Ausgaben der Länder für die soziale Absicherung um 50% im Verhältnis zum BIP in der gesamten Region über ein Jahrzehnt.
- 2017 lebten durchschnittlich 17 von 100 Menschen in der gesamten Region in relativer Armut; ein Anstieg gegenüber 15 von 100 im Jahr 2005.

- Auch die Ausgaben für die soziale Absicherung von Personen im Erwerbsalter (Familienbeihilfe und Arbeitslosenunterstützung) verringerten sich von durchschnittlich 3,8% des BIP in der gesamten Region im Jahr 2008 auf 1,6% im Jahr 2011 (das letzte Jahr, für das Daten verfügbar waren).
- Änderungen der Mechanismen für den Erhalt von Sozialhilfeleistungen in vielen Ländern haben zu Verzögerungen und Auflagen geführt, die die finanzielle Unsicherheit für Familien erhöht und zu einem Anstieg der Raten schlechten Wohlbefindens und psychischer Erkrankungen beigetragen haben (was sich oft in Stress, Angst und Depressionen äußert).

Zwischen den Ländern bestehen große Unterschiede in Bezug auf das Ausmaß und die Trends der Fortschritte bei der Verringerung der Einkommensungleichheit

- In den 35 europäischen Ländern, für die Daten für 2017 verfügbar waren, leben zwischen neun und 26 von 100 Menschen in relativer Armut (gemessen am Prozentsatz der Bevölkerung mit weniger als 60% des verfügbaren Median-Äquivalenzeinkommens).
- In 15 Ländern nahm diese Einkommensungleichheit von 2005 bis 2017 zu, während sie nur in sechs Ländern zurückging.
- In 14 Ländern, darunter einige Westbalkan-, zentralasiatische und Kaukasusländer, wo Armut unter Verwendung nationaler Armutsgrenzen gemessen wird, leben zwischen drei und 31 von 100 Menschen unterhalb der jeweiligen Grenze.
- In acht dieser 14 Länder sind diese Armutsraten zwischen 2005 und 2016 gesunken. Diese Trends sind jedoch nicht direkt mit den Trends der relativen Armut vergleichbar, die besser in der Lage sind, die im Vergleich zur Mitte der Bevölkerung Zurückgelassenen zu erfassen.

Gesundheit und Lebensbedingungen



Gesundheit &
Lebensbedingungen

Im Durchschnitt sind 29% des Ungleichgewichts bei der selbst eingeschätzten Gesundheit zwischen den wohlhabendsten und den am wenigsten wohlhabenden 20% der Erwachsenen in den Ländern der Europäischen Region auf systematische Unterschiede der Lebensumfelder und der Lebensbedingungen der Menschen zurückzuführen

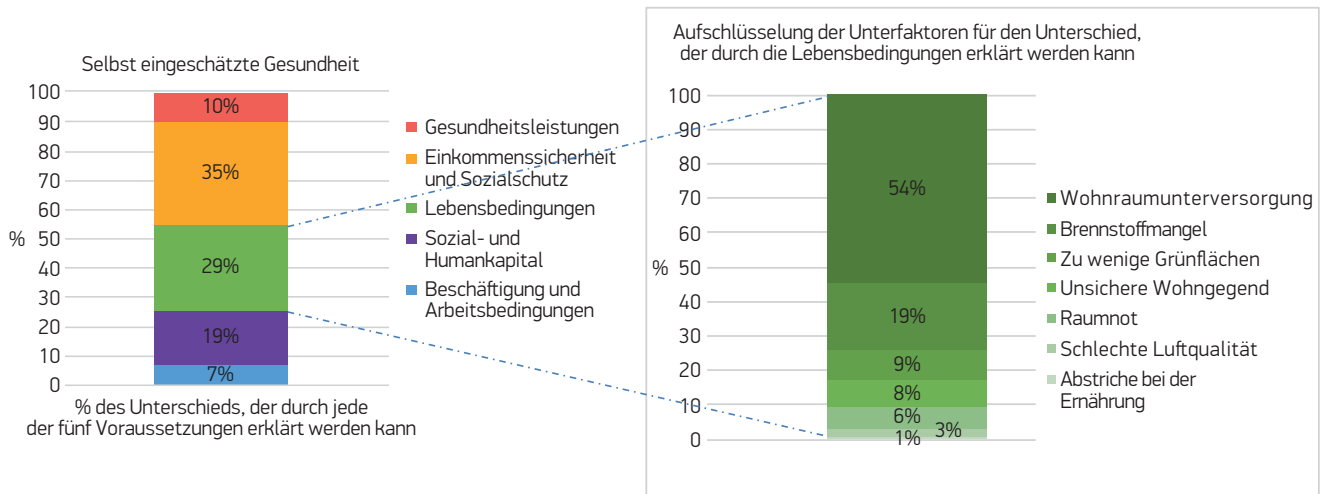
- Unsichere Wohnverhältnisse, minderwertige Wohnungen, Brennstoffmangel, unsichere Wohngegenden und fehlende kommunale Einrichtungen sind alle statistisch signifikant für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichgewichte innerhalb von Ländern der gesamten Europäischen Region der WHO (Abb. O.12).
- Ein Dach über dem Kopf zu haben, ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis, und qualitativ minderwertige Wohnungen und schlechte Gesundheit sind untrennbar miteinander verbunden. Bei Menschen in einkommensschwachen Haushalten ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie mit mehreren Wohnproblemen konfrontiert sind: Sie leiden nicht nur im Winter unter Kälte, sondern haben auch häufiger Schimmelpilze im Haus und eine schlechte Raumluftqualität.
- In der gesamten Region gibt es einen engen Zusammenhang zwischen Ländern mit höheren Raten von Wohnraumunterversorgung und niedrigerer Lebenserwartung.
- In wirtschaftlich unterentwickelten Gebieten der Länder sind die Menschen überproportional stärker Luftverschmutzung (innen und außen), Überschwemmungen, Lärmbelästigung und einer hohen Straßenverkehrsdichte ausgesetzt.
- In einigen Ländern der Region bestehen nach wie vor Ungleichgewichte bei Sanitärversorgung und Wasserknappheit zwischen den Einkommensquintilen.
- Von jeweils 100 Haushalten sind im Durchschnitt 20 mehr aus der Gruppe mit den niedrigsten 20% des Einkommens von Ernährungsunsicherheit betroffen als aus den Haushalten mit den höchsten 20% des Einkommens. Die Menschen in diesen ärmeren Haushalten können sich nicht jeden zweiten Tag eine proteinreiche Mahlzeit leisten.

Lösungen und konzeptionelle Fortschritte

Wohnen ist mehr als der Ort, an dem ein Mensch wohnt; es vermittelt ein Zugehörigkeitsgefühl und erzeugt Gefühle von Sicherheit, Geborgenheit und Privatsphäre

- Erhöhungen der öffentlichen Ausgaben für Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen wie Straßenbeleuchtung, Grünflächen und öffentliche Einrichtungen stehen in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit weniger Ungleichgewichten bei einschränkenden Erkrankungen zwischen Erwachsenen im niedrigsten und höchsten Einkommensquintil über einen Zeitraum von zwei bis vier Jahren (Abb. O.10).
- Die persönliche Wohnsituation kann aus vielen Gründen unsicher sein: Kosten, schwache Rechtssicherheit, Brennstoffmangel und Raumnot (4, 5).
- Die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger, bezahlbarer neuer Wohnungen zu verbessern, kommt der Gesundheit aller zugute. Wenn die Politik in die Bereitstellung neuer Wohnungen in Gebieten mit geringen Ressourcen investiert und die ansässige Bevölkerung und die Gemeinschaften in den Entwicklungsprozess einbezieht, resultiert dies in einem Beschleunigungseffekt im Hinblick darauf, einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte für diejenigen zu leisten, die zurückfallen.
- Die Festlegung von Standards durch Gesetze und Vorschriften, verbunden mit Anreizen – einschließlich Subventionen für Hausbesitzer und Vermieter zur Verbesserung der Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit, Rechtssicherheit und Qualität von Wohnungen – sind wirksame Lösungen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte.

Abb. O.12. Beitrag der Lebensbedingungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)



Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2003–2016 aus der EQLS.

- Im Vergleich zum höchsten Einkommensquintil gilt für die Menschen im niedrigsten Einkommensquintil, dass sie: fast achtmal häufiger von schwerer Wohnraumunterversorgung betroffen sind; mehr als doppelt so wahrscheinlich in einer überfüllten Wohnung leben; und mehr als fünfmal häufiger Unsicherheit in Bezug auf die Wohnungsbeheizung empfinden.
- Die Ausgaben für Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen in der Europäischen Region der WHO (einschließlich Straßenbeleuchtung, Sicherheit, Grünflächen und öffentliche Einrichtungen) lagen 2017 zwischen 39 Euro pro Kopf und 543 Euro pro Kopf.
- In den meisten Ländern blieben die Ausgaben für Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen zwischen 2006 und 2017 unverändert oder gingen zurück (Abb. O.13).

Konzepte zur Erhöhung der Bezahlbarkeit von Wohnungen mit brennstoffeffizienten Heizsystemen und Sanitäranlagen in Innenräumen sind der Schlüssel zum Abbau von Ungleichgewichten bei psychischer Gesundheit, Atemwegserkrankungen und wasserbedingten Erkrankungen über das soziale Gefälle hinweg

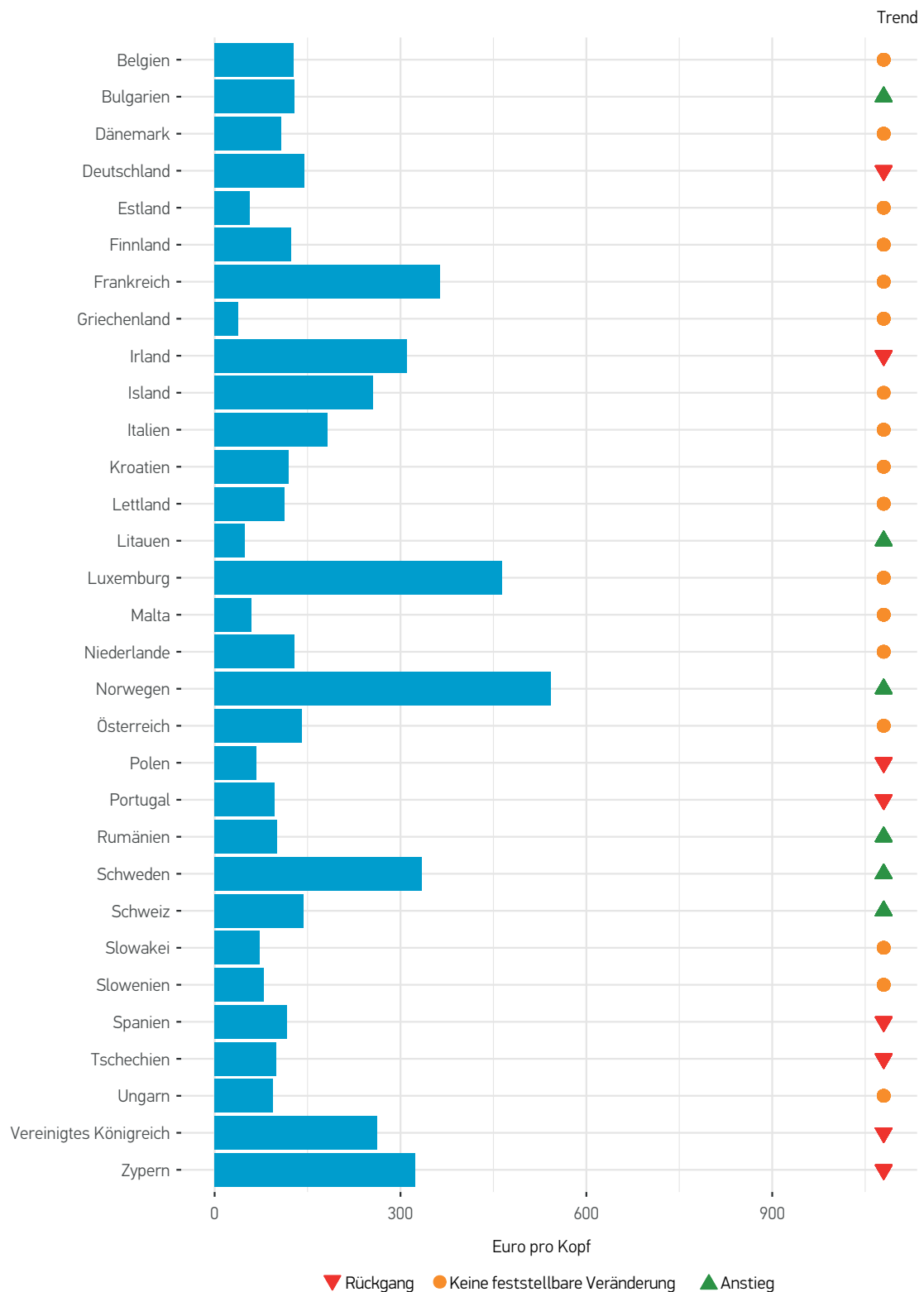
- Die Verwendung einer Formel für Chancengleichheit als Richtschnur für die Bereitstellung und Aufrechterhaltung wesentlicher öffentlicher Dienstleistungen in Bezug auf sauberes Wasser,

Brennstoff und Sanitärversorgung kann sicherstellen, dass Investitionen den am stärksten gefährdeten Personen zugutekommen, und dazu beitragen, die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen zu beschleunigen.

Die Regulierung kommerzieller Interessen ist der Schlüssel zum Abbau von Ungleichgewichten im Zusammenhang mit Unsicherheit in Bezug auf die Wohnungsbeheizung sowie unzureichender Wasser- und Sanitärversorgung

- Die Bereitstellung und Preisgestaltung wesentlicher Dienstleistungen wie Brennstoff-, Wasser- und Sanitärversorgung kann auf den Erfahrungen aus dem Ansatz zur Preisgestaltung für unentbehrliche Arzneimittel aufbauen.
- In einigen Ländern der Region bestehen nach wie vor Ungleichgewichte bei der grundlegenden Trinkwasser- und Sanitärversorgung. In elf Transformationsländern, für die nach Wohlstand aufgeschlüsselte Daten verfügbar waren, ist bei Menschen im niedrigsten Wohlstandsquintil die Wahrscheinlichkeit am geringsten, dass sie Zugang zu grundlegender Trinkwasserdienstversorgung haben.
- In neun dieser elf Transformationsländer ist bei Familien im niedrigsten Wohlstandsquintil die Wahrscheinlichkeit am geringsten, dass sie Zugang zu grundlegender Sanitärversorgung haben.

Abb. 0.13. Öffentliche Ausgaben pro Kopf für Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen, 2017 (und Trends seit 2006)



Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für 2017 von Eurostat.

Gesundheit und Sozial- und Humankapital

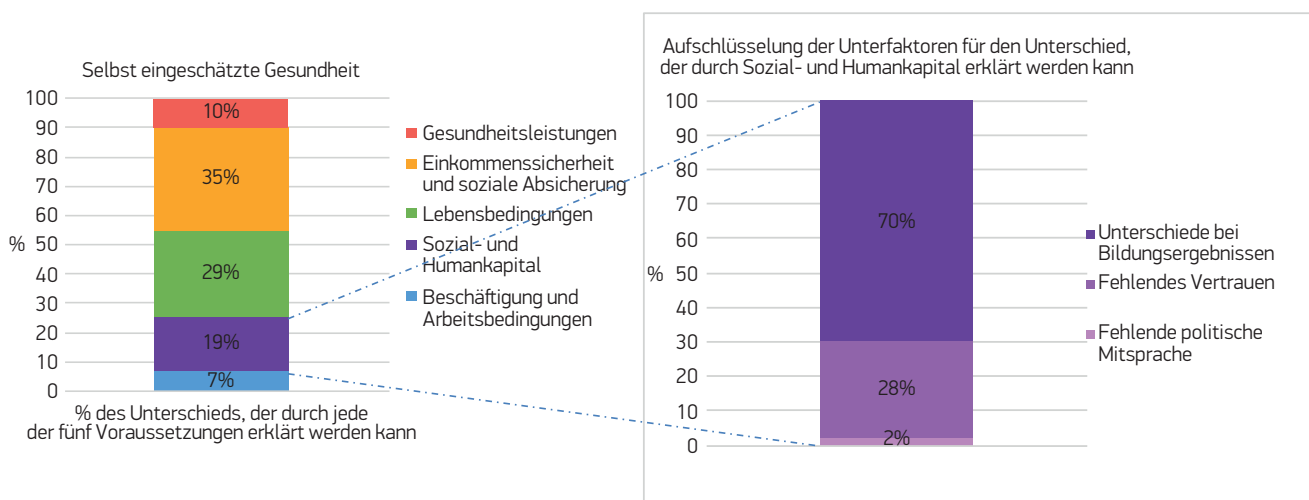


Gesundheit & Sozial- und Humankapital

Die Kombination von mangelnder Kontrolle, Vertrauen in andere und schlechten Bildungsergebnissen ist statistisch signifikant, um 19% des Unterschieds bei schlechter Gesundheit zwischen den wohlhabendsten und am wenigsten wohlhabenden 20% der Erwachsenen in europäischen Ländern zu erklären (Abb. O.14)

- Bildungsergebnisse, Vertrauen in andere und ein Gefühl der Kontrolle über die Faktoren, die die Möglichkeiten und Entscheidungen eines Menschen im Leben beeinflussen, sind von großer Bedeutung für Wohlbefinden und Gesundheit.
- Die Exposition gegenüber Umgebungen mit geringem Vertrauen – gekennzeichnet durch ein höheres Kriminalitätsrisiko, soziale Isolation, niemanden zu haben, den man um Hilfe bitten kann, und mangelnde Mitsprache – hängt eng mit schlechter psychischer Gesundheit und einem höheren Morbiditätsrisiko zusammen.

Abb. O.14. Beitrag von Sozial- und Humankapital zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)



Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2003–2016 aus der EQLS.

Lösungen und konzeptionelle Fortschritte

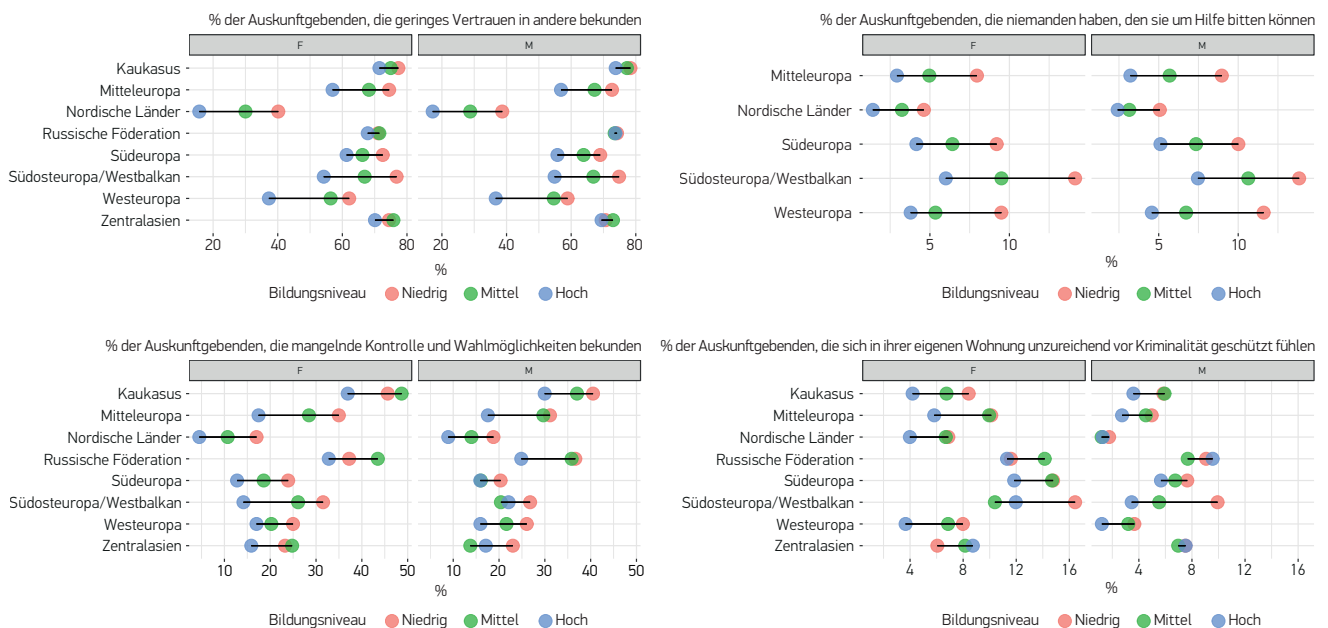
Konzepte, die darauf abzielen, die Bildungschancen zu erhöhen und die Unterschiede in den Bildungsergebnissen von den ersten Jahren bis in das spätere Leben zu verringern, sind für die Verwirklichung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit von großer Bedeutung

- Konzeptionelle Maßnahmen mit dem Ziel, die Übertragung von Bildungsunterschieden zwischen den Generationen zu durchbrechen, können auch dazu beitragen, die spätere Übertragung von Unterschieden des Wohlergehens zu unterbinden. Zu diesen Maßnahmen zählen gezielte Investitionen in die frühkindliche Bildung und in die Bereitstellung geeigneter und zugänglicher Lernmöglichkeiten für Erwachsene, die in jungen Jahren eine begrenzte formale Bildung hatten.
- In der gesamten Europäischen Region der WHO ist bei Kindern von Eltern mit den wenigsten Bildungsjahren die Wahrscheinlichkeit, dass sie im Alter von 15 Jahren Mindestkompetenzstufen in Mathematik und Lesen erreichen, wesentlich geringer als bei Kindern von Eltern mit den meisten Bildungsjahren.
- Der Kompetenzunterschied in der Region reicht von 10,6% bis 67,7% bei Mädchen und von 12,6% bis 51,8% bei Jungen.
- Die öffentlichen Ausgaben für die Vorschulbildung sind in zwei Dritteln der Länder (21/32), für die Daten vorlagen, zwischen 2012 und 2015 gestiegen (siehe Abschnitt 2.5).

- Weil ressourcenarme geografische Gebiete oft weniger Investitionen erhalten als ressourcenreiche, ist es bei der Erhöhung der Ausgabenätze wichtig, zu verstehen, ob bei der Zuweisung von Investitionen Ungleichgewichte bestehen.
- Bei Erwachsenen mit den meisten Jahren formaler Bildung ist auch die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass sie über den gesamten Lebensverlauf am Lernen teilnehmen, beispielsweise an einer Berufsausbildung, am informellen Lernen und an der Erwachsenenbildung. Dies wirkt sich positiv auf die soziale Kompetenz und die Gesundheitskompetenz, das Gefühl der Kontrolle über das eigene Schicksal und die Fähigkeit aus, wirtschaftliche und soziale Schocks (beispielsweise den Verlust des Arbeitsplatzes) zu bewältigen.
- In mehr als zwei Dritteln der Länder mit verfügbaren Daten blieb der Unterschied bei der Teilnahme an der formalen und informellen allgemeinen und beruflichen Bildung zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen zwischen 2005 und 2017 gleich oder wurde größer. Bei Frauen wird dieser Unterschied in 23 von 31 Ländern beobachtet, bei Männern in 21 von 31 Ländern.
- Eine sinnvolle Teilhabe an der Gesellschaft, Vertrauen in andere und die Fähigkeit, Entscheidungen zu beeinflussen, tragen zu größerer individueller und sozialer Widerstandsfähigkeit, höheren Graden von psychischem Wohlbefinden und geringerer Morbidität bei.
- Vertrauen ist eines der am weitesten verbreiteten Maße für Sozialkapital und ein aussagekräftiger Indikator für das Wohlbefinden sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene.
- Mehr Vertrauen findet man in Gesellschaften, in denen die physische und psychische Gesundheit für alle besser sind und Einkommen gleichmäßiger verteilt sind.
- Auf einen Mangel an Vertrauen in andere lassen sich 28% der gesundheitlichen Ungleichgewichte zurückführen, die durch die wesentliche Voraussetzung von Sozial- und Humankapital erklärt werden.
- In den meisten Ländern, gruppiert nach Clustern von Ländern mit ähnlicher Politik und politischer Landschaft (Anhang 3), ist bei Männern und Frauen mit den wenigsten Bildungsjahren die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass sie angeben, ein geringes Maß an Gefühlen von Vertrauen und Sicherheit zu empfinden, niemanden zu haben, den sie um Hilfe bitten können, und dass es ihnen an Wahlmöglichkeiten und Kontrolle über das Leben mangelt (Abb. O.15).

Konzepte zur Förderung des Sozialkapitals tragen zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden bei, stärken die Gemeinschaften und resultieren in weniger Korruption und sozialer Isolation

Abb. O.15. Prozentsätze der Erwachsenen, die über Erfahrungen mit schlechtem Sozialkapital berichten, gemessen anhand Mangels an Vertrauen, Handlungsvermögen und Sicherheit sowie des Gefühls der Isolation, verschiedene Jahre, nach Bildungsniveau und Ländercluster



Hinweis: F = Frauen. M = Männer.

Quellen: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2005–2016 aus der EQLS, der ESS, der Erhebung für die EU-SILC und dem World Values Survey (WVS).

Gesundheit und Beschäftigung und Arbeitsbedingungen



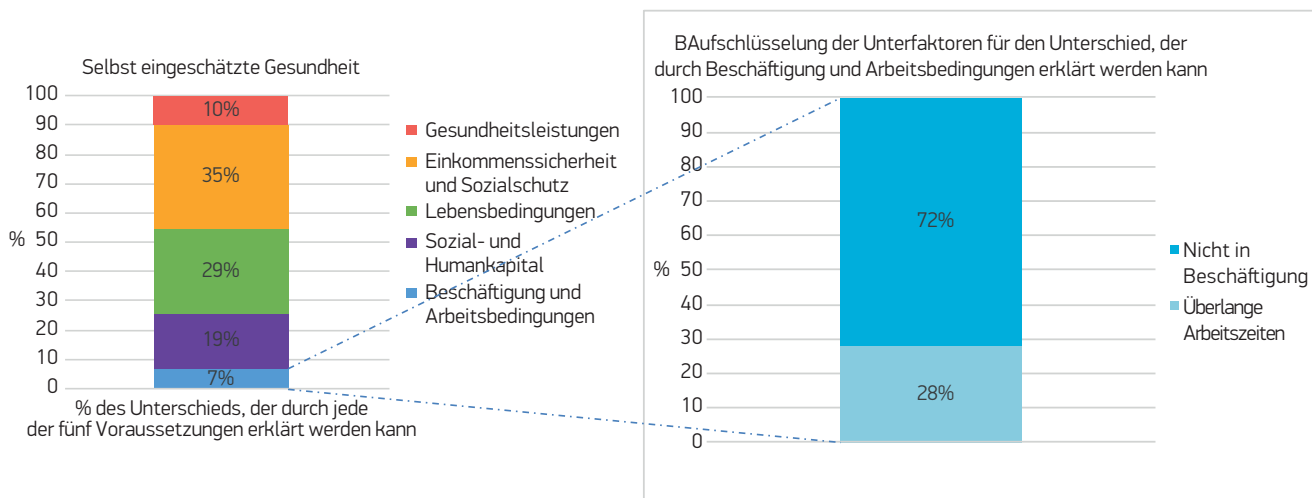
Gesundheit & Beschäftigung und Arbeitsbedingungen

Im Durchschnitt sind 7% des Ungleichgewichts bei der selbst eingeschätzten Gesundheit zwischen den wohlhabendsten und am wenigsten wohlhabenden 20% der Erwachsenen in den europäischen Ländern auf systematische Unterschiede bei Beschäftigung und Arbeitsbedingungen zurückzuführen (Abb. O.16)

- Arbeitsplatzunsicherheit, Zeitarbeit und schlechte Arbeitsbedingungen stehen in einem Zusammenhang mit schlechter psychischer Gesundheit, schlechter Gesundheit laut Eigeneinschätzung und erhöhtem Risiko für tödliche und nicht tödliche Herz-Kreislauf-Ereignisse. Bei diesen arbeitsbedingten Stressfaktoren besteht ein soziales Gefälle.

- Der Ausschluss von qualitativ hochwertiger Arbeit kann die Gesundheit und das Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen. Der größte Beitrag zum Unterschied beim selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, der mit der Beschäftigung und den Arbeitsbedingungen verknüpft ist, wird durch Unterschiede im Beschäftigungsstatus erklärt.
- Im Alter zwischen 18 und 28 Jahren nicht in Beschäftigung, Berufsausbildung oder einem Bildungsgang zu sein, ist ein Risikofaktor für schlechte psychische Gesundheit und früh einsetzende Herz-Kreislauf-Erkrankung im späteren Leben.
- Allerdings reicht es nicht unbedingt aus, in Beschäftigung zu sein, um gesundheitsschädliche Bedingungen abzuschwächen. Überlange Arbeitszeiten und die Qualität der Arbeit beeinflussen die gesundheitlichen Ungleichgewichte ebenfalls erheblich.

Abb. O.16. Beitrag von Beschäftigung und Arbeitsbedingungen zu Ungleichgewichten bei der selbst eingeschätzten Gesundheit (EU-Länder)



Quelle: Eigene Zusammenstellung der Verfasser auf der Grundlage von Daten für die Jahre 2003–2016 aus der EQLS.

Lösungen und konzeptionelle Fortschritte

Rückgänge der Arbeitslosigkeit, zusammen mit höheren Ausgaben für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen stehen in statistisch signifikanten Zusammenhängen mit weniger Ungleichgewichten bei einschränkender Erkrankung zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Einkommensquintil innerhalb von europäischen Ländern über einen Zeitraum von zwei bis vier Jahren

- Höhere Löhne verbessern die Gesundheit und verringern Ungleichgewichte. Einkommensunterstützung und finanzielle Schutzmechanismen wie Sozialtransfers ermöglichen es Menschen mit niedrigen Löhnen, ihr Risiko für Armut und soziale Ausgrenzung zu verringern. Darüber hinaus garantieren menschenwürdige Mindestlöhne den Beschäftigten ein Grundniveau an Ressourcen zur Deckung des Gesundheits- und anderen

Grundbedarfs, was Stress verringert und das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit verbessert.

- Qualitativ hochwertige aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen sowie wirksames Lernen und berufliche Bildung, zusammen mit einer sich durch Chancengleichheit auszeichnenden Arbeitsgesetzgebung und angemessenen Systemen der sozialen Sicherheit, können die gesundheitliche Chancengleichheit verbessern sowie zu mehr Beschäftigung führen und zum Wirtschaftswachstum beitragen.
- In der gesamten Europäischen Region der WHO reichen die Ausgaben für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen von 0,5% bis 3,2% des BIP. In 19 von 25 Ländern, für die Daten verfügbar waren, blieben die Ausgaben für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zwischen 2005 und 2016 entweder konstant oder gingen zurück.
- In der gesamten Region kommen arbeitsmarktpolitische Maßnahmen Männern im Allgemeinen

mehr zugute als Frauen. In 28 Ländern, für die nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, sind von 100 arbeitssuchenden Personen durchschnittlich 35 Teilnehmer von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, jedoch lediglich 30 Teilnehmerinnen.

In auf nationaler und paneuropäischer Ebene getroffenen Entscheidungen müssen soziale Werte und Auswirkungen systematisch berücksichtigt werden

- Auf der paneuropäischen Ebene getroffene Entscheidungen haben signifikante Auswirkungen innerhalb von Ländern. Beispielsweise sollte die Deregulierung von Arbeitsverträgen (ca. 2008) in erster Linie dazu dienen, die Zunahme neuer Arbeitsplätze anzuregen. Dies gelang; mehr als 50% der neu geschaffenen Arbeitsplätze werden jedoch als befristet oder vertraglich unsicher eingestuft, und die Mehrzahl dieser qualitativ geringwertigen, schlecht bezahlten oder unsicheren Stellen wurden von Personen besetzt, die sowohl wirtschaftlich als auch gesundheitlich bereits zurückfielen.

Literaturhinweise

1. Lundberg O, Dahl E, Fritzell J, Palme J, Sjöberg O. Social protection, income and health inequities. Final report of the Task group on GDP, taxes, income and welfare. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2016 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/302874/TG-GDP-taxes-income-welfare-final-report.pdf?ua=1, eingesehen am 6. August 2019).
2. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1, eingesehen am 6. August 2019).
3. Child poverty in Europe and central Asia region: definitions, measurement, trends and recommendations. New York (NY): Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen; 2017 (<https://www.unicef.org/eca/media/3396/file>, eingesehen am 6. August 2019).
4. Clair A, Reeves A, McKee M, Stukler D. Constructing a housing precariousness measure for Europe. *J Eur Soc Policy* 2018;29(1):13–28 (<https://doi.org/10.1177/0958928718768334>, eingesehen am 6. August 2019).
5. WHO housing and health guidelines. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf?ua=1>, eingesehen am 6. August 2019).

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die 1948 mit der vorrangigen Verantwortlichkeit für internationale Gesundheitsfragen und Bevölkerungsgesundheit gegründet wurde. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die jeweils ihr eigenes, auf die besondere gesundheitliche Situation ihrer Mitgliedstaaten abgestimmtes Programm haben.

Mitgliedstaaten

Albanien
Andorra
Armenien Österreich
Aserbaidschan
Belarus
Belgien
Bosnien und Herzegowina
Bulgarien
Kroatien
Zypern
Tschechien
Dänemark
Estland
Finnland
Frankreich
Georgien
Deutschland
Griechenland
Ungarn
Island
Irland
Israel
Italien
Kasachstan
Kirgisistan
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Montenegro
Niederlande
Nordmazedonien
Norwegen
Polen
Portugal
Republik Moldau
Rumänien
Russische Föderation
San Marino
Serbien
Slowakei
Slowenien
Spanien
Schweden
Schweiz
Tadschikistan
Türkei
Turkmenistan
Ukraine
Vereinigtes Königreich
Usbekistan



WHO/EURO:2019-3536-43295-60682

Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
E-Mail: eurocontact@who.int

Original: Englisch