

13.02.2007

## **„Closing the Gap“ – Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa reduzieren**

### **Nationale Abschlusskonferenz präsentiert gemeinsame Strategien und Datenbank mit 90 Projekten aus 21 europäischen Ländern**

#### **Gemeinsame Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Heute findet in Berlin die nationale Abschlusskonferenz des von der Europäischen Kommission geförderten Projektes „Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe“ statt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Vertreter Deutschlands hat das EU-Projekt zwischen 21 europäischen Ländern über drei Jahre lang koordiniert mit dem Ziel, effektive Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu identifizieren und eine europäische Datenbank mit fundierten Informationen und vorbildlichen Projekten zu erstellen. Das Projekt wurde mit finanziellen Mitteln der EU-Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz, gefördert. Alle Projektpartner führen in dieser ‚Week of Equity in Health‘ zeitgleich nationale Konferenzen durch.

„Gesundheitliche Ungleichheit zu beseitigen war und ist ein politisches Ziel der Bundesregierung. Die Ergebnisse des Projektes bestätigen, dass Deutschland auf einem guten Weg ist, Prävention und Gesundheitsförderung so auszubauen, dass sozial Schwächere erreicht werden. Hierzu bedarf es der Kooperation aller Akteure“, darauf weist **Dr. Klaus Theo Schröder**, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, hin.

„Ein Vergleich zwischen den Partnerländern macht deutlich, dass es kein ‚Einheitsrezept‘ zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten gibt“, betont **Dr. Elisabeth Pott**, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. „Grundsätzlich gilt, dass gesundheitliche Chancengleichheit in jedem Mitgliedsstaat zum Leitbild werden muss, das über die einzelnen Themengebiete hinaus wirkt und bereits frühzeitig bei der Planung von Maßnahmen und Programmen berücksichtigt wird. Dabei müssen nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern auch am Arbeitsmarkt, im Sozial-, Umwelt-, Stadtplanungs-, Verkehrs-, Familien- und Bildungsbereich Akzente zur Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit gesetzt werden“, ergänzt Dr. Pott.

So zeigt das schwedische Beispiel, in dem verkehrspolitische Maßnahmen zu einer bedeutenden Reduzierung der Unfallzahlen geführt haben, dass Interventionen, die nicht nur aus dem Gesundheitssektor heraus entwickelt wurden und z.B. im Schwerpunkt auf die sichere Gestaltung der Umwelt zielten, dennoch Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation haben. Besonders sozial benachteiligte Personengruppen haben davon in Schweden profitiert, da sie - wie in allen anderen europäischen Ländern auch - statistisch ein erhöhtes Unfallrisiko haben.

Was im Wesentlichen zu einer Strategie, die der Reduzierung von gesundheitlichen Ungleichheiten dient, dazu gehört, wird auf der heutigen Abschlusskonferenz von „Closing the Gap“ präsentiert. Hierzu gehört die Berücksichtigung der sozialen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit, eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren, die Stärkung guter Praxis und die Formulierung klarer Ziele und Handlungsempfehlungen. Dabei sollen vor allem benachteiligte Kinder als Zielgruppe stärker in den Mittelpunkt rücken.

Während der dreijährigen Projektphase hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammen mit den anderen Partnerorganisationen ein kompetentes Netzwerk von europäischen Akteuren zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten aufgebaut. „Im Verlauf dieser guten Zusammenarbeit haben wir ein gemeinsames Internet-Portal entwickelt, in dem die zentralen Ergebnisse des Projektes abgerufen werden können und eine europäische Informationsplattform zur gesundheitlichen Chancengleichheit in Europa geschaffen wurde. Hierbei möchte ich vor allem auf die Datenbank mit mittlerweile 90 vorbildhaften Praxisprojekten aus 21 europäischen Ländern hinweisen“, so die Direktorin Dr. Elisabeth Pott.

In dem Internet-Portal [www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu) befinden sich überwiegend Projekte aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Substanzmissbrauch sowie der psychischen Gesundheit. Darüber hinaus wurden Beispiele guter Praxis, die auf den Aufbau sozialer Netzwerke und die Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen zielen, aufgenommen. Hier sind besonders Aspekte von Bildung und Arbeitslosigkeit, von Wohnbedingungen und der Zugang zum Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung.

Gute Praxis beim Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zeichnet sich durch spezifische Qualitätskriterien aus wie Teilhabe und Befähigung der Zielgruppe sowie intersektorale Zusammenarbeit - dies wurde von internationalen Experten bestätigt. Vorbild für die Qualitätskriterien sowie für die gesamte Herangehensweise bei der Sammlung und Bewertung von Praxisbeispielen ist der deutsche nationale Kooperationsverbund mit seiner Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Die Europäische Kommission beabsichtigt, ab Mitte 2007 ein Anschlussprojekt zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu fördern, an dem sich die BZgA dann maßgeblich durch die Weiterentwicklung des Internet-Portals beteiligen wird.

### **Hintergrundinformationen zu sozialen Ungleichheiten am Beispiel Deutschlands:**

Obwohl Wohlstand und Lebenserwartung zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein nie zuvor gekanntes Niveau erreicht haben, bestehen in Deutschland - wie in jedem anderen europäischen Land - soziale Ungleichheiten in Gesundheit und Lebenserwartung. Dies wird an einigen Beispielen deutlich:

- In Deutschland haben Männer im oberen Einkommensbereich eine durchschnittlich 10 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer mit niedrigem Einkommen; bei Frauen beträgt der Unterschied 5 Jahre.
- Herzinfarkte treten bei Männern, die einer niedrigen sozialen Schicht angehören, ungefähr doppelt so häufig auf wie bei Männern, die sozial gut gestellt sind.
- Diabetes tritt bei sozial Benachteiligten ungefähr doppelt so häufig auf wie bei sozial gut Gestellten.
- Schulbildung und Rauchen hängen eng zusammen, insbesondere in jüngeren Altersgruppen. Während 60 Prozent der Männer mit Hauptschulabschluss rauchen, sind es bei Abiturienten 35 Prozent; bei Frauen beträgt die Differenz 50 Prozent zu 30 Prozent.
- Berufsschüler zwischen 14 und 18 Jahren rauchen zu 53 Prozent und Gymnasiasten im gleichen Alter nur zu 37 Prozent.
- Kinder aus Migranten-Familien und mit niedrigem Sozialstatus treiben zwei bis dreimal weniger Sport als Kinder, die diesen Hintergrund nicht haben.

- Der Anteil der Jugendlichen mit einem Risiko für Essstörungen ist bei einem niedrigen sozioökonomischen Status mit 27,6 Prozent fast doppelt so hoch wie in der oberen Sozialschicht (15,5 Prozent).
- Kinder aus einem sozial benachteiligten Elternhaus verunfallen bis zu 70 Prozent häufiger als diejenigen, deren Eltern dem oberen Einkommensbereich angehören.
- Die Wahrscheinlichkeit, als Minderjährige Schwanger zu werden, ist bei einer Hauptschülerin fünf Mal so groß wie bei einer Gymnasiastin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung