

# Das europäische Projekt gegen gesundheitsbezogenen Ungleichheiten

Verringerung der gesundheitsbezogenen Ungleichheiten im Rahmen der gesundheitlichen Primärversorgung innerhalb der Regionen Europas





# Vorwort

Trotz weiterhin wachsender gesundheitsbezogener Unterschiede haben bisher weder die nationalen noch regionalen Regierungen umfassende Maßnahmen unternommen, diese für das öffentliche Gesundheitswesen sowie das Sozialwesen äußerst wichtigsten Thematik in Angriff zu nehmen. Ungeachtet ständig steigender Gesundheitskosten und wiederholter Reformen im Gesundheitswesen müssen in den europäischen Ländern weiterhin gesundheitsbezogene Ungleichheiten festgestellt werden. Es ist dringend erforderlich, Lösungen zu finden und allen Bürgern den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Es ist Aufgabe der Regierungsverantwortlichen eine stärkere Berücksichtigung des Gesundheitssektor in allen Politikfeldern zu fordern und -gemeinsam mit der Wissenschaft - effiziente Lösungen zu entwickeln und umzusetzen.

Die Gesundheitsbehörden haben wiederholt die die Bedeutung der Primärversorgung für die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie deren wichtigen Rolle bei der Bekämpfung von gesundheitsbezogener betont. Gesundheitsförderung, vorbeugende Maßnahmen wie auch neue Organisationsformen zählen zu den wesentlichen Elementen für die Entwicklung innovativer und effizienter Maßnahmen gegen gesundheitsbezogene Unterschiede.

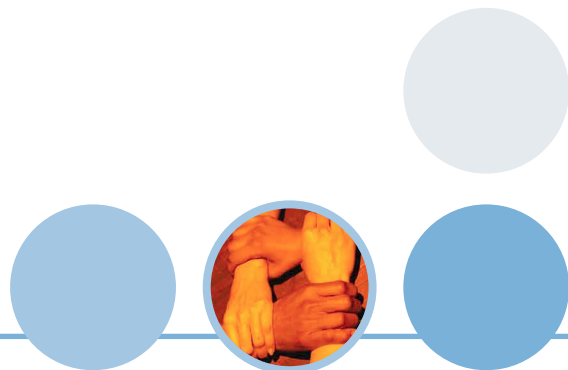
Das europäische Forschungsprojekt AIR bietet Werkzeuge und Informationen über die Gesundheitssysteme, Strategien und Projekte, die tatsächlich zur Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten bei der Primärversorgung innerhalb der Regionen Europas beitragen. Diese Ergebnisse sind Teil der im Aufbau befindlichen europäischen Datenbank über Maßnahmen und Strategien, die auf die Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten bei der Primärversorgung abzielen. Diese Datenbank soll Akteuren und Entscheidungsträgern bei der Implementierung neuer Maßnahmen oder der Verbesserung vorhandener Projekte innerhalb ihrer jeweiligen Regionen unterstützen.

*Solange Ménival,  
Vize-Präsidentin und Beauftragte für Gesundheit, Soziales und Gesundheitsberufe des Regionalrates Aquitaine "Conseil Régional d'Aquitaine"  
Rachid Salmi,  
Wissenschaftlicher Koordinator und Direktor des Institutes für Öffentliche Gesundheit "Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement" in Bordeaux*



# Inhaltsverzeichnis

1. Das europäische Projekt gegen gesundheitsbezogene Ungleichheiten "Addressing Inequalities Interventions in Regions/AIR" . . . . .	7
2. Literaturlauswertung. . . . .	8
3. Identifikation der Maßnahmen . . . . .	9
4. Auswahl und Analyse der Maßnahmen . . . . .	10
5. Fünf beispielhafte Maßnahmen . . . . .	11
6. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse . . . . .	16
7. Empfehlungen . . . . .	18
8. Schlussfolgerung und Ausblick . . . . .	19





# 1. Das europäische Projekt gegen gesundheitsbezogene Ungleichheiten

Das AIR - Projekt (Addressing Inequalities Interventions in Regions) soll den Entscheidungsträgern Möglichkeiten für eine Verringerung der gesundheitsbezogenen Ungleichheiten bei der gesundheitlichen Primärversorgung innerhalb der Regionen Europas bieten.

Derzeit steigen gesundheitsbezogene Ungleichheiten und betreffen zunehmend benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Die Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten stellt für alle europäischen Länder eine Herausforderung dar und spielt auch innerhalb der EU-Gesundheitsprogramme eine wesentliche Rolle. Das europäische Projekt gegen gesundheitsbezogene Ungleichheiten "AIR" (Addressing Inequalities Interventions in Regions) startete im November 2009 mit dem konkreten Ziel, den europäischen, regionalen und örtlichen Regierungen aktive Unterstützung bei der Gesundheitspolitik bieten zu können, um gesundheitsbezogene Ungleichheiten bei der gesundheitlichen Primärversorgung zu verringern. Das AIR - Projekt wurde unter der Leitung des Regionalrates Aquitaine, "Conseil Régional Aquitaine" in enger Zusammenarbeit mit den Partnern des Netzwerkes "ENRICH Network" sowie anderen, aus Gesundheitseinrichtungen und Forschungszentren stammenden Fachleuten durchgeführt. Insgesamt arbeiteten 31 Partner aus 15 europäischen Ländern im Rahmen dieses Projektes zusammen, um Praktiken und politische Maßnahmen für die Verringerung gesundheitsbezogener Unterschiede bei der gesundheitlichen Primärversorgung innerhalb der Regionen Europas auszuarbeiten und zu entwickeln. Das AIR - Projekt stellt Beispiele für mögliche Maßnahmen und Projekte zur Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten bei der gesundheitlichen Primärversorgung unter Berücksichtigung der Effizienz, des Kostenaufwandes und der Zielgruppenspezifika zur Verfügung. Es bietet den Entscheidungsträgern und Fachleuten des Gesundheitswesens gleichzeitig auch praktische Umsetzungsempfehlungen. Die Ergebnisse dieses Projektes werden in einem hohen Maße zur Verringerung der gesundheitsbezogener Ungleichheiten bei der gesundheitlichen Primärversorgung in den Regionen Europas beitragen.

## 2. Literaturlauswertung

Der erste Schritt des AIR - Projektes bestand in einer systematischen Analyse der vorhandenen Literatur über Maßnahmen/Projekte der gesundheitlichen Primärversorgung und im Hinblick auf eine Verringerung der gesundheitsbezogenen Ungleichheiten ausgewertet worden waren.

Es wurden 123 ab dem Jahr 2000 veröffentlichte Artikel aus "Medline", den "Cochrane Library" Datenbanken, den Websites von "Health Policy Monitor" und "Determine", Veröffentlichungen der "Nber Working Papers" und dem "Eurothine" Bericht danach ausgewählt, dass sie eine quantitative Bewertung der Maßnahmen/Projekte gesundheitlicher Primärversorgung und ihrer Wirkung auf die Gesundheit innerhalb der sozialökonomischen Gruppen enthielten. Die Maßnahmen/Projekte der gesundheitlichen Primärversorgung wurden entweder in Verbindung mit Angeboten der Primärversorgung (sprich Zugang zur Gesundheitsversorgung und Prävention gegen häufige Erkrankungen, Mütterbetreuung usw.) oder der Organisation (sprich erster Kontakt, umfassende, koordinierte Pflege...) definiert.

Die 107 bewerteten Maßnahmen wurden zur Erstellung einer Typologie analysiert. Hierbei bildeten sich drei Hauptkategorien heraus: Maßnahmen für die Gesundheitsförderung innerhalb des sozialen Settings, Maßnahmen für eine Verbesserung finanziell bedingter Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung, dies entweder durch die Bereitstellung kostenloser Leistungen oder durch kostenlose oder finanziell geförderte Krankenversicherungen; sowie Maßnahmen von Gesundheitsorganisationen. Insgesamt erwiesen sich 74% der Maßnahmen für die Verringerung der gesundheitsbezogenen Ungleichheiten als effizient, wobei für jede Maßnahmeart vergleichbare Ergebnisse festgestellt werden konnten.

Gezielte Maßnahmen im Bereich der Primärversorgung können sich begünstigend auf die Verringerung der sozialökonomisch bedingter, gesundheitsbezogener Ungleichheiten auswirken. Die Verbesserung des finanziellen Zuganges zur Gesundheitsversorgung erhöht die tatsächliche Inanspruchnahme der Gesundheitsangebote sowie der gesundheitlichen Ergebnisse. Der allgemeine Zugang zur Gesundheitsversorgung sollte mit maßgeschneiderten, kulturell angepasste Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Einsatz von Peers als Multiplikatoren. Übergreifende Maßnahmen können Rahmenbedingungen für die Implementierung verschiedener Projekte zur Gesundheitsförderung bieten. Schließlich können Aktivitäten verschiedener Gesundheitspflegeorganisationen, wie z.B. Teamarbeiten oder auch Disease Management, zu einer effizienten Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten beitragen.





### 3. Identifikation der Maßnahmen

Der zweite Schritt des AIR - Projektes bestand in der Durchführung einer Umfrage. Hierbei sollten Informationen über alle Maßnahmen gesammelt werden, die zur Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten bei der gesundheitlichen Primärversorgung in den Regionen der EU oder durch entsprechende, politische Maßnahmen auf nationaler, regionaler oder örtlicher Ebene beitragen. Insgesamt wurden 47 Fragebögen aus 21 europäischen Ländern, die 90 verschiedene, regionale Maßnahmen beschrieben, eingereicht.

Aus etwa einem Drittel dieser Fragebögen geht hervor, dass die Umfrageteilnehmer sich als Teil einer nationalen Strategie für die Verringerung der gesundheitsbezogenen Ungleichheiten ansehen, wohingegen 46% der Befragten äußerten, dass die nationale Gesundheitsstrategie die Verringerung gesundheitsbezogenen Ungleichheiten ohnehin bereits mit erfasst. Seitens der Regionen erklärte ein Viertel, an einer spezifischen, regionalen Strategie für die Verringerung gesundheitsbezogenen Ungleichheiten teilzunehmen und 67% gaben an, dass auch die regionale Gesundheitsstrategie die Verringerung gesundheitsbezogenen Ungleichheiten bereits beinhaltet. Zudem wurden Erziehung und Bildung, auf das Alter und bestimmte Zielgruppen bzw. benachteiligte Bevölkerungsgruppen abgestimmte Maßnahmen als Beitrag zur Verringerung der gesundheitsbezogenen Ungleichheiten angesehen (78% der Antworten).

Im Hinblick auf die in regionalen Strategien implementierten Maßnahmen und Projekte wurden Prävention und Gesundheitsförderung als am effizientesten erachtet (99%), gefolgt von der Organisation der Gesundheitsversorgung (82%), der Finanzierung und Förderung (71%) sowie dem Zugang zur Gesundheitsversorgung (67%).

Die Ergebnisse des ersten Fragebogens verdeutlichten, dass sich auf nationaler wie auch auf regionaler Ebene ein immer größer werdendes Bewusstsein im Hinblick auf gesundheitsbezogene Ungleichheiten sowie eine größer werdende Bereitschaft, diesbezüglich auf regionaler Ebene aktiv zu werden, abzeichnet. Als weitere, positive Ergebnisse ergaben sich aus der Umfrage beispielsweise die intensive Zusammenarbeit verschiedener Bereiche (z. B. Angebote und Dienste aus Erziehung und Bildung sowie Soziales) sowie die positive Bedeutung der Primärversorgung, vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung. Die Sammlung von 90 Projekten zur Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten auf regionaler Ebene ermöglichte einen interessanten Überblick über Initiativen und Maßnahmen auf örtlicher und regionaler Ebene, die das Engagement der Regierung in diesen Bereich widerspiegeln. Bei der Umfrage zeigte sich dennoch eine Schwachstelle bei der Auswertung der Auswirkungen der Aktionen auf die Verringerung der Ungleichheiten sowie generell die Schwierigkeit, klare und übereinstimmende Vorstellungen zwischen nationaler und regionaler Ebene bezüglich der unterschiedlichen Strategien und Ergebnissen zuzufinden. Abschließend kann gesagt werden, dass die Politikverantwortlichen und Fachleute auf der einen Seite und die Forschung auf der anderen Seite zunächst die Kluft zwischen offensichtlicher Existenz, dem Wissen und dem Bewusstsein von bzw. über gesundheitsbezogene Ungleichheiten im Gesundheitspflegesystem verringern müssen.

# 4. Auswahl und Analyse der Maßnahmen

Der dritte Teil des Projektes umfasste die Erstellung eines zweiten Fragebogens. Hierbei sollten die bei der ersten Umfrage zusammengetragenen Informationen über die verschiedenen Maßnahmen für eine tiefer gehende Analyse vervollständigt werden. Ziel dieses Aufgabenschrittes war eine Bewertung dieser Informationen durch Gutachter unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien, die unter anderem ihre Wirksamkeit und Qualität messen sollten; ferner sollte ein Katalog "beispielhafter Vorgehensweisen" und Empfehlungen entwickelt werden.

Die Umfrage enthielt kontextuelle Informationen über die Maßnahmen, die Charakteristika der jeweiligen Zielgruppen, die Beschreibung der Eigenschaften der Maßnahmen sowie weitere ergänzende Unterlagen. Die Fragen wurden für eine mögliche Bewertung der Maßnahme auf der Grundlage folgender Kriterien ausgewählt: Wichtigkeit, Angemessenheit, Anwendbarkeit, Innovation, Qualitätssicherung, Geeignetheit der einzusetzenden Mittel, Effizienz der Vorgehensweise, Effizienz der Ergebnisse sowie Gleichstellung.

Insgesamt wurden 46 Maßnahmen aus 16 europäischen Ländern und 20 Regionen analysiert. Die Maßnahmen richteten sich hauptsächlich an beide Geschlechter und nicht an spezifische Altersgruppen (41%). Städtische und ländliche Bevölkerung wurde hierbei in vergleichbaren Größenordnungen erreicht, wobei in den meisten Fällen nachteilige, sozialökonomische Bedingungen und benachteiligte Wohngegenden für die Festlegung der Zielgruppe ausgewählt wurden. Nur wenige Maßnahmen zielten auf eine Verringerung von Ungleichheit durch Einsatz strukturgebender, sozialökonomischer Faktoren. Ab die Leistungen der gesundheitlichen Primärversorgung spielten nicht nur eine grundsätzliche Rolle, sondern präsentierten gleichzeitig auch den Kontext, vor dessen Hintergrund die aktuell laufenden Maßnahmen / Projekte entwickelt worden waren (74%). Hierbei ist vor allem auf den Bereich von Erziehung und Bildung hinzuweisen. In den meisten Fällen fand vor der Implementierung der Maßnahmen eine Analyse des Bedarfs in der Bevölkerung statt (87%). Die für die Festlegung dieser Maßnahmen und Aktivitäten verwendete Vorgehensweise beruhte jedoch in den meisten Fällen eher auf formlosen Methoden durch Untersuchung vorhandener Literatur und das Hinzuziehen von Fachleuten und eher weniger auf formellen Methoden.

Interdisziplinarität spielte keine wesentliche Rolle. Nur 5 von insgesamt 46 Maßnahmen verfügten in ihrem Team über einen Sozialwissenschaftler (Anthropologe, Soziologe, Politikwissenschaftler), und nur wenige beteiligten über Lehrer, Wirtschaftler, Politiker, Journalisten und / oder Juristen. Die Antworten berichteten über Neuerungen in 2 Bereichen: neuen Arbeitsmethoden und spezielle, für die jeweilige Maßnahme entwickelte Aktionen

Die Maßnahmen wurden in 80% aller Fälle im Rahmen eines Monitoring begleitend überwacht. Nur für die Hälfte wurde jedoch einen Bericht mit Detailangaben über diese Kontrolle erarbeitet. Unerwünschte Nebeneffekte bei der Implementierung der Maßnahme wurde nur sehr selten d.h. in 3 Fällen erwähnt. Die Anzahl unerwarteter Effekte wurde öfter angegeben (10 Maßnahmen / Projekte), von denen sich die meisten allerdings als positiv erwiesen.

Als die 3 wesentlichsten Erkenntnisse ergaben sich die hohe Bedeutung einer Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und Organisationen, ferner das Engagement und die Motivation der Fachleute, sowie ein offenes Ohr für den Bedarf der unterschiedlichen Personen und Institutionen mit der Bereitschaft, dies auf den Kontext abzustimmen.



## 5. Fünf beispielhafte Maßnahmen

Nach der Analyse der Maßnahmen wurde jede von ihnen von zwei unterschiedlichen Gutachtern bewertet, die nach zuvor festgelegten Kriterien den Maßnahmen/Projekten eine bestimmte Note zuwiesen. Bei der Analyse und Bewertung der Maßnahmen wurden 5 beispielhafte Modelle ausgewählt, die bei der Abschlusskonferenz des Projektes in Budapest am 19. April 2012 vorgestellt wurden.

### *Anti-Drogen-Netzwerk in einer Kommune. Pilotprojekt Korcula. Gespanschaft Dubrovnik-Neretva. Kroatien.*

#### **Zielgruppen**

Schulkinder im Alter von 12-18 auf der Insel Korcula.

#### **Ziel**

Senkung des Drogenkonsums von Kindern und Jugendlichen.

#### **Aktivitäten/ Maßnahmen**

- Situationsanalyse und strategische Planung.
- Leistungen der Primärversorgung - Erziehung, runde tische, workshops und Treffen.
- Andere Gesundheitsdienstleistungen mit speziellen Behandlungen für Drogenabhängige - Eröffnung von neuen Beratungszentren: zugelassenen Substitutionsärzte, Öffentlichkeitsarbeit(Radiosender, runde Tische, öffentliche Diskussionsrunden, Besuche von ehemaligen Abhängigen etc).
- Schulen: Vorlesungen, Workshops, Schwerpunktgruppen, Ausstellungen, Kinderspiele, Ausstellungen und öffentliche diskussionsrunden für Eltern.

Kommune: Gründung von Drogenarbeitsgruppen, Erziehung durch Vorträge und Workshops, periodische Treffen, gemeinsame Planung und Durchführung der Maßnahmen, Treffen mit Bürgermeistern du Lokalpolitikern, Kontrolle des Alkoholverkaufs an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Kontrolle des Drogenhandels, Überwachung von Kindern, die nachts ohne elterliche Begleitung unterwegs sind.

- Evaluation/Auswertung.

#### **Kontakt**

Institut für das Gesundheitswesen, Gespanschaft Dubrovnik-Neretva

E-Mail: pavici@net.hr; karmen.kmetovic-prkacin@zzjzdnz.hr

## ***Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Personen mit geistigen Behinderungen und Strafgefangenen. Andalusien. Spanien.***

### **Zielgruppen**

Strafgefangene, Personen mit schweren, geistigen Behinderungen in speziellen Wohnheimen/Wohnstätten, therapeutischen Gemeinschaften, Zentren für ambulante Patienten mit langen oder mittleren Behandlungszeiten sowie in Krankenhäusern.

### **Ziel**

Standardisierung von Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens von Personengruppen, die unter besonderen Bedingungen leben. Entwicklung und Implementierung eines spezifischen Modells, das Rauchen von Strafgefangenen und Personen mit schweren, geistigen Behinderungen zu beenden .

### **Aktivitäten**

1. Vereinbarungen für eine Zusammenarbeit mit den Leitern der jeweiligen Einrichtung.
2. Situationsanalyse: Überwachung des Tabakkonsums.
3. Erhöhung des Bewusstseins der Leitung, des Fachpersonals und den in den Einrichtungen lebenden Personen im Hinblick auf die durch den Tabakkonsums und das passive Rauchen entstehenden Probleme, Unterstützung bei Maßnahmen zur Beendigung des Rauchens.
4. Schulungsprogramm für involvierte Fachleute.
5. Organisation von Hilfen zur Beendigung des Rauchens für alle beteiligten Personen.
6. Auswertung

### **Kontakt**

Secretaria General de Salud Publica  
E-Mail: [mariap.mesa.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:mariap.mesa.sspa@juntadeandalucia.es)

## *HIV-/AIDS - Vorbeugung und Überwachung. Algarve. Portugal.*

### **Zielgruppen**

Sexuelle Minderheiten, Strafgefangene, Prostituierte.

### **Ziel**

Entwicklung von Maßnahmen zur Vorbeugung und Beratung sowie der frühzeitigen Erkennung einer HIV-Infektion bei hoch gefährdeten Bevölkerungsgruppen, die einen erschwerten Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen haben, sowie allgemein für die Bevölkerung. Hierzu sollen die Einrichtungen von Partnerinstituten und/oder mobile Einheiten in Anspruch genommen werden können.

Ziele: Die Förderung des allgemeinen Bewusstseins über den serologischen Status der HIV-Infektion; Gewährleistung einer rechtzeitigen Überweisung zu spezieller medizinischer Beratung und Betreuung (wann immer sich dies als erforderlich erweist); Vorbeugung gegen die Übertragung der HIV-Infektion; Aktive Beteiligung an der Förderung sozialer Akzeptanz von infizierten Personen.

### **Aktivitäten**

Es gibt ein Zentrum (das CAD), das anonyme, kostenlose und vertrauliche Beratungen und einen HIV-Test anbietet. Zu den Aufgaben des Zentrums zählen beispielsweise das Angebot von Aktivitäten innerhalb der Kommune, die Gewährleistung laufender Schulungen und technische Beratungen für die in den verschiedenen Teams tätigen Fachleute, Bereitstellung von Schnell- Tests und entsprechendem Material. Unter Nutzung der eigenen Einrichtungen oder mobilen Einheiten werden folgende Leistungen angeboten: Beratung, Erkennung der Infektion (Schnelltest), Ausgabe von Informationsmaterial und Prophylaktika innerhalb eines spezifischen Zeitraums in Zusammenarbeit mit Institutionen und NGOs: in Gefängnissen, bei Prostituierten (auf der Straße wie auch in Wohnungen), bei Personen mit Migrationshintergrund (in den Gebieten, in denen diese Personen leben oder die häufig von ihnen aufgesucht werden), in Universitäten, Einkaufszentren, Gesundheitszentren. Diese Maßnahmen werden im Sommer sowie am Welt-Aids-Tag, integriert in Informationskampagnen unterstützt. Didaktisches und informatives Material wird zur Verfügung gestellt..

### **Kontakt**

Regionale Gesundheitsbehörde in Algarve

E-Mail: svrcra@arsalgarve.min-saude.pt

## ***Regionales Ernährungs- und Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche. Aquitaine. Frankreich.***

### **Zielgruppen**

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in der Region Aquitaine, im schulischen, familiären und medizinischen Umfeld.

### **Ziel**

**Allgemeines Ziel:** Verringerung der steigenden Prävalenz von Übergewicht bei Kindern, Erhöhung des Konsums von Obst und Gemüse sowie Förderung körperlicher Aktivitäten.

**Spezifische Ziele:** Optimierte, frühzeitige Erkennung von Übergewicht bei Kindern, Verbesserung der Ernährungsangebote, Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen / Projekte in den Schulen.

### **Aktivitäten**

Gesundheitsfördernde Maßnahmen für Kinder und Teenager (Jugendliche).

Schulung der Lehrer und Kantinen- / Mensamitarbeiter. Bewusstseins- und Informationsmaßnahmen für medizinische Mitarbeiter der nationalen Schuleinrichtungen (Krankenschwestern und Schulärzte) im Hinblick auf die frühe Erkennung von übergewichtigen oder fettleibigen Personen.

Schulungsinitiativen für die Verwendung validierter und allgemeiner Screeningwerkzeuge. Bewusstseins- und /Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter kommunaler Gebietskörperschaften im Hinblick auf die Bedeutung einer verbesserten Ernährung in Kantinen und Mensenmaßnahmen für die Förderung eines verbesserten Bewusstseins der Allgemeinheit.

### **Kontakt**

Universitätskrankenhaus und Institut für Öffentliche Gesundheit "Institut de Santé Publique, d'Epidemiologie et de Développement" in Bordeaux

E-Mail: [helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr](mailto:helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr)

***Programm zur Gesundheitsförderung "Plan promotion santé 2010-2012" in der***





## **Provinc von Hainaut. Belgien.**

### **Zielgruppen**

Die gesamte Bevölkerung der Provinz Hainaut.

### **Ziel**

Die Reduzierung soziale Bedingter Ungleichheiten im Gesundheitswesen bei einer Bevölkerung mit einer hohen Anzahl chronischer Beschwerden durch Zusammenarbeit mit Partnern aus anderen Bereichen sowie der Schaffung optimierter Gesundheitsbedingungen über zugängliche, auf den Bedarf aller Bürger abgestimmte Maßnahmen sowie letztlich einer dauerhaften Unterstützung eines steigenden Bewusstseins und Mobilisierung der Bevölkerung.

### **Aktivitäten**

Es wurden 105 Aktivitäten geplant, zu denen beispielsweise Gesundheitsinformationen und Gesundheitsberichterstattung, soziale Mobilisierungen, die Weiterführung örtlicher Programme, Schulungen, Gesundheitserziehung, Herstellung von Materialien (Broschüren, Ausstellungen, Gruppenveranstaltungen), Netzwerkarbeiten, Massenmedien, Kommunikationen, Lobby-Arbeit usw. gehören.

### **Kontakt**

Observatoire de la Santé du Hainaut  
E-Mail: [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

# 6. Zusammenfassung der wichtigen Ergebnisse des AIR - Projektes

Das AIR - Projekt konzentriert sich hauptsächlich auf Maßnahmen zur Reduzierung von Ungleichheiten bei der gesundheitlichen Primärversorgung innerhalb der Regionen Europas, unter der Annahme, dass zahlreiche Maßnahmen zur Vorbeugung und Gesundheitsförderung auf regionaler Ebene durch die Anbieter von Primärversorgung implementiert werden können. Tatsächlich beinhaltet die Primärversorgung als ein Hauptziel den gleichberechtigten Zugang zu der auf den Bedarf abgestimmten Versorgung, so dass explizit das Ziel der Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten mit berücksichtigt wird.

Seit dem 2. Weltkrieg haben die europäischen Länder diese Zielsetzung über verschiedenste Maßnahmen erreichen können. Hierzu zählen u. a. auch der allgemeine Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Berücksichtigung der Grundbedürfnisse der Bevölkerung. In Übereinstimmung mit einem sich erhöhenden Bewusstsein für die im Gesundheitssektor vorhandenen Ungleichheiten beinhalten zahlreiche nationale, regionale und örtliche gesundheitspolitische Maßnahmen Zielsetzungen zur Verringerung der gesundheitsbezogenen Ungleichheiten.

Die meisten Regionen berichten, dass die Gesundheitsförderung und die auf benachteiligte Gruppen abgestimmten Maßnahmen / Projekte eine prioritäre Rolle spielen. Dennoch muss zwischen den nationalen und regionalen Ebenen eine eher eingeschränkte Koordinierung und Integration der Strategien verzeichnet werden. Desweiteren bleiben die Prioritäten oftmals auf der Ebene des "guten Willens" stecken und werden nicht immer eindeutig in spezifische Projekte integriert. Politische Maßnahmen und Aktionen werden nur in seltenen Fällen ausgewertet.

Die meisten Aktionen und Maßnahmen finden auf der örtlichen Ebene statt, wodurch sich die Frage stellt, wie eine Übertragung und Nachnutzung der Maßnahme erfolgen kann, um alle von dem jeweiligen Problem betroffenen Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

## *Einschätzung der Aktionen und Forschungsarbeiten für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten*

Die meisten wissenschaftlichen Veröffentlichungen über Maßnahmen zur Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten in der Primärversorgung stammen aus den USA; nur sehr wenige Texte stammen aus Europa. Nur wenige der in den AIR - Umfragen aufgeführten, veröffentlichten Erfahrungen und Aktionen behandeln die Rolle der Anbieter von Gesundheitsleistungen in der Primärversorgung, einschließlich deren geografischer Verteilung sowie deren Auswirkung auf die gesundheitsbezogenen Ungleichheiten

Eine sehr geringe Anzahl der in den AIR - Umfragen erwähnten Maßnahmen beinhaltet tatsächlich ein vollständig entwickeltes und wissenschaftlich dokumentiertes Kontroll- und Bewertungsverfahren einschließlich der Veröffentlichung der entsprechenden Ergebnisse. Sofern eine Auswertung / Evaluation vorliegt oder geplant ist, beruht diese in den meisten Fällen keinesfalls auf eindeutigen, formalisierten und methodisch unteretzten Erkenntnissen. Zudem wird die Wirksamkeit der Maßnahmen / Projekte nur sehr selten bewertet.







## *Kenntnisse über wirksame Maßnahmen, unterstützende Faktoren und Hemmnisse*

- Obwohl die Geschlechtszugehörigkeit in den meisten Gesellschaften einen der wichtigsten Dreh - und Angelpunkte bei dem Thema „Ungleichheit“ bildet, konnten bei den untersuchten Maßnahmen nur in sehr seltenen Fällen Ungleichheiten aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit festgestellt werden.
- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die auf die Vermeidung gesundheitsbezogener Ungleichheiten abzielen, können sich als wirksam erweisen, wenn die Mitglieder der Zielgruppe tatsächlich mit einbezogen werden, die Maßnahmen kulturell angepasst sind und von der Gemeinschaft getragen werden .
- Disease management und managed care scheinen sich nicht auf gesundheitsbezogene Ungleichheiten auszuwirken.
- Finanzielle Unterstützung zur Erleichterung des Zugang zur Gesundheitsversorgung, kann die Ungleichheiten beim Zugang verringern, wirken sich aber keinesfalls maßgeblich auf die Risikofaktoren aus. Darüber hinaus kann die Qualität der Versorgung für die von diesen Maßnahmen angesprochenen Personen unterschiedlich ausfallen.
- Nur wenige Strategien mit politischem Hintergrund, die speziell auf eine Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten im Rahmen von allgemeinen Maßnahmen / Projekten abzielen , berücksichtigen sozialökonomische Faktoren, wie zum Beispiel das Wohnumfeld, die Beschäftigung oder das Einkommen.
- Bei wirklich beispielhaften und innovativen Maßnahmen / Projekten handelt es sich in der Regel um Maßnahmen, deren Akteure aus Organisationen, Sektoren und Disziplinen stammen, die üblicher Weise nicht zusammenarbeiten, sich hier jedoch von Anfang an gemeinsam für das jeweilige Projekt engagierten. Die disziplin- und sektorüberschreitende Zusammenarbeit bildet einen weiteren, fördernden Schlüsselfaktor, allerdings ist die Beteiligung von Bereichen, die nicht zum Gesundheitswesen gehören, eher selten. Auch Hausärzte beteiligen sich in der Regel nur sehr selten an den erwähnten Maßnahmen / Projekten.
- Die meisten der Maßnahmen geben eine Einbeziehung der Zielgruppen bei der Bewertung des vorliegenden Bedarfs an, um die spätere Gestaltung und Bewertung des jeweiligen Projektes zu erleichtern, allerdings werden die letztlichen Nutznießer oftmals nicht wirklich eingebunden. Bei zahlreichen Maßnahmen werden keine formellen Methoden zur Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs verwendet.
- Zu den identifizierten Haupthemmnissen zählen der Mangel an personellen, technischen und finanziellen Mitteln, eine institutionelle und professionelle Zurückhaltung sowie die fehlende Berücksichtigung der kulturellen und sozialökonomischen Eigenschaften der jeweiligen Zielgruppe.
- Zu den identifizierten erleichternden bzw. unterstützenden Faktoren handelt es sich um die Einbeziehung kultureller und sprachlicher Vermittler, sowie die Zusammenarbeit mit den Bereichen Erziehung, Sozialwirtschaft und Forschung; politische und organisatorischen Unterstützung stellen weitere wesentliche Unterstützungsfaktoren dar.

# 7. Empfehlungen

- Da die meisten bestimmenden Faktoren im Bereich Gesundheit und gesundheitsbezogener Ungleichheiten außerhalb des Gesundheitssektors zu finden sind und auf sozialen wie auch wirtschaftlichen Ursachen beruhen, kommt dem Ansatz "Gesundheit in allen Politikbereichen-Health In All Policies - (HIAP)" bei dem Umgang mit Ungleichheiten besondere Bedeutung zu.
- Politische Maßnahmen, zu denen auch finanzielle Instrumente gehören, sollten den wirtschaftlichen und sozialen Bedarf der benachteiligten Bevölkerungsgruppen berücksichtigen und sich nicht nur auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsförderung beschränken.
- Nationale, regionale und örtliche politische Maßnahmen zur Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten sollten spezielle Vorgehensweisen beinhalten, zu denen beispielsweise weiterreichende Vor-Ort Besichtigungen, kulturell kompetente Vermittler und ein sich erhöhendes Bewusstsein der Akteure für eine bessere Anpassung der Primärversorgung an die jeweiligen Zielgruppen, zählen.
- Maßnahmen zur Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten sollten stets auf einem umfassend geprüften Bedarf beruhen. Für diese Einschätzung sollten repräsentative Vertreter der Zielgruppen mit einbezogen werden, um besser den Inhalt und Umfang der Maßnahmen auf die spezifischen, kulturellen und sozialen Vorgaben anpassen zu können. Alle maßgeblichen Akteure, Organisationen, Bereiche und Fachrichtungen, einschließlich der Evaluationsspezialisten, müssen von Anfang an mit einbezogen werden.
- Die Planung einer Maßnahme sollte auf einer vollständigen und realistischen Einschätzung der für die Erreichung der Zielsetzung erforderlichen Ressourcen beruhen. Diese Ressourcen sollten gleichzeitig die Kosten für eine geeignete Kontrolle und Bewertung der jeweiligen Maßnahme decken können.
- Die Verringerung des Umfanges einer Maßnahme aufgrund begrenzter Ressourcen kann sogar zu einer Verschärfung der Ungleichheiten und somit der Verschwendung dieser Ressourcen führen, wenn das angestrebte Ziel letztlich nicht erreicht werden kann.
- Da die Ressourcen in der Regel jedoch nur in begrenzt verfügbar sind, wäre es vernünftig sich auf Maßnahmen zu konzentrieren, deren Wirksamkeit bereits wissenschaftlicher nachgewiesen wurde oder versuchsweise neue Maßnahmen zu entwickeln.
- Wir sind der Überzeugung, dass der Mangel eines Wirksamkeitsnachweises jedoch nicht die Projektidee für eine örtliche Maßnahme der Primärversorgung mit dem Ziel der Verringerung gesundheitsbezogener Ungleichheiten keinesfalls gefährden, sondern statt dessen sogar vermehrt zu neuen Modellen führen sollte.
- Die Umsetzung politischen Willens, der sich in nationalen oder regionalen politischen Strategien widerspiegelt und in für die Zielerreichung angemessene Ressourcen, liegt in der Verantwortung der politischen Entscheidungsträger und der öffentlichen Hand. Weitere Ressourcen aus anderen Bereichen sollten eingeworben werden, wobei jedoch die öffentliche Hand jedoch die Hauptverantwortung behalten sollte.
- Politiker und Regierungsverantwortliche auf nationaler, regionaler wie auch örtlicher Ebene müssen sich der langsamen und eher bescheidenen Wirkung der Aktionen und Maßnahmen sowie des für eine belastbare Auswertung benötigten Zeitraums bewusst sein. In der Regel machen derartige Maßnahmen nur schrittweise Fortschritt und müssen vor zu hohen Erwartungen und zu kurzen, politisch motivierten Terminsetzungen bewahrt werden.
- Aufgrund der steigenden Belastung durch chronische Erkrankungen und verhaltensabhängige Gefahren besteht in der Tat ein erhöhter Forschungsbedarf über die Bedeutung und Wirksamkeit der Primärversorgung für gesundheitsbezogenen Ungleichheiten in Europa. Um mit den Ungleichheiten in Europa entsprechend umgehen zu können, sind jedoch spezifische Ressourcen für den Ausbau von Kapazitäten erforderlich, um den Mitgliedsstaaten, den Regionen und den örtlichen Akteuren eine bessere Entwicklung, Implementierung und Bewertung von Maßnahmen zu ermöglichen. Die Akteure sollten zudem zu einer besseren Verbreitung der Informationen über die Maßnahmen und die entsprechenden Bewertungsergebnisse ermutigt werden.



## 8. Allgemeine Schlussfolgerung

Die Grundwerte der Primärversorgung umfassen laut den Angaben in der Alma-Ata-Deklaration (1978) und dem WHO - Bericht (2008) ausdrücklich die Zielsetzung, gesundheitsbezogene Ungleichheiten zu verringern. Vor dem aktuellen Hintergrund der Wirtschaftskrise und der Ausgabensenkungen für das Gesundheitswesen spielen die allgemeine Versorgung und der Zugang zur Primärversorgung mehr denn je eine Schlüsselrolle, um den Anstieg von Ungleichheiten begrenzen zu können. Dennoch müssen "Gatekeeping", unentgeltliche Versorgung, geringe Zuzahlungen und geografische bedingte Zugangsmöglichkeiten zu den Leistungen der Primärversorgung sowohl auf nationaler wie auch auf regionaler Ebene vom politischen Willen der Entscheidungsträger getragen werden.

Politische Entscheidungsträger haben die moralische Verpflichtung, die Probleme des Gesundheitswesens (ungeachtet der politischen Bereiche: Wirtschaft, Umwelt, Erziehung/Ausbildung, Soziales usw.) zu beachten und darüber hinaus auch Maßnahmen zur Vermeidung einer weiteren Verstärkung gesundheitsbezogener Ungleichheiten zu ergreifen.

### Die angegliederten Partner

- CRA: Regionalrat Aquitaine, Frankreich.
- IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Frankreich.
- MeS: Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Italien.
- EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública, Andalusische Schule für öffentliche Gesundheit.
- HS: Hainaut Santé, Belgien.
- DEKUT: Dekut Debreceni Kutatasfejlesztési Debrecen, Ungarn.
- UVSB2: Université Bordeaux Segalen / ISPED: Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Frankreich.
- DPHEM: Department of Health Nottingham/NHS East Midlands, United Kingdom.
- UCY: Universität von Zypern, Zypern.
- ResearchLink: ResearchLink sprl, Belgien.
- DUNEА: Gеspanschaft Dubrovnik-Neretva, Regionale Entwicklungsagentur, Kroatien.
- PEHRG: Forschungsgruppe Armut, Gleichheit und Gesundheit - Universität von Perugia - Terni, Italien.
- URIT: Umbrien Region Perugia, Italien.
- RT: Toskana Region Florenz, Italien.
- GEORAMA: Georama NGO, Griechenland.

### Die kooperativen Partner

- Kreisverwaltung Gävleborg, Schweden.
- EUPHA: Europäische Allianz für öffentliche Gesundheit, Niederlande.
- ARS Aquitaine: Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, Frankreich.
- Lincolnshire Primary Care Trust, England.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud, Spanien.
- URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine, Frankreich.
- Leicestershire County and Rutland PCT, England.
- Leicester County Council, England.
- Debrecen Universität, Ungarn.
- MS-LSA: Ministerium für Gesundheit und Soziales, Sachsen-Anhalt, Deutschland.
- UOMS: Universität für Angewandte Wissenschaften, Magdeburg-Stendal, Deutschland.
- CSJA: Consejería de Salud - Junta de Andalucía, Spanien.
- RUBSI: Forschungszentrum für Verhaltensweisen, Lebensführung und Soziales, Zypern.
- JP11: John Paul II Krankenhaus in Krakow, Polen.
- MSP: Ministerium für Sozialpolitik - Gesundheit, Senioren, Gemeinschaftspflege, Malta.
- ARS Algarve: Administração Regional de Saúde do Algarve- IP, Portugal.

Weitere Informationen:

<http://www.air.healthinequalities.eu/>



Solange MENIVAL,  
Vize-Präsidentin und Beauftragte für Gesundheit, Soziales und Gesundheitsberufe  
des Regionalrates "Conseil Régional Aquitaine"  
solange.menival@aquitaine.fr  
Ewelina PIZNAL: ewelina.piznal@aquitaine.fr