

4 Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit

Prof. Dr. Dario Spini, Dr. Stéphanie Pin le Corre & Dipl.-Psych. Hannah S. Klaas, Faculté des Sciences Sociales et Politiques et Pôle de Recherche National LIVES, Université de Lausanne

Zusammenfassung

Soziale Ungleichheiten in Bezug auf psychische Gesundheit scheinen in der Schweiz schwächer ausgeprägt zu sein als in anderen Industrieländern. Dennoch zeigt sich bei der psychischen Gesundheit ein soziales Gefälle: Die psychische Gesundheit ist abhängig vom sozioökonomischen Status, der sich definiert durch Bildungsniveau, Beruf oder Einkommen. Es kann gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen sozioökonomischem Status und der Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Erkrankung oder Stresssymptomen zu leiden. Dieser Zusammenhang wird durch Faktoren wie Geschlecht, Alter, Nationalität und Lebensumstände (Arbeitsbedingungen, Schulklima, sozialer Zusammenhalt im Quartier) verstärkt oder vermindert. Die in der Schweiz initiierten Massnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten in Bezug auf psychische Gesundheit sind entweder gezielte Massnahmen für besonders vulnerable Gruppen (insbesondere Migrantinnen und Migranten) oder aber allgemeine Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, bestimmte Aspekte verschiedener Lebensbereiche (Betrieb, Schule oder Quartier) zu verändern. Am besten eignen sich Massnahmen, die nicht nur Verhalten oder Einstellungen der Zielgruppen beeinflussen, sondern auch darauf ausgerichtet sind, das Lebensumfeld und gesellschaftliche Normen zu verändern. Dabei ist der Einbezug verschiedener Bereiche der Politik, insbesondere der Sozial- und Gesundheitspolitik auf kantonaler und lokaler Ebene, ein vielversprechender Weg zur Verringerung der sozialen Ungleichheit in Bezug auf die psychische Gesundheit.

4.1 Soziale Ungleichheiten

Von den zahlreichen Unterscheidungsmerkmalen zwischen Individuen und sozialen Gruppen werden im Folgenden insbesondere soziale Ungleichheiten im Zusammenhang mit Bildungsniveau, Beruf und Einkommen behandelt. Unterschiede in der psychischen Gesundheit zeigen sich nicht nur zwischen «Reich» und «Arm», sondern erstrecken sich auf sämtliche soziale Hintergründe. Ungleichheiten bezüglich der genannten Faktoren (Bildungsniveau, Beruf und Einkommen) beeinflussen die Gesundheit und tragen zu einem **Gesundheitsgradienten** bei, der entlang der sozialen Hierarchiestufen graduelle Unterschiede in der Gesundheit zum Vorschein bringt. So werden verschiedene Phänomene durch einen relativ niedrigen sozioökonomischen Status verstärkt: Stress, Ohnmachts- und Gewalterfahrung, Stigmatisierung und Diskriminierung, Marginalisierung, Hoffnungslosigkeit, Frustration, Unsicherheit und eingeschränkter Zugang zu Dienstleistungen für

diverse Probleme, darunter solche gesundheitlicher Art. Allgemein vergleichen Studien verschiedene Zielgruppen (beispielsweise Personen mit geringerem Bildungsniveau und Personen mit Universitätsabschluss oder Erwerbstätige und Arbeitslose) in Bezug auf deren psychische Gesundheit. Dabei werden Zusammenhänge zwischen zahlreichen subjektiven (Selbsteinschätzung der untersuchten Personen) und objektiven (Einkommen, Bildungsniveau, Beruf, Beschäftigungsgrad, Haushaltseinkommen) Indikatoren für sozioökonomischen Status einerseits und Indikatoren für psychische Gesundheit andererseits (psychische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychische oder psychosomatische Symptome, depressive Symptome, Wohlbefinden, Optimismus) analysiert.

Zugleich interagieren und kumulieren sich soziale Ungleichheiten: Einkommens- oder Bildungsunterschiede stehen in enger Verbindung zu Geschlecht, nationaler Herkunft oder Alter. Diese Dynamik wird mit dem Konzept der **Intersektionalität** beschrie-

ben. Dieses basiert auf der Annahme, dass soziale Ungleichheiten und Diskriminierungen (aufgrund von Klasse, Geschlecht, ethnischer Herkunft usw.) miteinander verknüpft sind und nicht einzeln, sondern nur zusammen betrachtet werden müssen. Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und psychischer Gesundheit muss daher systemisch verstanden werden.

Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit und sozioökonomischem Status können verschiedene Mechanismen herangezogen werden. In Bezug auf soziale Ungleichheiten sind zwei grundlegende Mechanismen zu unterscheiden: **differenzielle Exposition** und **Vulnerabilität** (Patel et al., 2010). Häufig besteht ein umgekehrter Zusammenhang zwischen der Konfrontation mit Risikofaktoren und sozialem Status. Bei depressiven Störungen beispielsweise gibt es empirische Erkenntnisse zur Rolle von Faktoren wie sozialen Konflikten, Verbrechen, Arbeitsumgebung, Diskriminierung, Urbanisierung, Bevölkerungsdichte, Sozialkapital, Hygienebedingungen, baulicher Umgebung, Arbeitslosigkeit oder Unterbeschäftigung. Soziale Gruppen können auf unterschiedliche Weise anfällig für Faktoren sein, die die psychische Gesundheit schwächen oder stärken. Diese vulnerablen Gruppen lassen sich anhand unterschiedlicher sozioökonomischer Ressourcen oder relativ geringer Handlungsspielräume bestimmen, können jedoch auch anhand von Faktoren definiert werden, die mit sozialen Ungleichheiten in Verbindung stehen. Letztere fallen je nach Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Familienstand oder Lebensereignissen unterschiedlich stark aus. Ein Beispiel für ein solches prägendes

Definitionen

Sozioökonomischer Status: Laut mehrsprachigem europäischem Glossar der öffentlichen Gesundheit handelt es sich um eine Einteilung der Bevölkerung, die den individuellen ökonomischen und sozialen Status berücksichtigt. Normalerweise gründet dieser auf Beruf, Bildungsniveau, Einkommen und Berufsstatus.

Soziale Ungleichheit: Soziale Ungleichheiten im Bezug auf Gesundheit beschreiben eine in der Bevölkerung ungleiche Verteilung von Gesundheitszuständen, die auf dem sozioökonomischen Status der Individuen gründet.

Lebensereignis ist die Emigration aus einer Konfliktregion, die zum heutigen Zeitpunkt ganz Europa betrifft.

4.2 Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit

Dieser Abschnitt stellt die Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und psychischer Gesundheit in der Schweiz vor. Die verfügbaren Daten beziehen sich vor allem auf psychische Erkrankungen oder Probleme (insbesondere Depressionen) und weniger auf positive Indikatoren der psychischen Gesundheit oder auf eine Identifikation von Personen mit gutem psychischem Gesundheitszustand sowie resilienter Individuen innerhalb von Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Aus der internationalen Literatur geht jedoch hervor, dass die während der gesamten Lebensdauer relativ stabile Neigung zu Optimismus oder subjektiv empfundenem Wohlbefinden nur teilweise vom sozioökonomischen Status des Einzelnen abhängig zu sein scheint (López Ulloa, Moller & Sousa-Poza, 2013).

4.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Unterschiedliche Darstellungen des sozialen Gefälles in Abhängigkeit von der psychischen Gesundheit

Auch wenn im europäischen Vergleich gesundheitsbezogene Ungleichheiten, unabhängig davon, ob es sich nun um psychische oder physische Erkrankungen handelt, in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen als in anderen Ländern (Eikemo, Huisman, Bambra & Kunst, 2008), sind diese nicht zu vernachlässigen. So war in der Schweiz, wie auch in anderen europäischen Ländern, von 2002 bis 2010 eine Zunahme der Ungleichheiten im Hinblick auf die psychische Gesundheit, gemessen an der Prävalenz psychischer Symptome, zu beobachten – Ungleichheiten, die in Beziehung stehen zum Einkommensgefälle im jeweiligen Land (Elgar et al., 2015; Rathmann et al., 2015).

Innerhalb der Schweiz lässt sich der soziale Gradient im Hinblick auf die psychische Gesundheit anhand verschiedener Indikatoren ablesen, die in grossen repräsentativen Umfragen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung oder dem Schweizer Haushalt-Panel erhoben wurden. Zunächst sind wesentli-

che Unterschiede in Abhängigkeit vom erreichten Bildungsniveau erkennbar. Ein Viertel der Personen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, leidet an psychischen Problemen gegenüber 18% mit einem Abschluss der Sekundarstufe II und 14% mit einem Hochschulabschluss (Schuler & Burla, 2012). Darüber berichten Personen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, insgesamt weniger Optimismus und verfügen seltener über eine Vertrauensperson; gleichzeitig zeigen sie häufiger depressive Symptome. Dieses Phänomen ist in der Altersgruppe über 65 Jahre stärker ausgeprägt (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013). Zwecks medizinischer Behandlung konsultieren Personen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, häufiger den Hausarzt, wohingegen Personen mit Hochschulabschluss eher bereit sind, sich an einen Psychotherapeuten zu wenden (Baer et al., 2013). Mit Blick auf das Haushaltseinkommen lässt sich festhalten, dass Personen der untersten Einkommensstufe häufiger an psychischen Problemen leiden (22%) als jene mit mittleren (17%) oder höheren (13%) Einkommen (Moreau-Gruet, 2014).

Der Beschäftigungsgrad ist ebenfalls ein Diskriminierungsfaktor: 15% der Vollzeitbeschäftigten leiden an psychischen Problemen, verglichen mit 19% der Teilzeitbeschäftigten und 21% der Arbeitslosen. Bei mehreren diagnostizierten psychischen Erkrankungen ist die Dauer der stationären oder ambulanten Behandlung bei Arbeitslosen wesentlich länger als bei Erwerbstätigen. Arbeitslose leiden zudem häufiger an depressiven Symptomen als Vollzeitbeschäftigte (Baer et al., 2013) und weisen eine geringere Lebenszufriedenheit auf als erwerbstätige Personen (Johnston, Maggiori & Rossier, 2015). Dieser letzte Effekt lässt sich teilweise mit dem Verlust von sozialem Status und gesellschaftlicher Anerkennung erklären, die mit der beruflichen Identität verbunden sind (Baumann, 2015).

Von Armut betroffene Erwerbstätige, also Personen mit eingeschränktem Einkommen und Lebensbedingungen (sog. Working Poor), stellen eine besonders anfällige Gruppe dar, die europaweit stark zunimmt (Vetter et al., 2006). In der Schweiz wurde nachgewiesen, dass eingeschränkte Lebensbedingungen das Depressionsrisiko erhöhen. Ein höheres Bildungsniveau, eine Vollzeitbeschäftigung sowie die Zugehörigkeit zur Gruppe der Deutsch oder Französisch Sprechenden scheinen als Puffer zu wirken. Das höchste Risiko, an einer Depression zu erkranken,

besteht für Frauen in prekären Lebensbedingungen. Darüber hinaus ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine ausgeprägte depressive Erkrankung nicht psychologisch behandelt wird, bei von Armut betroffenen Erwerbstätigen um 55% höher als bei nicht von Armut betroffenen Erwerbstätigen (Vetter et al., 2006).

Die psychische Gesundheit betreffende soziale Ungleichheiten im Lebensverlauf

Die meisten Studien untersuchen den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und sozioökonomischem Status zu einem bestimmten Zeitpunkt, ohne Veränderungen im Zeitverlauf zu berücksichtigen. Die psychische Gesundheit wird jedoch auch von Lebensereignissen beeinflusst. An dieser Stelle sei auf die enge und dynamische Beziehung zwischen sozialen Ressourcen und gesundheitsbezogenen Ressourcen hingewiesen. Im Lebensverlauf lassen sich **Selektionseffekte** nachweisen: So sind Personen, die zu Beginn oder im Verlauf ihres Lebens einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen oder eine Episode einer psychischen Erkrankung durchleben, eher gefährdet, einen niedrigeren sozialen Status inne zu haben, als Personen, die von solchen Lebensereignissen verschont bleiben. Umgekehrt wird auch eine **soziale Kausalität** sichtbar, die belegt, dass Personen mit verhältnismässig niedrigem sozialem Status ein höheres Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Betrachtet man diese beiden Mechanismen gemeinsam, so zeigt sich, dass die individuelle Verletzbarkeit eng mit dem individuellen und sozialen Lebensweg und dem Lebensverlauf des Einzelnen verknüpft ist (Spini et al., 2013). Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychischer Gesundheit muss daher dynamisch verstanden werden. Zwei Studien aus der Schweiz sind in diesem Zusammenhang erwähnenswert, da sie den gesamten Lebensweg berücksichtigen und den gesundheitlichen Verlauf analysieren, indem die Auswirkungen unterschiedlicher Einflussebenen untersucht werden. So wurde in einer Studie der Zusammenhang zwischen dem wirtschaftlichen Status und dem Verlauf depressiver Symptomatik untersucht, um festzustellen, ob Ungleichheiten im Zeitverlauf zunehmen (Cullati, 2015). Die Ergebnisse sind verhältnismässig schwach ausgeprägt, aber dennoch erstaunlich. Wenngleich arbeitslose Männer häufiger an depressiven Symptomen leiden, verschlechtert sich die de-

pressive Symptomatik im Laufe der Jahre weniger stark als bei Männern in Vollzeitbeschäftigung. Dieses Ergebnis lässt sich durch die immer härteren Arbeitsbedingungen für Vollzeitbeschäftigte erklären. Darüber hinaus zeigt der Autor auf, dass bei Frauen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, depressive Symptome im Laufe der Jahre weniger stark zunehmen als bei Frauen mit Hochschulabschluss oder hohem Einkommen. Dies lässt sich mit der Abnahme des Einflusses des Einkommens auf die psychische Gesundheit im Verlauf des Lebens erklären (Cullati, 2015).

Die zweite Studie zeigt, dass sich eine psychische Erkrankung sowohl auf die Lebensqualität der Betroffenen als auch auf ihre berufliche und einkom-

mensbezogene Entwicklung auswirken kann (Nordt, Müller, Rössler & Lauber, 2007). Die Autoren haben Patienten, die an Schizophrenie oder affektiven Störungen leiden, über vier Jahre begleitet und zeigen auf, dass sie im Laufe der Zeit an sozioökonomischem Status verlieren. Längere Krankenhausaufenthalte wirken sich ebenfalls nachteilig auf die Einkommenssituation aus. Diese Studie unterstreicht die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf den sozialen Status. Menschen, die an depressiven Symptomen oder einer psychischen Erkrankung leiden, können zu einer sozial benachteiligten und stigmatisierten Gruppe werden (Lauber, Nordt, Sartorius, Falcató & Rössler, 2000; Nordt, Rössler & Lauber, 2006).

Exkurs: Geschlecht, Nationalität und Alter als transversale Faktoren sozialer Ungleichheit

Wie dargelegt, haben Frauen in vielerlei Hinsicht einen geringeren sozioökonomischen Status als Männer. Diese Ungleichheit wirkt sich auch auf die psychische Gesundheit von Frauen aus. Der Ursprung dieser Ungleichheit zwischen Männern und Frauen entwickelt sich scheinbar schon in frühen Lebensphasen und manifestiert sich bereits im Schulalter: Mädchen leiden häufiger an psychischen Störungen als Jungen (Steinhausen & Metzke, 1998; Steinhausen & Metzke, 2001) und leiden stärker unter den negativen Auswirkungen von Lebensereignissen (Steinhausen & Metzke, 2001). Im Erwachsenenalter hängt der sozioökonomische Gradient ebenfalls vom Geschlecht ab. Dies gilt insbesondere bei Scheidung und Verwitwung: Bei Frauen droht zu den mit diesen Lebensereignissen verbundenen emotionalen Auswirkungen ein Einkommensrückgang, der den wahrgenommenen Stress verstärken kann (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Perrig-Chiello et al., 2015).

Das Alter ist ein weiterer transversaler Faktor. Auch wenn der Anteil an Menschen ab 65 Jahren, die sich häufig kraftvoll, energiegeladener und optimistisch fühlen, mit fortschreitendem Alter stabil bleibt, wird der Anteil jener, die sich nur selten oder manchmal so fühlen, bei älteren Menschen grösser (Schuler & Burla, 2012).

Schliesslich lässt sich ein mit der Staatsangehörigkeit verbundenes soziales Gefälle feststellen, das

einen Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status widerspiegelt: 17% der Personen mit einer Schweizer Staatsbürgerschaft leiden mittelschwer oder schwer unter psychischen Problemen, verglichen mit 24% der Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Moreau-Gruet, 2014). Das für Einwanderer erhöhte Risiko, eine Depression zu entwickeln, ist in Verbindung mit einem geringen Bildungsniveau besonders hoch (Baer et al., 2013). Für die Personen ab 65 Jahren zeigt sich folgende Verteilung: 70,9% der Menschen mit Schweizer Staatsbürgerschaft sind bei guter psychischer Gesundheit, verglichen mit 54,3% der Einwanderer, die die Schweizer Staatsbürgerschaft erworben haben, mit 46,4% der Einwanderer italienischer oder spanischer Nationalität sowie mit 41% der Einwanderer mit portugiesischer Staatsbürgerschaft (Bolzman & Vagni, 2015). Allerdings ist es nicht leicht, den Zusammenhang zwischen Einwanderung und psychischer Gesundheit zu analysieren. Eine Definition der Kategorie der Migranten oder Einwanderer bereitet Schwierigkeiten, da die individuellen Lebensumstände stark voneinander abweichen (erste oder zweite Generation in der Schweiz, Nationalität, Herkunftsland oder Herkunft der Eltern, Art des Aufenthaltstitels) und der Migrationskontext sowie die Lebensumstände oft nicht vergleichbar sind.

Soziale Ungleichheit in Bezug auf die psychische Gesundheit in der Kindheit und Jugend

Studien zu Jugendlichen in der Schweiz verdeutlichen, wie sich soziale Ungleichheit im Hinblick auf die psychische Gesundheit entwickelt. Eine Längsschnittstudie mit Schülerinnen und Schülern zwischen 7 und 16 Jahren im Kanton Zürich zeigt, dass sich die von der Nationalität abhängige Ungleichheit bereits in der Adoleszenz oder Präadoleszenz manifestiert (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Laut der HBSC-Studie (*Health Behaviour in School-aged Children*) berichten Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren mit höherer Wahrscheinlichkeit, unter mindestens zwei psychosomatischen oder psychischen Symptomen zu leiden, wenn sie ihren sozioökonomischen Status als niedriger wahrnehmen (Moor et al., 2015). Ähnlich signifikante Zusammenhänge zwischen Depressionsrisiko und sozioökonomischem Status finden sich auch bei jungen Männern zwischen 18 und 25 Jahren (Barth, Hofmann & Schori, 2014).

4.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Soziale Ungleichheiten und psychische Gesundheit stehen einerseits in Wechselwirkung mit dem sozialpolitischen Gesamtzusammenhang (Politik, Makroökonomie, Sozial- und Gesundheitssystem usw.) und andererseits mit personellen und sozialen Ressourcen (*Commission of the Social Determinants of Health, 2007*). Gemäss dem vom europäischen Konsortium entwickelten DETERMINE-Modell (Stegeman, Costongs, Needle & Consortium, 2010) lässt sich die Umwelt in fünf konzentrische Kreise aufteilen, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen: (1) Alter, Geschlecht und Vererbung, (2) individueller Lebensstil, (3) soziale und gemeinschaftsbezogene Einflüsse, (4) Lebens- und Arbeitsbedingungen, (5) allgemeine sozioökonomische, kulturelle und umweltbezogene Bedingungen.

Generell kann das Lebensumfeld die Wirkung sozialer Ungleichheit auf die psychische Gesundheit abschwächen oder verstärken. Auch wenn die wirtschaftliche Situation in der Schweiz im internationalen Vergleich ein relativ hohes Wohlstandsniveau und Lebenszufriedenheit sicherstellt (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/switzerland/>), gibt es dennoch die psychische Gesundheit betreffende soziale Ungleichheiten zwischen den Regionen. Die Unterschiede zwischen den ländlichen und

den städtischen Gemeinden in der Schweiz sind relativ gering (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013). Verschiedene Indikatoren deuten jedoch darauf hin, dass die Einwohner der Zentralschweiz mehr Optimismus, mehr Energie und weniger Depressivität aufweisen (Schuler & Burla, 2012). Im Gegenzug ist die Prävalenz psychischer Probleme in der Genferseeregion und im Tessin höher als in anderen Regionen (Lucchini et al., 2014). Darüber hinaus findet sich in den italienisch- und französischsprachigen Landesteilen eine stärkere Stigmatisierung von Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden (Lauber et al., 2000).

Das Schulklima oder die Arbeitsbedingungen können die psychische Gesundheit ebenfalls beeinflussen. Eine Studie mit Schülerinnen und Schülern zwischen 13 und 15 Jahren im Kanton Bern zeigt viele Zusammenhänge zwischen Alter, sozialem Hintergrund und psychischer Gesundheit. Sie zeigt unter anderem den positiven Einfluss eines positiven und partizipativen Schulklimas auf die psychische Gesundheit (Vuille & Schenkel, 2001). Gemäss dieser Studie ist das Schulklima ein wichtiger Faktor für Ungleichheiten in psychischer Gesundheit. Der Einfluss des Schulklimas auf die psychische Gesundheit wurde auch bei Schülern zwischen 7 und 16 Jahren im Kanton Zürich nachgewiesen (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Unter den Erwerbstätigen weisen Industrie- und Bauarbeiter (*blue collar*) ein höheres Risiko auf, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden. Büroangestellte (*white collar*) leiden hingegen, ganz egal ob sie eine Führungsposition innehaben oder nicht, häufiger an Stress- oder Burnoutsymptomen (Hämmig & Bauer, 2013; Baer et al., 2013).

4.3 Besondere Herausforderungen in Bezug auf die psychische Gesundheit

Die Frage der Ungleichheit bezieht sich nicht nur auf Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status im Hinblick auf Einkommen oder Bildungsniveau, sondern auch auf den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und sozialem Status.

Es gibt folglich drei verschiedene Möglichkeiten, um die besonderen Herausforderungen im Hinblick auf psychische Gesundheit zu beschreiben. Zunächst gibt es die Hypothese, dass gesundheitliche Probleme auf individuelle Verhaltensweisen und Ein-

stellungen zurückzuführen sind, die das Risiko für das Entstehen einer psychischen Erkrankung erhöhen. Der sozioökonomische Status ist wesentlich mit diversen Verhaltensweisen verknüpft, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, wie beispielsweise Rauchen, Bewegungsmangel oder Drogenkonsum. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind oft die Zielgruppe von Programmen zur Förderung der körperlichen Gesundheit. Diese kategorisierenden und auf individueller Ebene ansetzenden Lösungsstrategien bleiben unter Nichtberücksichtigung der Ursachen und Bedingungen der Entstehung sozialer Ungleichheiten oft wirkungslos und erhöhen das Risiko einer Stigmatisierung der Betroffenen.

Zusätzlich ist die Gesundheit abhängig von den Handlungsmöglichkeiten und den sozialen, finanziellen und politischen Ressourcen des Einzelnen, welche entlang dem Sozialgradienten unterschiedlich ausfallen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status haben aus finanziellen, kulturellen oder sozialen Gründen oft nur einen partiellen oder beschränkten Zugang zu den vorhandenen Leistungen und Mitteln der Gesundheitsförderung. Diese Probleme sind bei einigen Zielgruppen stärker ausgeprägt: Besonders betroffen sind Menschen, die erst seit kurzer Zeit im Land leben und eine neue Kultur, neue Bräuche und eine neue Sprache kennenlernen. Ebenso betroffen sind Personen mit wenig Zeit und begrenzten finanziellen Ressourcen, um sich um die Gesundheit zu kümmern und sich gesundheitsfördernden Aktivitäten zu widmen.

Schliesslich wird die Gesundheit einer Gesellschaft auch von den in dieser Gesellschaft vorherrschenden Werten, Kulturen und Überzeugungen bestimmt. Diese gesellschaftlichen Normen und Strukturen können den Ursprung sozialer Ungleichheiten darstellen und zu Unterschieden bei der psychischen Gesundheit führen. Die Arbeitsbedingungen oder das Schulklima können ebenfalls für Unterschiede bei der psychischen Gesundheit mitverantwortlich sein. Im weiteren Sinn kann die Art und Weise, wie die Gesellschaft die psychische Gesundheit wahrnimmt, die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Leistungen oder von Behandlungsoptionen bei psychischen Problemen bremsen.

4.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

Trotz der unzureichenden Datenlage zu sozialen und sozioökonomischen Determinanten lassen sich aus den verfügbaren Erkenntnissen verschiedene Lösungsansätze ableiten. Es ist möglich, wirksame Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit unter Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten zu ergreifen (Blas, Sommerfeld & Kurup, 2011; Marmot, 2010; Stegeman et al., 2010; Weltgesundheitsorganisation & Stiftung Calouste Gulbenkian, 2014). Zielgruppen, Handlungsebenen und zentrale Bestandteile der Massnahmen sind von den verfolgten Zielsetzungen abhängig. Blackenship, Bray und Merson (2000) beschreiben drei strukturierte Ansätze, um den besonderen Herausforderungen zu begegnen, welche soziale Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit mit sich bringen. Aus einer individuellen Perspektive betrachtet, kann versucht werden, Verhaltensweisen oder Einstellungen der vulnerabelsten sozioökonomischen Gruppen zu verändern, in den meisten Fällen mittels Gesundheitsaufklärung und -erziehung. Ebenso können sich die Massnahmen auf eine Verbesserung der «psychischen Gesundheitskompetenz» konzentrieren, das heisst auf die Verbesserung der Fähigkeit, Informationen und Leistungen zur psychischen Gesundheit zu suchen, zu verstehen, auszuwählen und adäquat zu nutzen (Jorm, 2012): Der Abbau von sprachlichen Hürden über Kursangebote, die Förderung der sozialen Integration oder die Verbesserung der finanziellen Situation von Familien sind Etappenziele solcher Massnahmen, die oft mithilfe von Sozialarbeitern umgesetzt werden. Schliesslich kann mittels Interventionen versucht werden, jene sozialen Normen oder Strukturen zu verändern, die sich nachteilig auf die Gesundheit auswirken. Die in mehreren Kantonen durchgeführten Sensibilisierungskampagnen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (beispielsweise die Kampagne «Wie geht's dir» des Kantons Zürich, in Zusammenarbeit mit der Stiftung Pro Mente Sana) sind ein gutes Beispiel hierfür (Bel-die et al., 2012).

4.4.1 Wie können die Zielgruppen erreicht werden, um die gesundheitsbezogene soziale Ungleichheit abzubauen?

Aus der Lebenslaufperspektive heraus erscheint es angebracht, soziale Ungleichheiten so früh wie möglich zu bekämpfen, also bereits im Kleinkind- oder Kindesalter (Blas et al., 2011; *Human Early Learning Partnership, HELP*, 2013; Marmot, 2010; Weltgesundheitsorganisation & Stiftung Calouste Gulbenkian, 2014). Auf internationaler Ebene werden Unterstützungsprogramme für Eltern (beispielsweise das Programm «Schritt:weise» des Vereins a:primo) dringend empfohlen, weil sie langfristig positive Ergebnisse hinsichtlich Schulerfolg, Drogenkonsum und Wohlbefinden aufweisen (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Neil & Christensen, 2009; Taubner, Wolter & Rabung, 2015).

Interventionen können sich zudem auf aus sozioökonomischer Sicht vulnerable Gruppen konzentrieren (gezielte oder selektive Interventionen) oder aber an die Gesamtbevölkerung richten (alle Kinder einer Altersgruppe, alle erwerbstätigen Erwachsenen, alle Einwohner einer Gemeinde usw.), ohne diese nach sozioökonomischen oder sozialen Kriterien zu filtern (universelle Interventionen).

Gezielte oder **selektive** Interventionen sind an die Bedürfnisse von Gruppen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status und dem grössten Risiko für eine psychische Erkrankung angepasst. Migrantinnen und Migranten sind eine mögliche Zielgruppe solcher Interventionen, auch wenn sie im Hinblick auf Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status und Lebenserfahrung eine äusserst heterogene Gruppe bilden. Bestimmte Migrantengruppen weisen jedoch mehrere Risikofaktoren gleichzeitig auf und können sich so als Zielgruppe für bestimmte Interventionen eignen. Dabei handelt es sich um Migrantinnen und Migranten in prekärer sozioökonomischer Lage, beispielsweise Einwanderer aus der Türkei, aus Portugal oder aus Afrika südlich der Sahara; um Migranten, die aus Konfliktregionen stammen oder in ihren Herkunftsländern Opfer von Gewalt waren, wie Einwanderer aus Ex-Jugoslawien oder Sri Lanka, sowie allgemein um Flüchtlinge und Asylbewerber (BAG, 2013). Um soziale Ungleichheiten so früh wie möglich zu bekämpfen, sollte die Wahl der prioritären Zielgruppen schliesslich auch auf Schwangere und Kleinkinder mit Migrationshintergrund fallen.

Um diese Zielgruppen zu erreichen, erscheint ein gemeindenaher Ansatz am besten geeignet: Er erlaubt es, Vertreter der Zielgruppe an ihrem Wohnort an der Projektgestaltung zu beteiligen, für die geplanten Interventionen geeignete Termine und Orte zu finden und erleichtert die Identifizierung möglicher Teilnehmer (BAG, 2008). Das Projekt «Femmes-Tische», das in verschiedenen Regionen in der Schweiz und im Ausland umgesetzt wird, ist ein gutes Beispiel für ein Präventionsprogramm, das sich an Frauen mit Migrationshintergrund richtet. Die in rund zwanzig verschiedenen Sprachen organisierten Gesprächsrunden arbeiten mit Materialien, die sich für Teilnehmerinnen mit unterschiedlichem Bildungsniveau eignen.

Universelle Interventionen hingegen zielen darauf ab, ein Umfeld zu schaffen, in dem alle Menschen unabhängig von Bildungsniveau, Beruf oder Einkommen ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität erhalten oder verbessern können. Beispiele für solche universelle Initiativen, mit welchen die psychische Gesundheit unter Wahrung der Chancengleichheit gefördert werden kann, sind Interventionen wie die Verbesserung von Möglichkeiten sozialer Teilhabe in einem Stadtviertel (z. B. das von Pro Senectute im Kanton Waadt durchgeführte Projekt «*Quartiers solidaires*»); die Bewertung und die Intervention im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen in Unternehmen (beispielsweise das von Gesundheitsförderung Schweiz geförderte Label Friendly Work Space); oder die Förderung von Eigenständigkeit und Solidarität in Schulen (z. B. das von Radix organisierte Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen). Gezielte und universelle Interventionen lassen sich im Sinne eines gemässigten Universalismus untereinander sinnvoll kombinieren (*Human Early Learning Partnership, HELP*, 2013; Marmot, 2010). Das Zürcher Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit sieht daher Interventionen vor, die sich an die Gesamtbevölkerung in verschiedenen Lebensbereichen richten, welche mit gezielten Massnahmen ergänzt werden, die auf die besonderen Bedürfnisse von Arbeitslosen, Migrantinnen und Migranten sowie bildungs- oder ausbildungsfernen Personen zugeschnitten sind (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2012).

4.4.2 Wie kann die psychische Gesundheit konkret gefördert werden, ohne die soziale Ungleichheit zu verschärfen?

Interventionen, die darauf abzielen, sozioökonomische Determinanten der psychischen Gesundheit zu verändern, das heisst das soziale Gefälle bezüglich Bildungsniveau, beruflicher Integration oder Einkommen zu verringern, sind naturgemäss auf politischer, kantonaler, eidgenössischer oder kommunaler Ebene angesiedelt (Lehrstuhl Inpes «Gesundheitsförderung» an der EHESP & Seminarteilnehmer, 2013; Lehmann, 2010; Stegeman et al., 2010). Tatsächlich handelt es sich um Massnahmen, die politische Ressorts betreffen, wie Bildung, Beschäftigung, Familie, Alter, Raumplanung und Verkehr. Politische Massnahmen dieser Art haben, ganz abgesehen von ihren unmittelbaren Auswirkungen in den einzelnen Bereichen, erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und das Stresserleben der Menschen. Auch wenn es zweifellos äusserst schwierig ist, diese Politik zu verändern oder weiterzuentwickeln, gibt es doch einige Kantone, die ambitionierte Strategien zur Verringerung der gesundheitsbezogenen sozialen Ungleichheiten entwickelt haben. Ein Beispiel dafür ist der Kanton Bern (siehe Beispielprojekt auf der nächsten Seite).

Demgegenüber sind Interventionen, die das Lebensumfeld verändern sollen, eher lokal ausgerichtet und berücksichtigen die spezifischen Eigenheiten und Belastungen der betroffenen Bevölkerungsgruppen, wie der Stadt- oder Quartierbewohner, der Mitarbeitenden eines Unternehmens, der Schüler oder Studenten einer bestimmten Bildungseinrichtung. Auch wenn sie an einen bestimmten Kontext gebunden sind, können die Methodik und die bei den verschiedenen Zielgruppen gewonnenen Erkenntnisse auch für andere Akteure von Nutzen sein. Die Identifizierung, die Evaluation und die Wertschätzung dieser Interventionen sind somit ein wichtiger Schritt und sollten systematisch erfolgen.

4.4.3 Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der betroffenen Zielgruppen zu fördern? Welches sind die Erfolgsfaktoren?

Die aktuelle Segmentierung der verschiedenen politischen Strategien und Versorgungssysteme erleichtert den Zugang zu Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit nicht und benachteiligt insbesondere die aus sozialer oder sozioökonomischer

Sicht ohnehin am schlechtesten gestellten Bevölkerungsgruppen. Eine Vereinfachung und Vereinheitlichung der Systeme und der Politik auf allen Ebenen würde erlauben, die Wahrnehmung der persönlichen Rechte zu vereinfachen und die Wiedererlangung der Handlungskompetenz und der Ressourcen in den Vordergrund zu rücken (Lehmann, 2010). Die Bewertung der Auswirkungen, insbesondere von sozialen Massnahmen, auf die Gesundheit müsste systematischer auf der Tagesordnung der zuständigen Stellen auf eidgenössischer und kantonaler Ebene stehen: Der Schweizer Verein für Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) stellt Informationsmaterial und Instrumente für solche Auswertungen bereit und erfasst zudem die in verschiedenen Kantonen laufenden Initiativen (vgl. www.impactssante.ch).

Auf kantonaler und kommunaler Ebene müsste – in Anlehnung an die Arbeit des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz – grundsätzlich das vernetzte Arbeiten unterstützt werden mit dem Ziel, integrierte Massnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die Programme aus den Bereichen Soziales, Bildung und Familie mit gesundheitsfördernden Interventionen verbinden.

Die Anpassung der Massnahmen an die Bedürfnisse und Erwartungen der Zielgruppen und deren aktive Teilnahme sind von grosser Bedeutung für ihren langfristigen Erfolg.

Beispielprojekt: Programm zur Förderung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit des Kantons Bern

Auch wenn eine Evaluation noch aussteht, kann hier als Beispiel auf eine ambitionierte kantonale Politik verwiesen werden, die eine gesundheitsbezogene Chancengleichheit mittels Verbindung von gesundheitsbezogenen und sozialen Interventionen anstrebt. Nach Veröffentlichung des Sozialberichts (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2008) und des 4. Gesundheitsberichts über die gesundheitsbezogene Chancenungleichheit (Bachmann & Neuhaus, 2010) hat der Kanton Bern ein ehrgeiziges Projekt gestartet, das sich auf die Chancengleichheit im Kindesalter konzentriert. Der Kanton Bern hat im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für 2010–2013 die folgenden Schwerpunkte gesetzt: «Die Massnahmen sind so zu planen, dass sie die beim Einzelnen vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen bereits im Frühbereich und im Schulalter stärken und fördern. [...] Die geplanten Massnahmen richten sich an Kinder, Jugendliche und Eltern. Sie sollen in den <Settings> greifen, in jenen Lebensbereichen, in denen diese Zielgruppe einen Grossteil ihres Alltags verbringt.» Neben dem kostenlosen Angebot für verschiedene Zielgruppen hat der Kanton Bern in Zusammen-

arbeit mit der Kantonspolizei insbesondere Massnahmen gegen Diskriminierung und Rassismus ins Leben gerufen (www.gggfon.ch), unterstützt Programme zum Abbau von familiärem Stress und hat zudem eine Strategie zur Senkung der Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen entwickelt (und evaluiert). Gleichzeitig hat der Kanton Bern seine Familienpolitik neu ausgerichtet und zusätzliche Leistungen für Familien eingeführt und die Betreuungseinrichtungen für Kinder ausserhalb von Familie und Schule weiter ausgebaut. Zudem bemüht er sich um eine bessere Koordination der Beratungsstellen (Lehmann, 2010). Zur Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit werden kantonale Tagungen und Besprechungen für verschiedene Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Vorschule, Sozialhilfe und Familienhilfe organisiert. Die Ausbildungs- und Beratungsangebote für junge Eltern wurden bezüglich Zeiten und Format den Bedürfnissen der Zielgruppen angepasst («sozial benachteiligte Gruppen schweizerischer und ausländischer Herkunft, Elternpaare», «Familien, in denen beide Elternteile berufstätig sind»).

4.5 Literaturverzeichnis

- Bachmann, N., & Neuhaus, M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalité des chances en santé*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsberichte.assetref/content/dam/documents/GEF/GS/fr/AWA_Gesundheitsbericht4_F.pdf
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Baumann, I. (2015). Decreased well-being after job loss: testing omitted causes. *LIVES Working Papers*, 2015(36), 1–33.
- Barth, J., Hofmann, K., & Schori, D. (2014). Depression in early adulthood: prevalence and psychosocial correlates among young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, 144, w13945, 1–8.
- Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, M., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Plesnicar, B. K., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., Ringen, P. A., Sartorius, N., Seifritz, E., Svestka, J., Tyszkowska, M., & Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 1–38.
- Blankenship, K. M., Bray, S. J., & Merson, M. H. (2000). Structural interventions in public health. *Aids*, 14, 11–21.

- Blas, E., Sommerfeld, J., & Kurup, A. S. (2011). *Social determinants approaches to public health*. Geneva: World Health Organization.
- Bolzman, C. & Vagni, G. (2015). Égalité de chances? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et «nationales». *Hommes & Migrations* 1309, 19–28.
- Chaire Inpes «Promotion de la santé» à l'EHESP, & Participants au séminaire (2013). *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France: les recommandations du 5 juin 2012*. St-Denis: Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>
- Commission of the Social Determinants of health (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of Health. Draft Discussion paper*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Cullati, S. (2015). Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 745–764.
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2008). *Rapport social 2008. La pauvreté dans le canton de Berne: chiffres, faits et analyses*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/soziales/soziales/sozialbericht_2008.assetref/dam/documents/GEF/SOA/fr/Direktion_Organisation/sozialbericht_08_1_teil_f.pdf
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565–582.
- Elgar, F. J., Pförtner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, 385(9982), 2088–2095.
- Hämmig, O., & Bauer, G. F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health*, 13(1), 1170.
- Human Early Learning Partnership (HELP) (Producer) (2013, 15/09/2015). Universalisme proportionné. Retrieved from http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012). Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. *Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich* (17), 29.
- Johnston, C., Maggiori, C., & Rossier, J. (2015). Professional trajectories, individual characteristics, and staying satisfied and healthy. *Journal of Career Development*, Advance online publication.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567–589.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcató, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (407), 26–32.
- Lehmann, P. (2010). *Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé*. Lausanne: Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé.
- Lucchini, M., Butti, C., Assi, J., Spini, D., & Bernardi, L. (2014). Multidimensional deprivation in contemporary Switzerland across social groups and time. *Sociological Research Online*, 19(1), 1–14.
- López Ulloa, B.F., Moller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How does subjective well-being evolve with age? A literature review. Discussion paper series. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives*. London: The Marmot Review.

- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J., & Pförtner, T.-K. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *The European Journal of Public Health, 25*, 57–60.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring de la santé psychique, axé principalement sur les personnes âgées et le stress au travail*. Actualisation 2014. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical psychology review, 29*(3), 208–215.
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine, 65*(7), 1420–1429.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin, 32*(4), 709–714.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008). *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2013). *Programme national Migration et santé. Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-2017*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorder: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Sivasankara Kurup (Eds), *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., & Carr, D. (2015). Cohort and gender differences in psychosocial adjustment to later-life widowhood. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbv004v2.
- Rathmann, K., Ottova, V., Hurrelmann, K., de Looze, M., Levin, K., Molcho, M., Elgar, F., Gabhainn, S., Van Dijk, J. P., & Richter, M. (2015). Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas, 80*(4), 414–420.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012 (Obsan Rapport 52)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Spini, D., Hanappi, D., Bernardi, L., Oris, M., & Bickel, J.-F. (2013). Vulnerability across the life course: A theoretical framework and research directions. *LIVES Working Papers, 2013*(27), 1–35.
- Stegeman, I., Costongs, C., Needle, C., & Consortium, O. b. o. t. D. (Producer) (2010, 15/09/2015). The story of DETERMINE: Mobilising action for Health Equity in the EU. Retrieved from <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story.pdf>
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (1998). Youth self-report of behavioral and emotional problems in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence, 27*(4), 429–441.
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 30*(3), 259–280.
- Taubner, S., Wolter, S., & Rabung, S. (2015). Effectiveness of early-intervention programs in German-speaking countries – a meta-analysis. *Mental Health & Prevention, 3*(3), 69–78.
- Vetter, S., Endrass, J., Schweizer, I., Teng, H.-M., Rössler, W., & Gallo, W. T. (2006). The effects of economic deprivation on psychological well-being among the working population of Switzerland. *BMC Public Health, 6*(1), 223.
- Vuille, J.-C., & Schenkel, M. (2001). Social equalization in the health of youth. *The European Journal of Public Health, 11*(3), 287–293.
- World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social determinants of mental health. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1