

Closing the gap: Increasing access and equity



Die Gesundheitslücken schließen: Gleichberechtigte Pflege für alle



International Nurses Day

12 May 2011

Die Gesundheitslücken schließen:

Gleichberechtigte Pflege für alle



INTERNATIONALER TAG DER PFLEGENDEN 2011

Alle Rechte vorbehalten einschließlich Übersetzung in andere Sprachen.

Kein Bestandteil dieser Broschüre darf außerhalb des Urheberrechts in gedruckter Form, als Kopie oder in anderer Weise vervielfältigt werden. Gleiches gilt für die Verwendung in Datenbanken, Übertragung in andere Dateisysteme und den Verkauf ohne schriftliche Genehmigung durch ICN. Kurze Auszüge (< 300 Wörter) dürfen ohne Autorisierung unter Angabe von Quellenhinweisen verwendet werden.

Redaktionelle Bearbeitung: Johanna Knüppel, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Berlin

Gemeinsame Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Salzufer 6, 10587 Berlin, Tel: 030/2191570

Email: dbfk@dbfk.de, www.dbfk.de



Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (OEGKV)

Wilhelminenstraße 91/IIe, 1160 Wien, Tel: (01)478 27 10

Email: office@oegkv.at, www.oegkv.at



Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK ASI)

Choisystrasse 1, Postfach, 3001 Bern, Tel: 031-388 36 36

Email: info@sbk-asi.ch, www.sbk-asi.ch



Copyright © 2011 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95094-50-5 (Original)

INHALTSVERZEICHNIS

Brief von ICN Präsidium und Geschäftsführung	6
Einführung.....	7
Kap. 1: Zum Verständnis von Zugang und Verteilungsgerechtigkeit	8
Kap. 2: Die Lasten der Ungleichheit	13
Kap. 3 Messung von Zugang und Gleichberechtigung	25
Kap. 4 Hindernisse bei Zugang und Gleichberechtigung	29
Kap. 5 Verbesserung von Zugang und Gleichberechtigung.....	32
Kap. 6 Beitrag der Pflege zur Verbesserung von Zugang und Gleichberechtigung.....	37
Empfehlungen zur Vertiefung.....	42
Literatur	43



12. Mai 2011

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

trotz der großen Fortschritte bei der Realisierung der Millenniumsziele existiert in Bezug auf Gesundheitsstatus und Lebenserwartung immer noch ein großes Gefälle zwischen Ländern mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen, zwischen Männern und Frauen und zwischen der Land- und Stadtbevölkerung.

Zugang zu Gesundheitsversorgung ist der Schlüssel für eine Verbesserung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Lebenserwartung aller Menschen. Nach wie vor ist diese Grundvoraussetzung durch Kosten, Sprachprobleme, räumliche Entfernung, politische Strategien und Verfahren sowie durch eine Reihe weiterer Faktoren eingeschränkt.

Pflegefachpersonen¹, die oftmals vor dem Hintergrund äußerst schwieriger Situationen als wichtigste und manchmal einzige Beschäftigtengruppe im Gesundheitswesen für eine primäre Gesundheitsversorgung sorgen, sind von grundsätzlicher Bedeutung für die Förderung von Gerechtigkeit in und Zugang zu Gesundheitsversorgung und für bessere Ergebnisqualität in der Pflege.

Dieses Handbuch zum Internationalen Tag der Pflegenden sensibilisiert uns für die Bedeutung von Zugang und Gleichberechtigung für und die Auswirkung von Ungleichheit auf Gesundheit. Es stellt bestehende Hindernisse dar und skizziert, wie Zugang und Gleichheit verbessert werden können. Außerdem wirft es ein Licht auf die Bedeutung von sozialen Determinanten für Gesundheit und zeigt, wie Pflegefachpersonen diese berücksichtigen, damit den Zugang verbessern und Gleichberechtigung in der Versorgung herstellen können.

ICN ist davon überzeugt, dass Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle spielen müssen wenn es darum geht, in der Gesundheitsversorgung Gleichberechtigung herzustellen. Sie sollten darüber hinaus klare Vorstellungen entwickeln, wie der Gesundheitssektor Ungerechtigkeiten im System reduzieren kann.

Mit freundlichen Grüßen

Rosemary Bryant
Präsidentin

David C. Benton
Geschäftsführer

¹ Die Herausgeber haben sich auf „Pflegefachpersonen“ als Übersetzung der englischen Bezeichnung „nurses“ geeinigt. Gemeint sind die beruflich Pflegenden mit einer mindestens dreijährigen Qualifikation, also: Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen, Pflegefachfrauen und –männer.

Einführung

2001 wurden die Millenniumentwicklungsziele von der internationalen Gemeinschaft bestätigt. Die Verpflichtung auf die Millenniumentwicklungsziele machte zum einen die Absicht deutlich, sich entschlossen für eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustands der Weltbevölkerung einzusetzen und zum anderen war sie die Anerkennung der Tatsache, dass die Lasten von Krankheiten und Erkrankungen nicht gerecht verteilt waren. In Bezug auf den Gesundheitsstatus und die Lebenserwartung existierten gewaltige Unterschiede zwischen arm und reich, zwischen sich entwickelnden und entwickelten Ländern, zwischen Männern und Frauen und zwischen Land- und Stadtbevölkerung.

Zehn Jahre danach können bedeutende Fortschritte verzeichnet werden, wie aus dem Evaluationsbericht 2009 hervorgeht, der die Verbesserungen in Bezug auf entscheidende Maßnahmen im Gesundheitswesen, wie die Bekämpfung von Malaria und HIV und die Impfung gegen Masern (UNO, 2010) darstellt. Allerdings weist der Bericht auch auf die nach wie vor krassen Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenserwartung hin.

Der mögliche Zugang zu Versorgung ist entscheidend. Dieser Zugang zur Versorgung kann durch Kosten, Sprache, (räumliche) Lage, Politik und Methoden, die sich aus kulturellen Gründen für die Versorgung nicht eignen, durch schlechte Qualität oder einfach durch den Mangel an Verfügbarkeit bzw. durch explizite Rationierungsstrategien, erschwert sein.

Außerdem ist es wichtig, Gesundheit nicht als eine Ware, die von den Gesundheitssystemen produziert wird, zu begreifen. Gesundheit wird nicht nur durch soziale, sondern auch durch genetische und umweltbedingte Einflüsse geprägt und beeinflusst. Die Chancen auf einen guten Gesundheitsstatus bzw. umgekehrt, das Risiko eines schlechten Gesundheitszustands werden vom sozioökonomischen Status, geographischer Lage, der Teilhabe am Arbeitsmarkt, dem Bildungsgrad, Geschlecht, der sexuellen Neigung und einem weiteren Faktorenbündel beeinflusst, die sich direkt und indirekt auf die Fähigkeit eines Menschen auswirken, einen guten Gesundheitszustand zu erwerben und zu halten.

Mit der Gründung der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (Commission on the Social Determinants of Health, CSDH) 2005 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), hat die WHO die Tatsache anerkannt, dass Gesundheit und Lebensumfeld grundlegend zusammenhängen. Die Kommission wurde gegründet, um „das Datenmaterial darüber, was für das Vorantreiben von Gesundheitsgerechtigkeit unternommen werden kann, zu ordnen und eine globale Bewegung zu fördern, mit deren Hilfe diese Maßnahmen umgesetzt werden können“ (CSDH, 2008).

Wie von dieser Kommission bemerkt worden ist (CSDH, 2008), spielen Pflegefachpersonen und anderes Gesundheitspersonal bei der Herstellung von Gesundheitsgerechtigkeit eine wichtige Rolle. Es wurde ferner festgestellt, dass es entscheidend darauf ankommt, ein gutes Verständnis dafür zu bekommen, wie der Gesundheitssektor dazu beitragen kann, diese Gesundheitsungleichheiten zu reduzieren. Auch die Pflegefachpersonen selbst müssen ihre eigene Aufgabe für die Bereitstellung einer gleichen und zugänglichen Gesundheitsversorgung verstehen. Dieses Handbuch zielt darauf ab, diesen Prozess zu unterstützen.

Kapitel 1

Zum Verständnis von Zugang und Verteilungsgerechtigkeit

Zugang

Was bedeutet „Zugang“?

Zugang bezieht sich auf die Fähigkeit, einen Gegenstand bzw. eine Dienstleistung in der erforderlichen Zeit zu erhalten. Eine genaue Definition dessen, was ein guter Zugang ist, lässt sich nur schwer genau festlegen und wird, je nach Kontext, unterschiedlich ausfallen. Allerdings wird von Chapman u.a. festgestellt, dass „ein guter Zugang dann besteht, wenn Patienten die richtige Versorgung am richtigen Ort zum richtigen Zeitpunkt erhalten“ (Chapman u.a., 2004, S.374).

„Zugang (Subst.) 1. Das Mittel bzw. die Gelegenheit, einen Ort zu betreten bzw. sich diesem zu nähern. >das Recht bzw. die Gelegenheit, etwas zu verwenden bzw. jemanden zu treffen.“
(Pearsall, 2002)

Zu den Schlüsselfaktoren von Zugang gehören Verfügbarkeit, Anwendung (die Nutzung vorhandener Dienste durch die Bevölkerung), Relevanz (die vorhandenen Dienste entsprechen den benötigten Leistungen und Präferenzen der Bevölkerungsgruppen), Wirksamkeit (ob die gewünschte Behandlung bzw. die Versorgungsergebnisse erzielt werden) und Gleichberechtigung, die sich auf Unterschiede in Bezug auf den Zugang innerhalb der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bezieht und später in diesem Kapitel noch zur Sprache kommen wird (Chapman u.a., 2004). Hindernisse für den Zugang können sein:

- Fehlende Kapazitäten und Zugangsmöglichkeiten (wie z.B. Rationierung). Beispiele sind lange Wartelisten für bestimmte Behandlungen, eine Einschränkung bei Infrastruktur und Personal, die dazu führt, dass eine Versorgungsleistung nicht erbracht werden kann bzw. das Fehlen der Versorgung zum notwendigen Zeitpunkt bzw. am notwendigen Ort.
- Kosten. Die vollständige oder teilweise Bezahlung vieler Versorgungsleistungen aus der eigenen Tasche ist in den Gesundheitssystemen vieler Länder nach wie vor der Regelfall und kann für die Armen ein wesentliches Hindernis darstellen.
- Sprache und Kultur. Maßnahmen, die dazu dienen, den Mitgliedern einer Gemeinschaft den Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Sprache dieser Gemeinschaft zugänglich zu machen, sind ein wichtiges Element, um die Gesundheitsversorgung allgemein zugänglich und effektiv zu gestalten. Im umgekehrten Fall kann sich eine mangelnde Berücksichtigung von unterschiedlichen kulturellen Normen sowohl auf die Bereitschaft der Menschen, sich Hilfe zu suchen, als auch auf die Effektivität der Behandlung, negativ auswirken.
- Mangel an Information und Wissen. Zugang bedeutet auch, einen Zugang zu Informationen über die eigene Gesundheit, über Präventionsstrategien und -ansätze und über die vorhandenen Versorgungsleistungen zu haben. So wird der Zugang zu Informationen beispielsweise dadurch eingeschränkt, dass Mitteilungen des öffentlichen Gesundheitswesens nicht in allen Sprachen der Gemeinschaft verbreitet werden. Das kann sich sowohl direkt auf die Gesundheit eines Menschen auswirken und als auch auf seine Fähigkeit, proaktiv an der Verbesserung seiner Gesundheit zu arbeiten und die zur Verfügung stehenden Versorgungsleistungen zu identifizieren und auch in Anspruch zu nehmen.
- Mobilität und Migration. Für mobile Populationen kann es schwierig sein, die zur Verfügung stehenden Versorgungsleistungen zu identifizieren und in Anspruch zu nehmen, besonders wenn administrative Hindernisse existieren (z.B. die Notwendigkeit, eine permanente Meldeadresse als Voraussetzung für die Anmeldung in einer Arztpraxis vorweisen zu müssen). Ein weiterer Punkt betrifft die Bindung von gutem ärztlichem Personal und die Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung.

- Beschäftigung. In einigen Ländern, wie beispielsweise in den USA, in denen viele Menschen von arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherungen abhängig sind, ist der Zugang zu Gesundheitsversorgung eng an ein Beschäftigungsverhältnis gekoppelt. Ein fehlendes Arbeitsverhältnis kann daher den Zugang einschränken. Auch die Abhängigkeit von geringfügigen, unregelmäßigen oder direkt und bar bezahlten Beschäftigungsverhältnissen schränkt den Zugang von Menschen zu Gesundheitsdiensten, die ihnen erhebliche Kosten durch Einkommensverluste verursachen, erheblich ein.
- Sensibilisierung und Einweisung des Personals. Professionelle Standards und ethische Richtlinien sorgen dafür, dass Pflegefachpersonen und anderes Gesundheitspersonal ihre Leistungen kompetent und professionell erbringen und Patienten mit Respekt und Sensibilität begegnen. Wirksame Weiterbildung und ein effektives Management sollten Pflegefachpersonen darin unterstützen, diese Standards beizubehalten.
- Diskriminierung. Trotz der Verpflichtung von Gesundheitswesen und -personal, für eine effektive Gesundheitsversorgung zu sorgen, gibt es weiterhin Fälle von Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Rasse, sexueller Präferenz oder sozioökonomischer Verhältnisse. Es ist wichtig festzustellen, dass Diskriminierung nicht immer in aktiver Form stattfindet; allein das Fehlen einer wirksamen Bekämpfung von Ungleichheiten und von bestimmten Behandlungsmöglichkeiten bzw. die Stigmatisierung bestimmter Krankheiten können Formen der Diskriminierung sein.

Zugangsbeschränkungen können sich auch direkt auf die Versorgungsqualität auswirken. Beispielsweise ist der Zugang vieler Menschen, die in entlegenen und ländlichen Gebieten der entwickelten und sich entwickelnden Länder leben, zum breiten Spektrum der Gesundheitsversorgung und zu qualifiziertem Gesundheitspersonal wie Pflegefachpersonen eingeschränkter als der von Stadtbewohnern der entsprechenden Regionen. Das kann sich unmittelbar auf die Qualität der erhaltenen Pflegeleistungen auswirken. Beispielsweise wurde der Zugang zu einer angemessenen Geburtshilfe in ländlichen Gebieten als einer der Schlüsselfaktoren identifiziert, die verändert werden müssen, um zu einer Verbesserung im Bereich der Müttersterblichkeit beizutragen (UN, 2010).

Zu einer Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten kann auch beitragen „die sozialen Faktoren, welche den Zugang beeinflussen, zu berücksichtigen“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales von Spanien, 2010, S.16). Die Verbesserung des Zugangs kann jedoch in Widerspruch zu anderen politischen Zielen wie beispielsweise einer Kostendeckung stehen (Chapman u.a., 2004). Die Wichtigkeit, sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit zu befassen, wird an anderer Stelle in diesem Text noch ausführlicher diskutiert werden.

Zugang und das Recht auf Zugang sind, für sich genommen, bereits wichtige Prinzipien. Wie jedoch im jüngsten, von der Spanischen Ratspräsidentschaft der Europäischen Union in Auftrag gegebenem Dokument *„Fortschritte bei der Gesundheitsgerechtigkeit: Beobachtung der sozialen Determinanten von Gesundheit und die Reduzierung von Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit (Moving forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities“)* festgestellt wurde, ist der Zugang auch ein wichtiges Mittel, um gerechtere Ergebnisse zu erzielen. So hat sich beispielsweise ein „allgemeiner Zugang zu Gesundheitsdiensten und zu einer qualitativ ausgezeichneten primären Grundversorgung für alle Kinder in allen Regionen als wirksam bei der Reduzierung von Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit von Kindern erwiesen“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales von Spanien, 2010, S.36).

Gleichheit

Während sich Gleichheit und ähnliche Konzepte wie Fairness und Gerechtigkeit als allgemein akzeptierte Grundsätze einer fortschrittlichen Sozialpolitik etabliert haben, gibt es in Bezug auf eine Definition von Gleichheit oder

„Gleichheit (Subst.) 1. die Eigenschaft, fair und unparteiisch zu sein.“
(Pearsall, 2002)

darauf, wie diese erreicht werden kann, weniger übereinstimmende Positionen. Besonders komplex ist diese Situation dann, wenn es um die Diskussion von Gesundheitsversorgungssystemen und ihre Ergebnisse geht; hier gehen die Meinungen darüber auseinander, welche Aspekte unbedingt und bis zu welchem Grad zu vereinheitlichen sind (Osterle, 2002).

Ziele der Gleichberechtigung sind in erster Linie eine größere Fairness bei der Verteilung von Ressourcen und Lasten innerhalb der Bevölkerung und die Minimierung von Ungleichheiten bei dieser Verteilung. In einem Konzept von Gleichheit ist häufig auch die Chancengleichheit berücksichtigt, die es allen Menschen ermöglicht, gleichberechtigt und abhängig von der Wahl, die sie treffen, besondere Ergebnisse zu erreichen:

„Das Gleichheitsprinzip steht in Widerspruch zu dem „Prinzip der Grundbedürfnisse“ oder dem „Armutsprinzip“, die sich auf die Armen und Rechtlosen beziehen, ohne ihre Situation in Verbindung mit den Reichen und Mächtigen zu bringen. Gleichheit setzt einen Handlungsansatz voraus, der denjenigen, die weniger haben, mehr gibt und auf diese Weise denjenigen, die viel haben weniger gibt. Statt einer Zuteilung von gleichen Anteilen impliziert Gleichheit die Zuteilung von fairen Anteilen.“ (McCoy, 2003, S.8).

Das Verhältnis von Zugang und Gleichberechtigung

„Der ungleiche Zugang zu Ressourcen, Fähigkeiten und Rechten führt zu Ungleichheit(en) in Bezug auf Gesundheit“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales von Spanien, 2010) und daher ist der Zugang zu Gesundheitssystemen ein wichtiger Schritt zur Verbesserung von Gesundheitsergebnissen. In der Gesundheitsversorgung gibt es eine Reihe von Konzepten und Annahmen, die üblicherweise mit dem Wort „Gleichheit“ in Verbindung gebracht werden. Damit kann eine Grundversorgung, die allen Menschen zugänglich ist und von der alle Mitglieder profitieren, gemeint sein. In den meisten Industrieländern kann das bedeuten, dass es möglich ist, im Krankheitsfall medizinisches Personal aufzusuchen, Zugang zu Medikamenten der Grundversorgung zu haben, Notfallversorgung zu bekommen und bei einer Geburt betreut und versorgt zu werden.

Eine Ergebnisanalyse und „der Übereinstimmungsgrad von empirischen Verteilungen mit den spezifischen Interpretationen von Gleichheit“ ist ein wichtiger Forschungsbereich in der Gesundheitsversorgung. Arbeiten in diesem Bereich befassen sich neben der Verteilung von Gesundheit und schlechter Gesundheit auch mit systematischen Überlegungen zur Verteilung von öffentlichen Ausgaben, zum Einsatz der Versorgung, zu Kosten und Ergebnissen. Dazu können unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen zu den verschiedenen Leistungsarten sowie die unterschiedlichen Ergebnisse in Bezug auf die verschiedenen Patientengruppen gehören. In seinem Artikel „Evaluierung von Verteilungsgerechtigkeit in der Sozialpolitik: Bezugsrahmen für eine komparative Analyse“ teilt Osterle (2002) die Diskussion der verschiedenen Autoren zu diesen Konzepten in drei einfache Kategorien, die unten zitiert sind. Sein Artikel enthält eine sinnvolle Diskussion, die dieses Bezugssystem auf die Versorgung in der Langzeitpflege überträgt.

- „WAS wird geteilt (z.B. Ressourcen, Lasten);
- Zwischen WEM (die Empfänger); und
- WIE (die Prinzipien)“

(Osterle 2002, S. 59)

Die Herstellung von Gleichheit in Bezug auf das „was“ setzt die Definition eines minimalen Leistungsspektrums bzw. einer minimalen Höhe von Ressourcen voraus, zu denen ein Zugang für den Einzelnen sinnvoll und akzeptabel erscheint. Das kann auch bedeuten, dass die entsprechenden Qualitätsstandards oder -ansprüche für die jeweilige Situation definiert werden müssen. In einigen Fällen sind sie konkret und quantifizierbar, z.B. in der Frage, ob eine Leistung zur Verfügung steht, wie lang die Wartezeit für den Einzelnen ist und ob das

gewünschte Ergebnis erfolgreich realisiert wurde. In anderen Fällen handelt es sich um weniger fassbare Faktoren wie den Grad der Zufriedenheit mit der Leistung, der Interaktionsqualität mit dem Personal, dem participationsgrad am Entscheidungsprozess, der Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Wahlmöglichkeiten. Diese weniger konkreten Faktoren können wichtige Messinstrumente von Gleichheit sein, besonders dann, wenn diejenigen, die die Leistung in Anspruch nehmen, einen unterschiedlichen kulturellen Hintergrund haben (Osterle, 2002, S.51-52).

Das „wem“ in Osterles Modell bezieht sich auf die Tatsache, dass einige Menschen selbst in den entwickelten Ländern aufgrund sozialer Gegebenheiten, geographischer Lage oder anderer Faktoren von diesen Leistungen ausgeschlossen sind (Osterle, 2002, S.52-53). Während ein egalitärer Ansatz im Zusammenhang mit der Verteilungsgleichheit bedeuten kann, dass alle Menschen einen gleichen Anteil erhalten sollten, können mit den Bemühungen um Gleichheit in Bezug auf die Behandlungserfolge große Ungleichheiten verbunden sein in Bezug darauf, in welcher Höhe die Zuteilung von Gesundheitsressourcen erfolgt. An diesem Punkt wird das „wie“ für eine erfolgreiche Umsetzung der Ziele von Verteilungsgerechtigkeit wichtig. Im Zentrum dieser Diskussion steht der Begriff der Bedürftigkeit und der Grundsatz, dass die Höhe der zugewiesenen Ressourcen dieser gewissermaßen entsprechen sollte, so dass „A und B, für den Fall, dass ihre Bedürfnisse ungleich sind, eine ungleiche Menge an Behandlungen bzw. Unterstützung erhalten sollten. Wie weit diese ungleiche Behandlung zur Herstellung einer gleichen Verteilung gehen sollte, ist Teil des Zuteilungsprinzips“ (Osterle, 2002, S.53). Allerdings ist der Terminus „Bedürfnisse“ selbst relativ und kann auf unterschiedliche Art gemessen werden, z.B. mit Hilfe von Mortalitäts- und Morbiditätsziffern oder Daten zur Lebensqualität.

„...die Völker der Vereinten Nationen [haben] in der Charta ihren Glauben an die grundlegenden Menschenrechte, an die Würde und den Wert der menschlichen Person und an die Gleichberechtigung von Mann und Frau erneut bekräftigt und beschlossen [...], den sozialen Fortschritt und bessere Lebensbedingungen in größerer Freiheit zu fördern...“

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der UNO 1948 [aus: UN Department for General Assembly and Conference Management German Translation Service, NY, Anm. d. Übers.]

Auch wenn der Zugang zu einem Gesundheitssystem häufig als ideal dargestellt ist, muss diese Tatsache keineswegs zu gleichen Ergebnissen führen. Diese sind einer Vielzahl von Einflüssen durch umweltbedingte und nicht-umweltbedingte Größen, wie Klima oder genetische Prädispositionen, ausgesetzt. Osterle stellt in diesem Zusammenhang fest, dass „sozialpolitische Maßnahmen, die auf mehr Gleichheit beim Zugang abzielen, darauf gerichtet sind, nicht die tatsächliche, sondern die potentielle Inanspruchnahme von Versorgung anzugleichen“ (Osterle, 2002, S.52). Versorgungsdienstleister können sich daher gezielt an bestimmte Bevölkerungsgruppen richten oder auf bestimmte Probleme konzentrieren, um die Ergebnisse zu verbessern. Diese „positive Diskriminierung“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales von Spanien, 2010) bzw. die Bevorzugung spezifischer Gruppen, die in der Vergangenheit durch Programme oder politische Maßnahmen diskriminiert wurden, wird als Mittel betrachtet, mit dessen Hilfe es Gesundheitssystemen gelingen könnte, mehr Verteilungsgerechtigkeit in Bezug auf die Ergebnisse herzustellen.

Bei den Anstrengungen, die mitunter in Bezug auf einige Aspekte auftretende Konkurrenz zwischen Bedürftigkeit und Verteilungsgerechtigkeit auszubalancieren, könnten verschiedene Formen der Rationierung angewendet werden. Beispielsweise kann eine Warteliste für operative Eingriffe auf einem einfachen System nach Reihenfolge beruhen, das aber dadurch, dass die Reihenfolge durch Kategorien wie „Bedürftigkeit“ oder „Dringlichkeit“ genauer differenziert wird, modifiziert ist. In vielen Ländern werden die voraussichtlichen Wartezeiten als Qualitätsmerkmal für verschiedene Kategorien eingesetzt.

Ethik und Menschenrechte

Der Anspruch jedes Menschen „ohne irgendeinen Unterschied“ auf Leistungen, Möglichkeiten und Rechte ist in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte verankert, die an anderer Stelle dieser Seite zitiert wird.

Das Recht auf Gesundheit und das Recht auf die gleichen Chancen in Bezug auf Gesundheit ist ein Teil davon. Wie von McCoy (2003, S.8) festgestellt wird:

„Das Konzept der Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit ist in den Menschenrechten im Begriff der Nicht-Diskriminierung und in der Aufgabe einer Regierung (bzw. der organisierten Vertretung einer Gesellschaft), die notwendigen Maßnahmen zur Eliminierung ungerechter Auswirkungen auf Gesundheit als Folge von sozialen Ungleichheiten, verankert. ...Die Beurteilung eines Verfahrens als gerecht hängt davon ab, was in einer Gesellschaft als gleiches Recht für alle definiert ist. Von einigen werden die Ungleichheiten bei den Gesundheitsergebnissen betont; andere stellen die Chancen auf gute Gesundheitsergebnisse in den Vordergrund.“

„Jeder hat Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand. Des Weiteren darf kein Unterschied gemacht werden auf Grund der politischen, rechtlichen oder internationalen Stellung des Landes oder Gebietes, dem eine Person angehört, gleichgültig ob dieses unabhängig ist, unter Treuhandschaft steht, keine Selbstregierung besitzt oder sonst in seiner Souveränität eingeschränkt ist.“

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (UNO 1948) [aus: UN Department for General Assembly and Conference Management German Translation Service, NY, Anm. d. Übers.]

Die Pan American Health Organisation (PAHO) hat anerkannt, dass auch das Konzept von Gerechtigkeit eine große Rolle spielt, denn „alle Ungleichheiten sind das Produkt von ungerichten Benachteiligungen“. Sie stellt fest, dass die Bedeutung „gerecht und ungerichtet“ jedoch unterschiedlichen Interpretationen unterliegt. Im Zusammenhang mit Gesundheit bezieht sich eine der weithin akzeptierten Definitionen von *gerecht* auf „die Chancengleichheit des Einzelnen und von sozialen Gruppen in Bezug auf einen garantierten Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitssystemen in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und unabhängig davon, ob sie in der Lage sind, dafür zu bezahlen.“ (PAHO, 1999). Das festigt die Vorstellung einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung als Teil eines gerechten Gesundheitssystems.

Gesundheitsausgaben und Rationierung

Selbst in Ländern, in denen der Staat die politische Verpflichtung hat, sich um eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu kümmern, stellt die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung eine erhebliche und häufig auch wachsende Belastung für die Haushalte dar. Bevölkerungsbedingter Kostenanstieg sowie steigende Erwartungen von Seiten der Patienten, alternde Bevölkerungen und mit neuen Technologien und medikamentösen Therapien verbundene Kosten treiben die Ausgaben in die Höhe. In vielen sich entwickelnden Ländern sind darüber hinaus bedeutende Erhöhungen der nationalen Gesundheitsbudgets notwendig, um allein die gesundheitlichen Grundbedürfnisse der Bevölkerung zu erfüllen. Außerdem müssen sie sich gegen andere Ressorts durchsetzen, um „steuerlichen Spielraum“ für Gesundheit zu schaffen (ICN & WHO, 2009).

Ein Mechanismus, der im Gesundheitssystem zur Bewältigung dieser Spannungen genutzt wird, ist die Rationierung. In einigen Fällen geschieht dies offen; wenn öffentlich finanzierte Behandlungen oder Versorgungsleistungen, nach bestimmten Kriterien, z.B. der relativen medizinischen Bedürftigkeit, eingeschränkt und mit Auswahlverfahren verbunden sind, so dass der Staat nur für die Versorgung derjenigen aufkommt, die nicht in der Lage sind, selbst dafür zu bezahlen. Der Ausschluss von bestimmten Behandlungen aus der staatlichen Finanzierung, die als nicht notwendig bzw. als nutzlos für eine gesundheitliche Verbesserung

eingestuft werden (z.B. Schönheitsoperationen) ist ein weiteres Beispiel. Auch wenn damit argumentiert werden kann, dass es unethisch ist, einem Menschen eine medizinische Behandlung vorzuenthalten (siehe z.B. Wood, 2010), muss andererseits anerkannt werden, dass die Einführung eines transparenten Rationierungssystems immerhin die Voraussetzung für eine öffentliche Diskussion der Gesellschaft darüber sein kann, welche Prioritäten bei der Begrenzung von Ressourcen gesetzt werden.

Die verdeckte Rationierung ist weiter verbreitet. Strategien zur Ausgabenkürzung haben dazu geführt, dass die Schwelle für Krankenhauseinweisungen höher und Krankenhausaufenthalte kürzer geworden sind. Gleichzeitig sind mit diesen haushälterischen Erwägungen üblicherweise auch begrenzte Personalzahlen verbunden. Die Rationierung der Pflege „kann als direkte Folge niedriger Personalschlüssel beobachtet werden“, da das Pflegefachpersonal seine medizinische Urteilskraft nützt, um „Prioritäten bei den Bewertungen und Interventionen zu setzen“ (Schubert u.a., 2008, S.227-228). Das kann sich direkt auf die Qualität der Pflege und Patientenergebnisse auswirken. Es zeigt auch, dass die Entscheidungsprozesse in Bezug auf den Versorgungsgrad und darauf, wer versorgt wird, täglich und auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Daher ist es wichtig, dass Fragen der Gleichberechtigung auf jeder dieser Ebenen analysiert und reflektiert werden.

Wie Dey und Fraser in ihrer Diskussion einer altersbasierten Rationierung im Gesundheitssystem hervorheben, werden mit der Absicht, die Kosten des Gesundheitssystems zu begrenzen und Methoden für die Verteilung der vorhandenen Ressourcen zu entwickeln, wichtige ethische Bedenken aufgeworfen. Mit der Feststellung, dass Alter und andere Faktoren häufig ein „wichtiges aber implizites Kriterium für die Rationierung auf Klinikebene sind“ (Dey & Fraser, 2000, S.530), weisen sie darauf hin, dass eine „Rationierung aus Altersgründen in bestimmten Zusammenhängen“ toleriert wird, „in denselben Zusammenhängen aus Gründen der Geschlechts- oder Klassenzugehörigkeit bzw. ethnischen Zugehörigkeit nicht geduldet würde“ (Dey & Fraser, 2000, S.517).

KAPITEL 2

Die Lasten der Ungleichheit

Internationale Ungleichheiten

In Bezug auf Bevölkerungsgesundheit und den Zugang zu Gesundheitsversorgung existieren weltweit enorme Unterschiede. Wie in Abb. 1 zu sehen liegt die Lebenserwartung in einigen Ländern bei über 80 Jahren, während sie in anderen nur weniger als 50 Jahre beträgt.

Beispiele:

- Innerhalb der EU liegt die Differenz bei der Säuglingssterblichkeit zwischen den Ländern mit der höchsten und der niedrigsten Rate bei über 10.
- Es wird geschätzt, dass 2005 17,5 Millionen Menschen an Herz-Kreislauferkrankungen (CVD) gestorben sind, d.h. in 30% der Todesfälle weltweit. Mehr als 80% der Todesfälle aufgrund von CVD treten in Ländern mit mittleren und niedrigen Einkommen auf (WHO, zitiert nach CSDH, 2008, S.30).
- Die Müttersterblichkeit liegt in Afghanistan bei 1 zu 8, in Schweden bei 1 zu 17.000 (WHO u.a.,

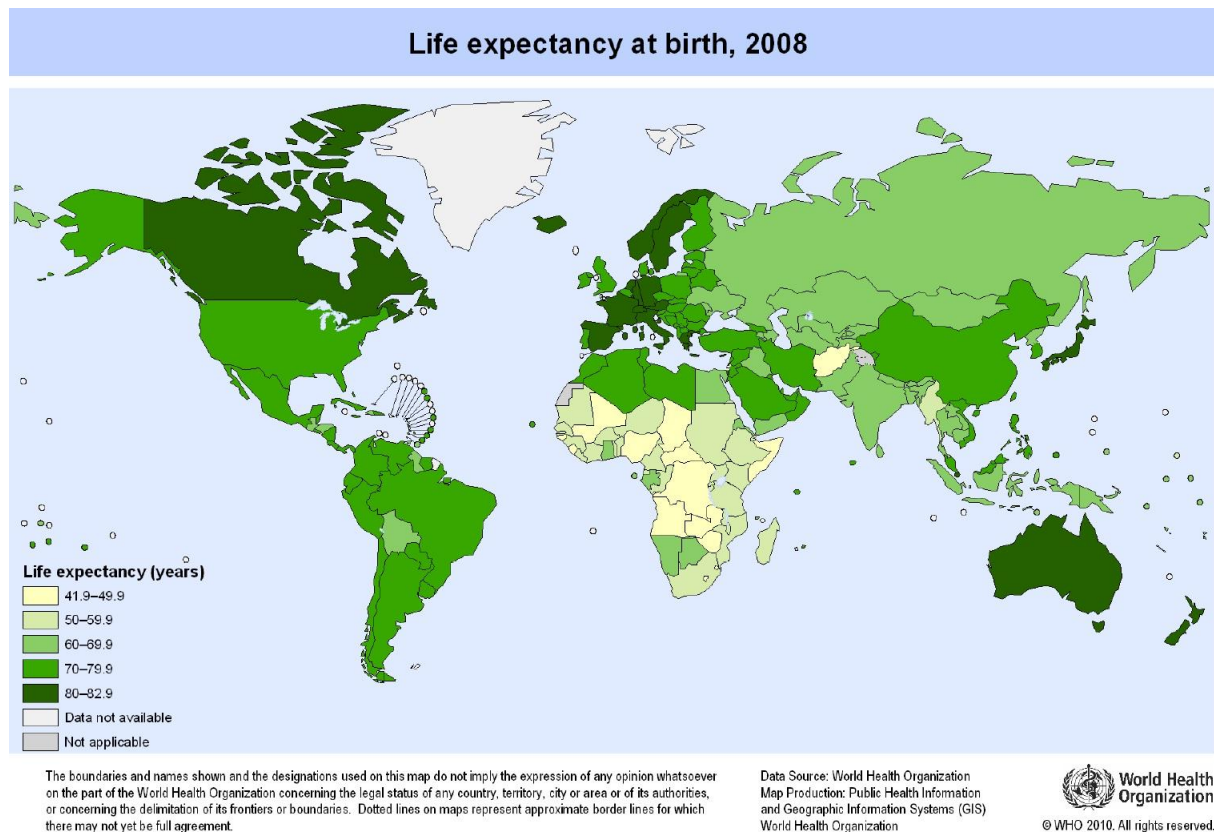
„Auf halber Strecke der Frist bis 2015, dem in der Erklärung der Vereinten Nationen festgesetzten Zielfdatum der Millenniumsziele, gibt es einige Erfolgsbeispiele. Dennoch existieren immer noch große Ungleichheiten innerhalb der und zwischen den einzelnen Ländern, und die gegenwärtigen Trends weisen darauf hin, dass viele der Niedriglohnländer die Millenniumentwicklungsziele nicht erreichen werden“

Bericht des Sekretariats der Weltgesundheitsversammlung (WHO, 2008a)

2007 zitiert in CSDH, 2008, S.30).

- Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung besitzt keinen formalen sozialen Schutz, nur 5-10% der Bevölkerung in Sub-Sahara-Afrika und Südasien sind abgesichert im Vergleich zu den Ländern mit mittleren Einkommen, in denen die Absicherungsrate zwischen 20 bis 60% liegt (WHO 2010e, S.8).
- Während ein Mensch in Estland bis zu 71% seines Lebens bei guter Gesundheit verbringt, kann ein Mensch in Dänemark erwarten, 90% seines Lebens bei guter Gesundheit zu verbringen (DETERMINE, 2010, S.9).

Abb. 1: Lebenserwartung, 2008 (WHO, 2010)



Umsetzen der Millenniumentwicklungsziele

Die Notwendigkeit, Zugang und Verteilungsgerechtigkeit zu verbessern steht im Zentrum der Millenniumentwicklungsziele, die 2001 von 192 Mitgliedsstaaten beschlossen wurden.

In seinem Vorwort für den Fortschrittsbericht 2010 (UN, 2010) beschreibt UN-Generalsekretär Ban Ki-Moon die Millenniumsziele als Darstellung der „menschlichen Bedürfnisse und Grundrechte, in deren Genuss jeder Einzelne auf der ganzen Welt kommen sollte: Schutz vor äußerster Armut und Hunger; gute Bildung, produktive und anständige Arbeit, Gesundheit und Schutz; das Recht von Frauen zu gebären ohne dabei ihr Leben zu riskieren; und eine Welt, in der die ökologische Nachhaltigkeit Priorität hat und Frauen und Männer gleichberechtigt sind“.

Die Ziele sind

1. Ausrottung von äußerster Armut und Hunger
2. Durchsetzung einer allgemeinen Primärschulbildung
3. Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Frau

4. Senkung der Kindersterblichkeit
5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern
6. Die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten
7. Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit
8. Entwicklung einer globalen Partnerschaft für Entwicklung

In den Millenniumszielen zeigt sich die Notwendigkeit, interdisziplinäre Wege einzuschlagen, um Gesundheit, Sozialwesen und das Wohlergehen der Weltbevölkerung zu verbessern. Als Fortsetzung der Arbeit der Kommission für Soziale Determinanten für Gesundheit wird die wechselseitige Beziehung von Gesundheit und anderen Indikatoren der Benachteiligung durch die internationale Verpflichtung zu den Millenniumszielen anerkannt: „Vermeidbare Gesundheitsbenachteiligungen entstehen aufgrund der Bedingungen, in denen die Menschen aufwachsen, leben, arbeiten und altern, und aufgrund der vorhandenen Systeme für den Umgang mit Krankheiten. Die Bedingungen, in denen Menschen leben und sterben, sind ihrerseits durch politische, soziale und ökonomische Kräfte geformt“ (CSDH, 2008, S.i). Auf das Verhältnis von Ungleichheiten in Bezug auf Bildung, Einkommen, Geschlecht und Gesundheit wird an anderer Stelle in diesem Kapitel weiter eingegangen.

Gesundheitsbezogene Millenniumsziele

Zu den Millenniumszielen, die sich auf Aspekte von Gesundheit beziehen, gehört die Senkung der Säuglingssterblichkeitsrate um zwei Drittel, der Müttersterblichkeitsraten um drei Viertel und das Aufhalten bzw. Verringern der Ausbreitung von HIV, Tuberkulose und Malaria bis 2015 (Stuckler u.a., 2010).

Eine 2008 durchgeführte Beurteilung der gesundheitsbezogenen Millenniumszielen (WHO, 2008a) hat gezeigt, dass trotz der erzielten Fortschritte weiterhin erhebliche Ungleichheiten existierten. Es ist unwahrscheinlich, dass die meisten Ziele bis 2015 erreicht sein werden. Dabei bleiben die Niedriglohnländer immer weiter hinter ihren Zielen zurück, wie die folgenden Auszüge aus dem Bericht zeigen:

Millenniumsziel 4: Senkung der Kindersterblichkeit

- Der weltweite Anteil an untergewichtigen Kindern ist seit 1990 von 31% auf 26% gesunken, aber die Entwicklung schreitet nur langsam voran. Keine Fortschritte wurden in Westasien erzielt und in Südasien, wo die Rate nach wie vor bei 46% liegt, sind mehr als 25% der Säuglinge bei der Geburt untergewichtig. (UNO, 2010, S.13)
- 2008 entfiel etwa die Hälfte aller 8,8 Millionen Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren auf Sub-Sahara-Afrika (UNO, 2010, S.27)

Millenniumsziel 5: Verbesserung der Müttergesundheit

- 2005 starb mehr als die Hälfte der 500 000 Frauen, deren Tod auf Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen war, in Sub-Sahara-Afrika, ein Drittel in Südasien. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sterben in Sub-Sahara-Afrika bei 100.000 Lebendgeburten 920 Mütter im Vergleich zu den industrialisierten Ländern, wo das Verhältnis bei 8 zu 100.000 Lebendgeburten liegt (WHO, 2008a).

Millenniumsziel 6: Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten

- Trotz einer drastischen Zunahme der antiretroviralen Behandlung in den Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen, hat ungefähr ein Viertel der Behandlungsbedürftigen in Sub-Sahara Afrika keinen Zugang dazu. Die Versorgungsrate von Kindern ist noch niedriger und liegt bei 15% (WHO 2008a).
- Es wird geschätzt, dass es 2008 infolge von 243 Millionen Malariaerkrankungen zu 863.000 Todesfällen kam. 89% davon entfielen auf Afrika (UNO 2010 S.46).

- In Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen lag der Anteil von HIV-positiven schwangeren Frauen, die mit antiretroviralen Medikamenten behandelt wurden, um eine Mutter-Kind-Übertragung von HIV zu verhindern, bei nur 11%.
- In Afrika erhält nur jedes dritte Kind unter fünf mit Fieber eine Behandlung gegen Malaria (WHO, 2008a).

„Krasse Missverhältnisse sind eine schockierende Realität, vor der wir nicht die Augen verschließen können. Das ist eine globale Ungerechtigkeit. Es ist die Verhöhnung der Menschenrechte im globalen Maßstab“

Nelson Mandela, 2003 (zitiert aus: McCoy, 2003)

Die WHO hat berichtet, dass Leistungen, die wie Impfungen mit aufsuchenden Aktivitäten verbunden sind, zu ermutigenden Ergebnissen geführt haben. „Interventionen, die ein funktionierendes Gesundheitswesen voraussetzen sind insgesamt weniger wirksam“ (WHO, 2008a,S.2).

Die größten Hemmnisse auf dem Weg zur Umsetzung der Ziele sind:

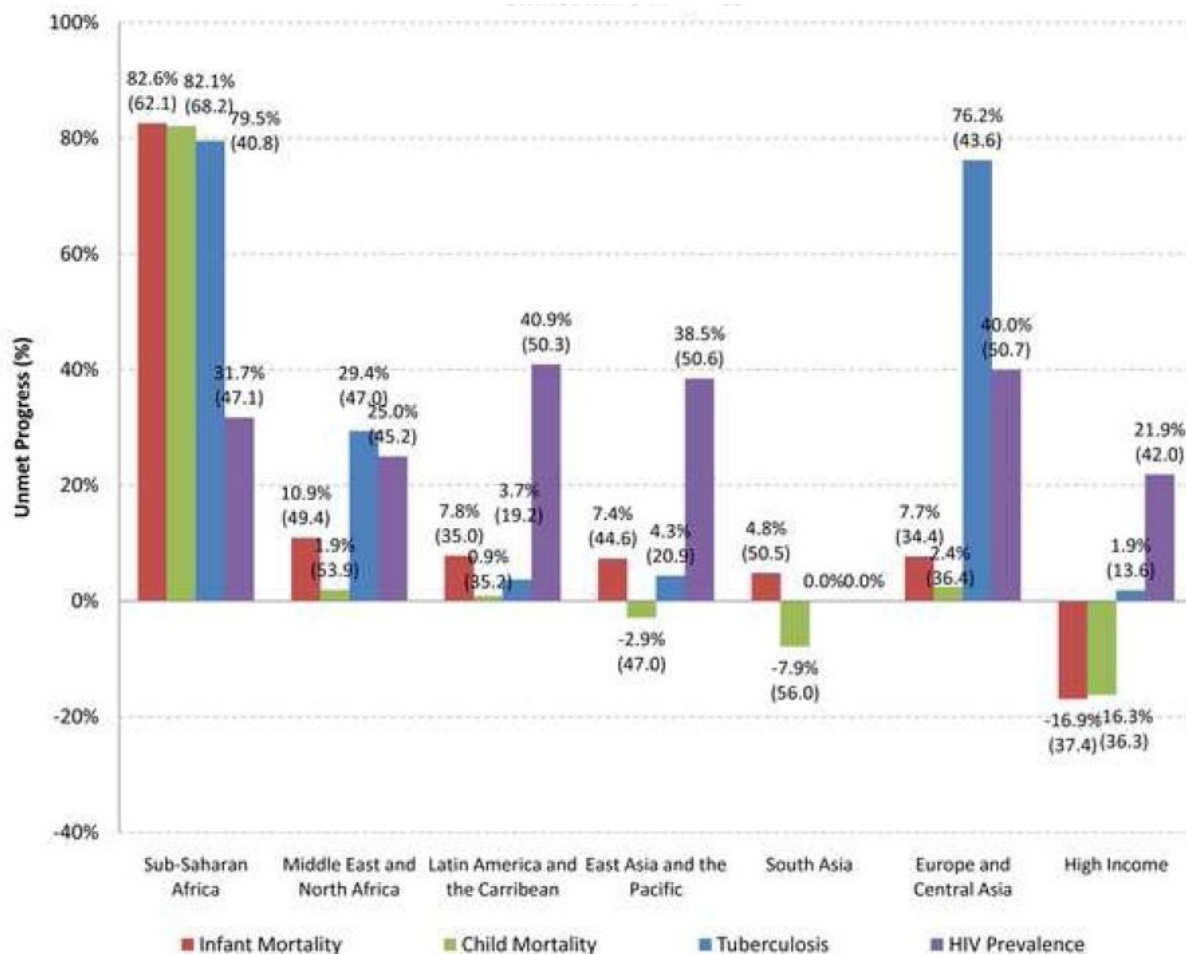
- Ein Mangel an gut ausgebildetem Gesundheitspersonal;
- Die ungenügende Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse von einzelnen Bevölkerungsgruppen in fragilen Staaten aufgrund diverser Ursachen durch den Staat; und
- Das Fehlen einer sektorenübergreifenden breiteren Zusammenarbeit: von privaten, öffentlichen, ehrenamtlichen, kommunalen und religiös motivierten Sektoren.

Die Notwendigkeit, Spendenfinanzierung und staatliche Ausgaben für Gesundheit zu erhöhen, wurde ebenfalls festgestellt. Die von Stuckler u.a. durchgeführte statistische Datenauswertung hat die Unterschiede bei den Veränderungen im Zusammenhang mit den Fortschritten bei den Millenniumszielen analysiert und den in Bezug auf ein Land jeweils erwarteten Veränderungen gegenübergestellt. Diese Unterschiede sind in einer von den Autoren entwickelten Übersichtstabelle in Abb. 2 dargestellt. Sie haben beobachtet, dass:

„... eine geringere Belastung mit HIV/AIDS und nicht übertragbaren Krankheiten mit deutlich größeren Fortschritten bei der Erreichung der Millenniumsziele in Bezug auf Kindersterblichkeit und Tuberkulose assoziiert wurde als Zuwächse beim Bruttoinlandsprodukt (BIP). Ein geschätzter Rückgang der HIV-Prävalenz um 1% bzw. eine 10% niedrigere Mortalitätsrate bei nicht übertragbaren Krankheiten hätte demnach einen ähnlichen Einfluss auf die Fortschritte bei den auf Tuberkulose bezogenen Millenniumszielen wie ein Anstieg des BIP um 80% oder mehr, was in etwa einem ökonomischen Wachstum von mindestens einem Jahrzehnt in einem Niedriglohnland entspricht.“ (Stuckler u.a., 2010).

Diese Ergebnisse heben die zentrale Rolle der Gesundheitssysteme und der Gesundheitsversorger bei der Förderung von Gesundheit, der Verhütung vermeidbarer Krankheiten und dem Umgang mit den Krankheitsziffern in den Regionen hervor, die für die Erreichung der Millenniumsziele eine Schlüsselrolle spielen. Diese Bedeutung erhalten sie auch durch ihren Beitrag zur Rettung von Leben und Verhütung der Krankheiten, für die diese Ziele stehen.

Abb. 2: Nichterreichter Fortschritt bei den Millenniumsentwicklungszielen (Stuckler u.a., 2010)



Geschlecht

Jedes Jahr sterben mehr als 350.000 Frauen aufgrund vermeidbarer Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (Ban, 2010). Wie die Vereinten Nationen in ihrem jüngsten Bericht zu den Millenniumszielen feststellen, „sind Gleichberechtigung der Geschlechter und die Stärkung der Frauen Herzstück der Millenniumsziele und Bedingung für die Überwindung von Armut, Hunger und Krankheit.“ (UN, 2010, S.4).

Die *Globale Strategie für die Gesundheit von Frauen und Kindern (Global Strategy for Women's and Children's Health)* der Vereinten Nationen wurde 2010 als Maßnahme gegen vermeidbare Krankheiten und Todesfälle und für eine Verbesserung des Zugangs zu Versorgung für Frauen angestoßen und konzentriert sich auf die „Gleichberechtigung bei Zugang und Ergebnissen, indem sie dafür sorgt, dass wir diejenigen erreichen, die besonders benachteiligt und an den Rand gedrängt sind.“ Der Erreichung der Millenniumsziele kommt hier eine Schlüsselfunktion zu; sie entspräche allein für das Jahr 2015 der Rettung von vier Millionen Kinder- und ungefähr 190.000 Frauenleben (Ban, 2010).

Mit der Gründung der UN Frauen Organisation 2010 unter der Leitung der früheren chilenischen Präsidentin Michelle Bachelet wird darüber hinaus die Wichtigkeit, sich mit Fragen der Geschlechterungleichheit zu befassen, anerkannt. Die neue Organisation hat das Ziel, Frauenrechte und ihre Partizipation an globalen Themen zu fördern.

Geschlechterungleichheit aufzugreifen bedeutet auch, sich effektiv mit der Gesundheit von Männern und ihren Versorgungsbedürfnissen zu befassen. In einigen Ländern wurden bereits bzw. werden gerade Konzepte zur Gesundheit von Männern entwickelt (z.B. Großbritannien, Irland, Australien). Darüber hinaus hat die WHO in ihrer kürzlich herausgegebenen Veröffentlichung *Strategische Ansätze für die Einbindung von Männern und Jungen zur erfolgreichen Durchsetzung von Geschlechtergleichberechtigung und Gerechtigkeit in Gesundheit* die Wichtigkeit der Einbindung von Männern und Jungen in die Förderung von Geschlechtergleichberechtigung und die Verbesserung der Gesundheit von Männern und Frauen anerkannt. Dieses Strategiepapier gibt einen kurzen Überblick über strategische Ansätze, die eine „Verschiebung hin zu mehr Geschlechtergleichberechtigung im privaten Umfeld beschleunigen, Gewalt und sexuelle Ausbeutung zurückdrängen, die Entwicklung von Safer Sex Praktiken unterstützen und den exzessiven Alkoholkonsum von Männern reduzieren können.“ (WHO, 2010a)

Beispiele:

- Erkenntnisse über die Verknüpfung geschlechtsspezifischer Gewalt und Ausbreitung von HIV haben zugenommen (UN, 2010, S.44).
- 2005 entfielen 67% der neuen AIDS-Fälle in den USA auf afroamerikanische Frauen, die aber gleichzeitig in den Zahlen über klinische Behandlungen unterrepräsentiert waren (Cohn, 2007, S.272).
- Eine Studie zu den Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung in der Altersgruppe der über 65-jährigen in der OECD hat gezeigt, dass Frauen aufgrund ihrer schlechteren Einkommenssituation und Integration in den Arbeitsmarkt häufiger höhere unmittelbare Ausgaben aus dem privaten Budget haben, weil sie z.B. über keinen arbeitgeberfinanzierten Zugang zu Gesundheitsversorgung verfügen (Corrieri u.a., 2010, S.15).
- In England ist die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, bei Männern 14% höher als bei Frauen, vor allem aufgrund ihrer ungesunden Lebensweise; 66% der englischen Männer sind übergewichtig, aber nur 57% der Frauen. (WCRF, 2010).

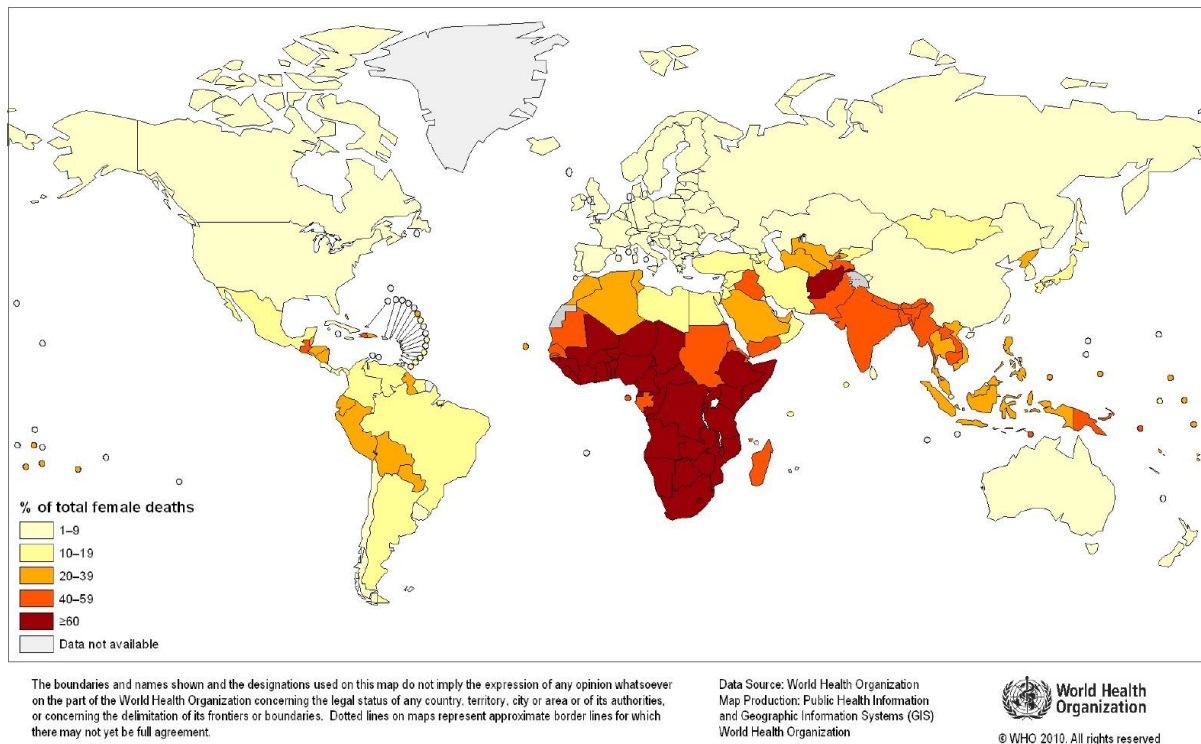
Pflegefachpersonen helfen jungen Müttern aus Risikogruppen zuzukommen

Als examinierte Krankenschwester vom Amt macht Rita im Zusammenhang mit dem Familien-Pflege-Partnerschafts-Programm (Nurse-Family Partnership programme) Hausbesuche bei Müttern mit niedrigem Einkommen, die ihr erstes Kind bekommen haben; viele sind noch Teenager. Sie arbeitet intensiv mit diesen Müttern, um Gesundheit und Allgemeinzustand von Mutter und Kind im Säuglings- und Kleinkindalter zu verbessern. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass ihre Intervention dazu beiträgt, das Leben von Risikofamilien langfristig zu verbessern.

Wenn Rita eine Familie besucht, konzentriert sie sich auf den Gesundheitszustand der Mutter, die Qualität ihrer Sorge für das Kind und die Entwicklung der Eltern selbst. Sie beginnt mit ihren Hausbesuchen bereits in der Schwangerschaft (vor der 28. Woche, im Idealfall zwischen der 12. und 20. Woche) und setzt diese in den ersten beiden Lebensjahren des Kindes fort. Rita informiert sich auch über das vorhandene Unterstützungssystem der Mutter, das sie in ihre Arbeit mit einbezieht. Dazu gehören Familienmitglieder, Väter, wenn sie sich angemessen verhalten, und Freunde. Auf diese Weise soll den Familien geholfen werden, Zugang zu anderen Gesundheits- und Sozialdiensten zu bekommen, wenn sie dieser bedürfen.

Eine Ergebnisstudie zu diesem Programm hat kürzlich gezeigt, dass Besuche von Rita und anderen Pflegefachpersonen die Zahl von Frühgeburten und Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht reduziert, Elternverhalten und Wohnverhältnisse verbessert, die Zahl von häufig aufeinander folgenden oder ungewollten Schwangerschaften gesenkt, die Partizipation am Arbeitsleben erhöht und Verhaltensstörungen, Verwicklung in Straftaten bzw. Straffälligkeit reduziert haben.

Abb. 3: Anteil der Todesfälle bei Frauen (in Prozent) aufgrund von Ursachen wie Infektion, Schwangerschaft, Geburt und Ernährung an den Todesfällen bei Frauen insgesamt 2004 (WHO, 2006)



Ethnizität und Kultur

Weltweit gibt es viele Hinweise darauf, dass Ethnizität und Kultur nicht nur einen erheblichen Einfluss auf den Zugang zum Gesundheitswesen haben, sondern auch auf die Qualität der Versorgung, die durch diese Dienste erbracht wird (siehe Beispiele unten). Die Fähigkeit, Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen effektiv zu versorgen, wird häufig als „kulturelle Kompetenz“ bezeichnet. Wie von Brach und Frazer (2000) ausführlich dargestellt, kann das Fehlen kultureller Kompetenz bei der Erbringung einer Pflegeleistung eine Reihe verschiedener Konsequenzen haben:

- Verpasste Gelegenheit für Vorsorgeuntersuchungen, weil das Wissen um die Prävalenz von bestimmten Krankheiten in unterschiedlichen Gruppen fehlt.
- Fehlendes Wissen über traditionelle Heilmethoden und möglicherweise schädliche Kreuzreaktionen; und
- Diagnosefehler als Ergebnis von schlechter Kommunikation.

Ineffektive Kommunikation - ob aufgrund von Sprachschwierigkeiten oder aufgrund voneinander abweichender Interpretationen bzw. Auffassungen - kann zu negativen Patientenerfahrungen führen und die Fähigkeit einer Person, sich effektiv an Entscheidungsprozessen in Bezug auf Pflege und Behandlung zu beteiligen, so stark beeinträchtigen, dass eine sinnvolle Zustimmung nicht mehr möglich ist. Bei der Erörterung der Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Roma in Großbritannien stellt Van Cleemput fest, dass „Berichte über fehlerhafte Kommunikation häufig von einem Mangel an kultureller Sensibilität, ob aus Unwissen oder rassistischer Überzeugung, gekennzeichnet waren“ (2010, S.320).

Es ist ebenfalls wichtig festzustellen, dass kulturelles Hintergrundwissen Hilfe suchendes Verhalten beeinflussen kann und daher großen Einfluss darauf hat, ob ein Mensch medizinische Versorgung zum richtigen Zeitpunkt in Anspruch nimmt. So stellt Van Cleemput beispielsweise fest, dass „die kulturelle Überzeugung, sich als jemand zeigen zu müssen, der

allein gegen seine Krankheit kämpft“ und eine „von Stärke und Ausdauer geprägte soziale Identität besitzt“, dazu führen kann, dass ein Mitglied einer Gemeinschaft von Roma, (die in Van Cleemput's Artikel als Zigeuner bzw. „Fahrendes Volk“ bezeichnet werden), „sich verurteilt fühlt, wenn es seine Depression oder sein Unwohlsein zeigt“ (Van Cleemput, 2010, S.318). Eine effektive Erbringung von Leistungen ist darauf angewiesen, Methoden für die Diskussion und Überwindung solcher kulturell geprägter Zugangsbarrieren zu finden.

Beispiele:

- In den USA ist die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu sterben, für eine schwarze Frau größer als für eine weiße Frau, obwohl schwarze Frauen insgesamt seltener von der Krankheit betroffen sind.
- Die Lebenserwartung der indigenen australischen Bevölkerung zum Zeitpunkt der Geburt (59 Jahre bei Männern und 65 bei Frauen im Zeitraum zwischen 1996-2001) liegt wesentlich unter der der australischen Gesamtbevölkerung (77 für Männer und 82 für Frauen im Zeitraum zwischen 1998-2000; Australische Menschenrechtskommission 2008). In den USA hätten zwischen 1991 und 2000 886.202 Todesfälle vermieden werden können, wenn es gelungen wäre, die Sterblichkeitsraten von Weißen und Schwarzen einander anzugleichen. Das steht im Kontrast zu 176.633 Leben, die durch medizinischen Fortschritt gerettet werden konnten (CSDH, 2008).
- Ein Überblick zum Forschungsstand in Bezug auf den Umgang von Immigranten mit den Gesundheitsdiensten in den USA zeigt, dass eher aus dem Ausland stammende Patienten über Diskriminierungen berichteten. Davon waren vor allem diejenigen betroffen, die nicht weiß und keine Staatsbürger waren und/oder nur über geringe Englischkenntnisse verfügten (Derose u.a., 2009, S.367).

Sozioökonomischer Status

Die Armen sind mit erheblichen Barrieren in der Gesundheitsversorgung konfrontiert. Dazu zählen eine eingeschränkte Kaufkraft, niedrigere Absicherungsraten bei Krankenversicherungen und geringeres Gesundheitswissen. Sie leben häufig in Slums oder entlegenen bzw. ländlichen Gebieten, die in Bezug auf Gesundheitsdienste oft unterversorgt und von Gesundheitsfachkräftemangel betroffen sind (Bhattacharyya u.a., 2010). Ungesunde Einstellungen und Verhaltensweisen, die zu einem höheren Anteil an übergewichtigen Personen und Rauchern führen und mit einem größeren Risiko der Drogenabhängigkeit verbunden sind, werden ebenfalls mit sozialer Ausgrenzung assoziiert (Ministerium für Gesundheit und Soziales Spanien, 2010, S. 43). Die Lebensbedingungen, denen die meisten Armen der Weltbevölkerung ausgesetzt sind, wie fehlender Trinkwasserzugang und nicht vorhandene Abwasserversorgung, ungeeignete Wohnverhältnisse und schlechte Ernährung, tragen ebenfalls zum Auftreten von und der Anfälligkeit für Krankheiten bei. Aus diesem Grund hat sich die Kommission für Soziale Determinanten von Gesundheit für eine Stärkung der „Primärfunktion des Staates in Bezug auf die Erbringung von grundlegenden Versorgungsleistungen, die für Gesundheit von zentraler Bedeutung sind,“ ausgesprochen (CSDH, 2008, S.15). Selbst dort, wo Gesundheitsversorgung kostenlos zur Verfügung steht, ist der Zugang von Armen wegen der damit verbundenen Zeitverluste bei der Arbeit und anfallenden Folgekosten wie z.B. für Transport weniger gesichert (Birdsall & Hecht, 1995).

„Fehlende Gleichberechtigung in Bezug auf Gesundheit ist tatsächlich eine Sache auf Leben und Tod.“

Dr. Margaret Chan, Generaldirektorin der WHO (WHO, 2008b)

Beispiele:

- In Europa liegt das erhöhte Sterberisiko für Erwachsene mittleren Alters der niedrigsten sozioökonomischen Gruppen in der Regel bei 25 - 50% und kann auf 150% steigen (Mackenbach, 2005, zitiert in CSDH, 2008).

- In Indonesien ist die Müttersterblichkeit der armen Bevölkerung drei bis vier Mal höher als die der Reichen (Graham u.a., 2004 zitiert nach CSDH, 2008).
- In Schottland lag die durchschnittliche Lebenserwartung für ein Leben bei guter Gesundheit für Männer bei 67,9 Jahren, für Frauen bei 69 Jahren. In den 15% der sozial am stärksten benachteiligten Regionen in Schottland lag die erwartete Lebensdauer für ein Leben bei guter Gesundheit für Männer bei nur 57,3 Jahren und für Frauen bei 59 Jahren.
- 1980 überstieg die Kindersterblichkeit in armen Haushalten in Porto Alegre, Brasilien die der reicheren Familien um mehr als das Doppelte (Birdsall & Hecht, 1995, S.2).
- Die Wahrscheinlichkeit, dass sie bei einer Geburt von ausgebildetem Gesundheitspersonal versorgt werden, ist bei den Frauen der reichsten 20% der Bevölkerung 20 Mal höher als bei einer armen Frau (WHO, 2010e).
- In einigen Regionen liegt die Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Impfungsrate (DTP 3) der armen Bevölkerung bei 10% der Impfungsrate der reichen Bevölkerung (WHO, 2010e).
- In Forschungsarbeiten kanadischer Wissenschaftler wurde gezeigt, dass die Krankenhausaufenthaltsrate im Zusammenhang mit multiplen Gesundheitsproblemen in den großstädtischen Erhebungsgebieten bei Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status durchgängig höher war als bei den Gruppen mit einem mittleren bzw. höheren Status.

Örtliche Lage und ländliche Regionen

Ein wichtiger Faktor für den Zugang zu Gesundheitsversorgung ist die geographische Lage, die häufig mit anderen sozialen Risikofaktoren, wie z.B. einem niedrigen sozioökonomischen Status und schlechten hygienischen und allgemeinen Lebensbedingungen einhergeht, die dafür bekannt sind, dass sie einen schlechten Gesundheitszustand begünstigen. In sich entwickelnden Regionen ist die Wahrscheinlichkeit von Kindern in ländlichen Gegenden größer, an Untergewicht zu leiden, als für Kinder im städtischen Umfeld. In Lateinamerika, der Karibik und Teilen von Asien haben diese Unterschiede in den letzten Jahren noch zugenommen (UN, 2010, S.5).

Ein Projekt hat kürzlich ebenfalls auf signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Stadtgebieten hingewiesen; ein Drittel der Stadtbevölkerung weltweit lebt in Slums oder Barackensiedlungen. Die Untersuchung zeigt, dass Unterschiede sowohl innerhalb einer Stadt als auch zwischen den einzelnen Städten existieren. In dem Bericht wird die Hinwendung zu diesen Problemen in den Städten als wichtiger Beitrag zur Realisierung der Millenniumsziele betrachtet (WHO u.a., 2010).

Beispiele:

- Das Verhältnis von untergewichtigen Kindern unter

Pflegeexperten (Nurse practitioners) verbessern den Zugang zur Pflege chronisch Kranker in kommunalen Settings

Mit zwei Spezialprogrammen in den Bereichen Pflege und Nephrologie bringt Lesley als Pflegespezialistin für Nephrologie in Australien gleich zwei Dinge unter einen Hut und managt nicht nur Nierenerkrankungen im Früh- und Endstadium, sondern auch chronische Erkrankungen der indigenen und nicht indigenen australischen Bevölkerung in urbanen und ländlichen Milieus. Lesley und ihr Team legen weite Strecken zurück, um Sprechstunden für chronische Erkrankungen abzuhalten. Dieser Bereich hat sich durch ihre aufsuchenden Leistungen verändert. Lesley und das Team sind in der Lage, die Patienten in einer Umgebung aufzusuchen, die ihnen angenehm ist, und nehmen sich ein wenig zusätzliche Zeit, um die Patienten mit einem ganzheitlichen Ansatz auf die physischen, mentalen und sozialen Auswirkungen der chronischen Erkrankungen und Behandlung zu untersuchen. Lesleys pflegerische Arbeit ist holistisch angelegt und mit ihren gut ausgebildeten klinischen Fähigkeiten verfügt sie darüber hinaus über weitere Vorzüge. Sie untersucht Patienten, um Diagnosen zu erstellen und einen medikamentösen bzw. nicht-pharmazeutischen Management- und Behandlungsplan aufzustellen. Lesley hat viele neue Fälle von Bluthochdruck, Diabetes und möglichen Nierenerkrankungen diagnostiziert und hat gute Fortschritte bei der Langzeitpflege in ihrer Gemeinschaft beobachtet. Da das Programm so erfolgreich ist, soll es um eine Pflegefachperson für Diabetes und eine für Kardiologie erweitert werden und so dieses Modell zur Pflege von chronisch Kranken stärken.

5 Jahren beträgt in China zwischen Stadt und Land ungefähr 1 zu 4,5 (im Weltmaßstab also noch vergleichsweise niedrig). In den Entwicklungsländern ist die Wahrscheinlichkeit für Untergewicht bei Kindern auf dem Land doppelt so hoch (UNICEF, 2010).

- Makwiza u.a. haben berichtet, dass trotz einer kostenlosen Versorgung mit der antiretroviralen Therapie (ART) bei HIV, Patienten in Malawi „aus besonders armen ländlichen Regionen mit erheblichen Barrieren in Bezug auf Zugang und Adhärenz konfrontiert sind“ (Makwiza u.a., 2009, S.8).
- In Sub-Sahara-Afrika verwenden nur 18 Prozent der Frauen auf dem Land irgendeine Form der Empfängnisverhütung im Vergleich zu 32 Prozent der Frauen in der Stadt (UNICEF, 2010).
- In den Entwicklungsländern ist der Zugang zu Abwassersystemen in Städten 70% häufiger vorhanden als in ländlichen Gebieten (UNICEF, 2010).

Bildungsstatus

Wie aus den folgenden Beispielen hervorgeht, existiert eine Korrelation zwischen Bildungsabschluss und Gesundheitsstatus und höheren Ausgaben für die medizinische Versorgung. Höhere Bildungsabschlüsse werden häufig auch mit einer größeren Bereitschaft und der Fähigkeit in Verbindung gebracht, auch die manchmal komplexeren Gesundheitsversorgungsdienste in Anspruch zu nehmen und an präventiven Gesundheitsaktivitäten wie Vorsorgeprogrammen teilzunehmen.

Beispiele:

- In den Niederlanden haben Frauen und Männer mit einem niedrigen Bildungsniveau eine um 7 Jahre geringere Lebenserwartung als Personen mit einem höheren Bildungsniveau; außerdem leben sie 18 Jahre weniger mit einem guten Gesundheitsstatus (DETERMINE, 2010, S.6).
- Die Prävalenz von langfristigen Beeinträchtigungen bei europäischen Männern im Alter von 80+ liegt bei Männern mit einem geringeren Bildungsgrad bei 58,8% gegenüber 40,2% bei Männern mit höherem Bildungsgrad (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003 zitiert nach CSDH, 2008).
- Ein niedrigerer Bildungsgrad ist verbunden mit höheren, aus der eigenen Tasche finanzierten Ausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente und einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen unzureichenden Versicherungsschutz bei den über 65-jährigen in der OECD (Corrieri u.a., 2010, S.6).
- Eine geringere Bildung ist mit einer geringeren Nutzung von Vorsorgemaßnahmen verbunden, z.B. Mammographie-Screenings (Corrieri u.a., 2010, S.7).
- Der Einsatz von Verhütungsmitteln ist bei Frauen, die über Sekundarschulbildung verfügen, vier Mal höher als bei denjenigen, die keine Bildung haben (UN, 2010, S.5).

Umgang mit gesundheitsbezogenen Bedürfnissen durch einen besseren Einsatz von Pflege

2007 wurde die Colville Rural Nursing Ltd. (CRNL) mit dem Ziel gegründet, auf die Bedürfnisse von Familien in einer ländlichen Region in Neuseeland einzugehen. CRNL wird ausschließlich von Pflegekräften geführt und repräsentiert die staatliche Gesundheitsversorgung als auch die Versorgung auf Distriktebene. Jede Pflegekraft bei CRNL verfügt über spezielle Fachqualifikationen wie Geburtshilfe oder Akupunktur; eine Pflegekraft verfügt über einen klinischen Masterabschluss für Pflege mit der Berechtigung, Medikamente verschreiben zu dürfen und ist angehende Pflegespezialistin. Kontinuierliche Weiterbildungen und berufliche Weiterentwicklung sind Grundlage ihrer praktischen Arbeit.

Im Januar 2010 hat die Nationale Gesundheitskommission von Neuseeland einen umfangreichen Bericht veröffentlicht, in dem Empfehlungen gegeben wurden, wie die Aufgabe, „eine nachhaltige und umfassende Gesundheitsversorgung in ländliche Gemeinschaften zu bringen“, gelöst werden kann (National Health Committee New Zealand, 2010, S.V).

Dieser Bericht gibt Empfehlungen für die Bereitstellung von Versorgung, Performanz des Systems sowie zu Planung, Datenerhebung und Forschung.

In einer Fortführung der Erfahrungen von CRNL und anderen werden als wichtigste Empfehlungen zur Verbesserung der Bereitstellung von Versorgung die Förderung der Entwicklung von Kliniken, die von Pflegekräften geführt werden, genannt.

(National Health Committee New Zealand, 2010)

Behinderung

Auch wenn Menschen mit Behinderungen in der Regel häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem und den Gesundheitsdiensten haben, gibt es Hinweise darauf, dass viele behinderte Personen Schwierigkeiten haben, Zugang zu der für ihre Bedürfnisse geeigneten Pflege zu bekommen.

Brown u.a. (2010) stellen dar, dass in zwei maßgeblichen Berichten aus Großbritannien bestimmte Probleme identifiziert werden konnten: In ‚Health Care for All‘ wurden Probleme wie die systematische institutionelle Diskriminierung und das Nichteinhalten und die Nichtumsetzung des Antidiskriminierungsgesetzes zum Schutz von Behinderten (Disability Discrimination Act) identifiziert. 2008 wurden im Rahmen von parlamentarischen Nachforschungen Menschenrechtsverletzungen in Bezug auf das Recht auf Leben, den Schutz vor entwürdigender und degradierender Behandlung und das Recht auf Privatsphäre und ein Familienleben, einzeln aufgeführt (Brown u.a., 2010, S.354).

Beispiele:

- Die Mortalitätsrate von Erwachsenen mit Lernbehinderungen ist dreimal höher als die der allgemeinen Bevölkerung, was auf die komplexen Folgeerkrankungen hinweist, die häufig mit Lernbehinderungen einhergehen (Brown u.a., 2010, S.354).
- Selbst in Ländern, die kurz vor dem Ziel stehen, die allgemeine Primärbildung flächendeckend für alle einzuführen, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass Kinder mit Behinderungen von der Bildung ausgeschlossen sind (UN, 2010, S.5).

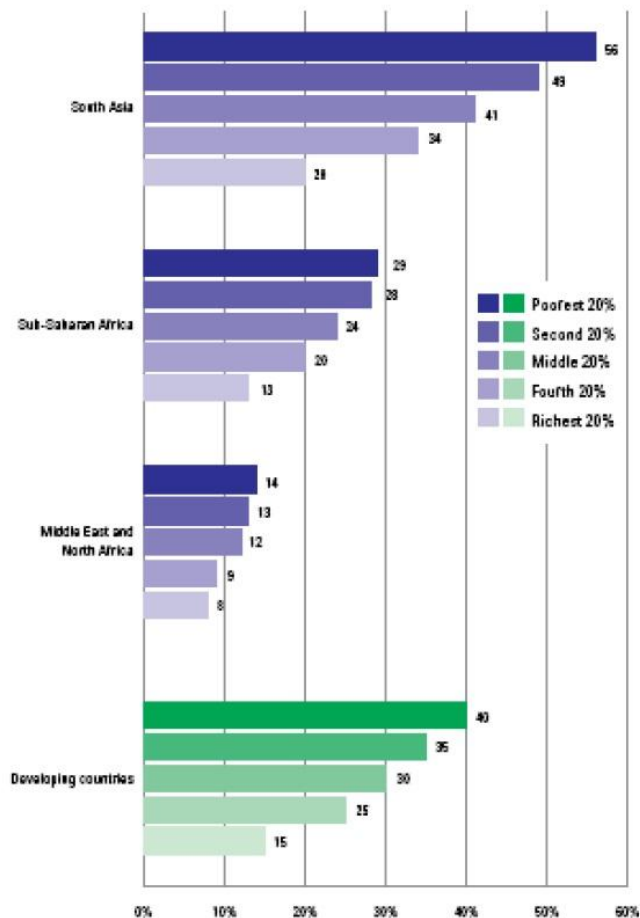
Ernährungsgewohnheiten und Ernährung

Ernährungsgewohnheiten und Ernährung haben einen signifikanten Einfluss auf Gesundheit und sind sowohl in den Entwicklungsländern als auch in den Industrieländern eng mit dem sozioökonomischen Status verbunden. In den Städten hat der gestiegene Konsum von Nahrungsmitteln mit hohem Fett- und Energiegehalt zu einer Erscheinung geführt, die als „globale Adipositas-epidemie“ bezeichnet wird (CSDH, 2008, S.62). Gleichzeitig bleibt die unzureichende Ernährung in weniger entwickelten Ländern vor allem in ländlichen Gebieten nach wie vor eine große Herausforderung, von der vor allem Kinder und Schwangere in vielen Teilen der Welt betroffen sind, wo Nahrungsmangel in der frühen Kindheit Entwicklungen behindert und zu lebenslangen Gesund-

Abb. 4: Prozentsatz untergewichtiger Kinder zwischen 0-59 Monaten

Across developing regions, underweight prevalence is higher in the poorest households

Percentage of children 0–59 months old who are underweight, by household wealth quintile



Note: Analysis is based on a subset of 61 countries with household wealth quintile information, covering 52% of the under-five population in the developing world. Prevalence estimates are calculated according to WHO Child Growth Standards, 2002–2009. CEE/CIS, East Asia and the Pacific, and Latin America and the Caribbean are not included for lack of data. Source: UNICEF global databases, 2018.

heitsdefiziten führen kann. Das weltweite Vorkommen von Untergewicht bei Kindern zu reduzieren ist ein zentrales Ziel bei den Bemühungen, die Kindersterblichkeit zu senken.

Beide Phänomene sind direkt mit Armut verbunden. Drenowski hat gezeigt, dass die Dichte von Fast Food Verkaufsstellen in den USA in armen Gebieten höher ist und Nahrungsmittel mit einem hohen Fett- und Zuckergehalt billiger sind als solche mit einem hohen ernährungsphysiologischen Wert. Er argumentiert, dass „die wachsende Preiskluft zwischen gesunden und ungesunden Nahrungsmitteln ... die kausale Verknüpfung von Armut und Adipositas unterstützt“ (Drenowski, 2009, S.538). Dieses Gefühl wird von Dowler in Europa aufgegriffen, der darlegt, dass „alle Indizien darauf hinweisen, dass strukturelle und soziale Gegebenheiten, wie die dem Einzelnen zur Verfügung stehende Menge an Zeit und Geld, die für aktive Lebenszeit und die Suche nach guten Nahrungsmitteln und deren Kosten und Verfügbarkeit aufgewendet werden kann, die physische Umgebung der Haushalte und die allgemeinen sozialen Lebensumstände derer, die als Unterschichten klassifiziert werden, und ihre Wahlmöglichkeiten entscheidend einschränken und bestimmen.“ (Dowler, 2001, S.702).

Wie in den folgenden Beispielen dargestellt treten hohe Diabetesraten, die in erster Linie mit der zunehmenden Adipositas assoziiert werden, auch bei indigenen Gemeinschaften in vielen Teilen der Welt auf. In diesen Fällen entsteht eine Kombination aus aktuellen, mit sozialer Entwurzelung und Enteignung verbundenen Missständen und anderen Faktoren wie ländlicher Abgeschiedenheit und Isolation, schlechten Zugangsbedingungen zu geeigneten Gesundheitsdiensten und einer hohen Arbeitslosigkeit, die das Problem verschärft.

Beispiele:

- Die Prävalenz von Untergewicht bei Kindern liegt weltweit bei 26% und in Südasien, wo mehr als 25% der Säuglinge untergewichtig zur Welt kommen, nach wie vor bei 46% (UN 2010, S.13).
- Die Prävalenz von Untergewicht bei den unter fünfjährigen Kindern ist höher in den ärmsten Haushalten der Entwicklungsländer (UNICEF, 2010, S.16).
- Die Prävalenz von Untergewicht bei den unter fünfjährigen Kindern ist in ländlichen Gebieten weiter verbreitet (UNICEF, 2010, S.16).
- Bei den indigenen Völkern Nord-, Mittel- und Südamerikas und im asiatisch-pazifischen Raum wurde ein hoher Anteil an Diabetes Mellitus (DM)-Erkrankungen und den damit verbundenen Komplikationen beobachtet: (Hanley, 2006)
 - Die Prävalenz von Typ 2-Diabetes liegt bei den nativen Amerikanern um das 2-3-fache über dem der anderen amerikanischen Erwachsenen.
 - Ein Screening-Programm innerhalb einer Gemeinschaft auf den Torres Strait Inseln hat eine Diabetesprävalenz von 26% ergeben, und übersteigt damit die Prävalenz innerhalb der allgemeinen Bevölkerung Australiens um das Sechsfache.
- Die höchsten Adipositas- und Typ 2 Diabetes-Raten wurden bei denjenigen mit dem niedrigsten Bildungs- und Einkommensniveau in den Regionen beobachtet, die sozial am stärksten benachteiligt sind (Drenowski, 2009).

KAPITEL 3

Messen von Zugang und Gleichberechtigung

Nutzung vorhandener Datenquellen

Die Kommission für Soziale Determinanten von Gesundheit hat versucht, die Beobachtung von Gesundheitsgerechtigkeit auf nationaler Ebene durch die Einführung von zwei Indikatorensets zu verbessern, die sich in der Regel auf die Verwendung von breit gefächerten Daten aus vielen Bevölkerungsschichten stützen, die bereits für viele Länder vorliegen, um Ungleichheiten zu identifizieren:

- ein Überwachungssystem für minimale Gesundheitsgerechtigkeit
- umfassende Rahmenbedingungen für die Überwachung der nationalen Gesundheitsgerechtigkeit

Diese Indikatoren sind im Anhang detailliert aufgeführt (nur im engl. Original).

Häufig existiert bereits ein bedeutendes Reservoir unerschlossener Informationen innerhalb der vorhandenen Datenquellen, die aus der Perspektive von Zugang bzw. Gleichberechtigung analysiert werden können. So wurden die britischen Qualitäts- und Ergebnisrahmenrichtlinien (Quality and Outcomes Framework, QOF) ursprünglich im Zusammenhang mit einem neuen Zahlungssystem für Allgemeinärzte eingeführt. Damit wurde jedoch gleichzeitig eine „umfangreiche neue Quelle“ für Basisversorgungsdaten für die Forschung erschlossen, insbesondere, weil es durch sie möglich wurde, Gesundheitsinformationen mit anderen Informationsquellen, wie beispielsweise Informationen über sozioökonomische Milieus zu vernetzen. Sigfrid u.a. untersuchten „Ausschlussberichte (exception reports)“, die angefertigt werden, wenn ein Patient nicht in die Ergebnismessung aufgenommen wird². Die Forscher konnten eine Korrelation zwischen „Ausschlussberichten“ von Diabetespatienten und Deprivation feststellen, wobei die höchsten Zahlen auf die am stärksten sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen entfielen. Die Autoren schließen daraus, dass „die Analyse von Ausschlussberichten und nicht die einfache Auswertung der Daten im Hinblick auf den erfolgreichen Abschluss der Behandlung bei einer Untersuchung von Gesundheitsbenachteiligung ausschlaggebend ist (Sigfrid u.a., 2006, S.224) und argumentieren, dass diese Information für die Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Gesundheitsdienste für schlecht zugängliche Bevölkerungsschichten von großem Wert ist.

Dieser Fall zeigt anschaulich eine zentrale Herausforderung für den Versuch, den Zugang zu messen: Es geht nicht nur darum, herauszufinden und zu bewerten, wer Zugang zu Gesundheitsdiensten hat, sondern auch, wer keinen hat.

Schlüsselindikatoren für Ungleichheiten

Ein von der OECD 2009 vorbereitetes Arbeitspapier (de Looper & Lafortune, 2009) beschreibt die Bandbreite der möglichen Hauptindikatoren um Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsstatus und Zugang zum Gesundheitswesen zu messen. Indikatoren für die Messung von Benachteiligungen in Bezug auf den Gesundheitsstaus sind:

- Indikatoren, die sich auf Lebenserwartung und Mortalität beziehen
- Indikatoren, die sich auf Morbidität und Erkrankungen beziehen, und
- eine Kombination aus beiden Indikatoren, die beide Informationstypen enthält.

² Da dies aufgrund einer Reihe von Gründen, wie ablehnende Haltung des Patienten, Nichterscheinen zu Kontrolluntersuchungen oder Unverträglichkeit der Medikamente, geschehen kann, haben Ärzte die Möglichkeit, diese Akte auszuschließen, um nicht zu Unrecht sanktioniert zu werden.

Zu den Indikatoren für Zugang und Inanspruchnahme gehören:

- Absicherung durch Krankenversicherung,
- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Bezug auf die unterschiedlichen Dienste,
- Daten über nicht erfüllte Versorgungsbedürfnisse, und
- der Anteil von Ausgaben aus der eigenen Tasche am Haushaltseinkommen.

(de Looper&Lafortune, 2009, S.12)

Die Autoren stellen fest, dass einfachere Messverfahren, wie das Messen der Kluft zwischen den niedrigsten und höchsten sozioökonomischen Schichten die Leiden der am meisten Benachteiligten in den Mittelpunkt stellt und in den meisten Fällen für die Sammlung von langfristigen und routinemäßigen Daten verwendet werden. Komplexere Messverfahren setzen regressionsbasierte Techniken ein, um die Ungleichheiten über alle Bevölkerungsgruppen hinweg zu messen. Beispiele sind der „relative Index der Benachteiligung“ und der „Konzentrationsindex“. Nachteile dieser Verfahren sind allerdings das benötigte Datenmaterial, die Komplexität der Berechnung und die schwierigere Interpretation (de Looper & Lafortune, 2009, S.14).

Die Forschung hat herausgefunden, dass aus den verschiedenen Indikatoren manchmal unterschiedliche Schlüsse gezogen werden. Wie von Wagstaff u.a. (1991) berichtet, hat der Vergleich einer Studie zum Verhältnis chronischer Erkrankungen und sozialer Klassenzugehörigkeit in Schweden mit einer anderen, in England und Wales durchgeführten Studie, gezeigt, dass „gegensätzliche Schlüsse gezogen wurden“, wenn unterschiedliche Indikatoren verwendet wurden (Schneider u.a., 2005, S.1). In der Auswertung wird daraus geschlossen, dass die meisten Tools in ihrer Fähigkeit, Gerechtigkeit als Element im Rahmen einer Untersuchung zu bewerten, begrenzt sind. Dabei wird aber auch festgestellt, dass viele der ökonomischen Evaluationstools entweder verschiedene Annahmen in Bezug auf Gleichberechtigung beinhalten oder implizit bzw. explizit in die Analyse eingeschlossen sind (WHOCC for Health Technology Assessment, 2008).

Das legt den Schluss nahe, dass es immer noch ein weiter Weg ist hin zu einer Situation, in der Überlegungen zu Themen wie Gleichberechtigung in Programmen und strategischen Entwicklungen ihren Niederschlag finden werden. Wie von de Looper und Lafortune festgestellt, „ist ein wichtiges Kriterium bei der Wahl eines angemessenen Messverfahrens für Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit die Selbstverständlichkeit, die es erlaubt, alltägliche Daten zu aktualisieren und die Beobachtungen fort zu setzen“ (de Looper und Lafortune, 2009, S.14). Das trifft besonders auf Länder oder Regionen zu, die u.U. nur einen eingeschränkten Zugang zu Daten und/oder begrenzte Kapazitäten für die Entwicklung und Durchführung komplexer Datenerhebungen haben.

Gemeindeschwestern in Moldawien sind für manche ein Rettungsanker

Als Gemeindeschwester verbringt Irine ihre Zeit in den Haushalten von älteren und behinderten Menschen. Ihr Land, Moldawien, ist einer der vor kurzem unabhängig gewordenen Staaten in Osteuropa und hat seit Beginn der post-sowjetischen Zeit einen tiefen wirtschaftlichen Niedergang und eine starke Zunahme der Armut erfahren. Der größte Teil der Bevölkerung lebt unter der Armutsgrenze, wobei Rentner und Behinderte am stärksten betroffen sind. Das Gemeindeschwesterprogramm wurde von der moldawischen Rotkreuzgesellschaft ins Leben gerufen, um diese Gruppen, deren finanzielle Mittel selbst für Grundbedürfnisse wie Medikamente und Behandlungen nicht ausreicht, medizinisch und sozial zu unterstützen.

Die Gehälter der Pflegefachpersonen selbst sind äußerst niedrig. Irine verdient gerade einmal 23 US-Dollar im Monat, aber obwohl das so ist, sind sie und ihre Kolleginnen den Menschen, die sie versorgen, sehr zugetan. Das Programm sucht weiter nach Mitteln, um die Aktivitäten der 30 Gemeindeschwestern aufrecht zu erhalten und hofft, angesichts der sichtlich großen Not, auf 100 Gemeindeschwestern aufstocken zu können, die dann 2.000 Anspruchsberechtigten helfen könnten. Irine und die anderen Pflegefachpersonen sind sich der Tatsache bewusst, dass ihre Unterstützung für diese einsamen und verarmten Menschen die einzige Verbindung ins Leben ist.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass die für die Beurteilung von Gleichberechtigung und Zugang verwendeten Messverfahren selbst diskriminierend sein können. Wie von Dey und Fraser dargestellt, „kann jedes Messverfahren, das auf Lebensjahren beruht, zu einer Diskriminierung aufgrund des Alters führen, genau wie jedes Messverfahren, das mit Lebensqualität operiert, diskriminierend aufgrund von Behinderung wirken kann“ (Dey & Fraser, 2000, S.521/22). Das impliziert, dass der Indikator dem Anwendungszweck angemessen sein sollte. So ist z.B. das Messverfahren der um Behinderung bereinigten Lebensjahre (DALY) geeignet, um einen nützlichen Einblick in den Gesundheitsstatus verschiedener Berufsgruppen zu erhalten und zu einer Bewertung der Auswirkungen verschiedener Arbeitsfunktionen auf Gesundheit beizutragen. Wenn dieses jedoch (isoliert von anderen Kriterien) für die Bewertung der sinnvollsten Verwendung von Mitteln angewendet wird (z.B. Prioritäten für den Zugang zu Hüftgelenkersatzoperationen aufzustellen), könnte das den Zugang derjenigen mit einer bereits existierenden Behinderung erschweren.

Tools für die Bewertung von Gleichberechtigung

Das Vorhandensein geeigneter Tools für die Messung und Bewertung von Zugang und Gleichberechtigung sind für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung (Sigfrid u.a., 2006) und die Erhöhung von Behandlungserfolgen von zentraler Bedeutung.

Das Interdisziplinäre Zentrum für Gesundheitstechnologiebewertung (Collaborating Centre for Health Technology Assessment) der WHO an der Universität von Ottawa verfügt über ein auf Gleichberechtigung ausgerichtetes Toolkit (Equity Oriented Toolkit)³ zur Bewertung einer „bedürfnisorientierten Technologieeinschätzung“, um sinnvolle Entscheidungsfindungsprozesse und Mittelzuweisungen zu unterstützen. Es enthält Beispiele für eine Reihe von weltweit angewendeten Tools für die Beurteilung von Krankheitslast, Effektivität der Gemeinschaft, ökonomischer Evaluation und Wissensvermittlung und -umsetzung. Diese Tools können spezifische Analysemethoden wie die um Behinderung bereinigten Lebensjahre, Checklisten wie die Screening Checkliste für Gesundheitsauswirkungen (Health Impact Screening Checklist), Softwareprogramme wie das Harvard Policy Maker-Programm oder eine Datenbank wie die der Cochrane Library, usw. sein.

Zu jedem Toolset gehört die Beurteilung jedes Tools in Bezug auf seine Eigenschaften, Gleichberechtigung zu messen. Jedes Tool wird in Bezug auf

- Messverfahren/Monitoring
- Teilhabe der Gemeinschaft
- Fürsprache/Interessenvertretung.

beurteilt.

Messen von Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitspersonal

Der Vergleich der Dichte von Gesundheitspersonal ist ein einfaches Mittel, um die Ungleichheiten in Bezug auf die Verteilung von Gesundheitspersonal weltweit zu illustrieren. Dabei handelt es sich um ein außerordentlich aussagekräftiges Datenset, das bereits in einer Reihe von Studien zeigen konnte, dass Dichte von Gesundheitspersonal und Behandlungserfolge eng korrelieren. Es ist also eine breit angelegte Analyse, die weder die Personalverteilung in bestimmten Regionen berücksichtigt, noch darauf eingeht, in welchem Verhältnis diese Verteilung zu den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung steht. Allerdings existieren zwischen den einzelnen Ländern stark ausgeprägte Unterschiede, die auf die erheblichen Ungleichheiten in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitspersonal, wie in Abb. 6, gezeigt, verweisen.

³ siehe www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/about.htm

Der von der WHO veröffentlichte *Global Atlas of the Health Workforce* (Weltatlas Gesundheitspersonal) stellt diese grundlegenden Daten in Bezug auf das Gesundheitspersonal zur allgemeinen Nutzung bereit und ermöglicht den Nutzern, eine Reihe von Aspekten in Bezug auf Gesundheitspersonal wie z.B. die Altersverteilung, zu untersuchen und Zahlen aus ländlichen und städtischen Regionen miteinander zu vergleichen. Er wurde erstellt, um Politik, Projekte und Entscheidungsprozesse mit Informationen zu versorgen und enthält Daten zu einer Reihe von Gesundheitsberufen, wie Pflegefachpersonen und Hebammen. Die in Abb. 6 dargestellten Daten sind diesem Atlas entnommen.

Die Verfügbarkeit von Daten über Ausmaß und Art des Personalproblems im Gesundheitswesen wird im WHO-Bericht 2006 allerdings als bestenfalls lückenhaft beschrieben (WHO, 2006, S.126). Viele Länder stellt die Basisdatenerhebung in Bezug auf Zahl, Arbeitsstatus und lokale Verteilung von Gesundheitspersonal vor große Herausforderungen. Dieses Problem ist nicht allein auf die weniger gut ausgestatteten Länder beschränkt: unvollständige Datensätze, fehlende Koordination zwischen einzelnen Organisationen und formalen Zuständigkeiten, Diskonnektivität von Datensätzen (z.B. Beschäftigungshistorie versus dem professionellen Erfassungssystem versus Unterlagen zu Emigration und Immigration) können dazu führen, dass die grundlegenden Informationen über die Verteilung von Pflegefachpersonen und anderem Gesundheitspersonal nur mit Mühe identifiziert werden können.

Pflegefachpersonen bei Obdachlosen: Eine Lektion in der realen Welt

An einem kalten Oktobermorgen gehen die Pflegeschülerinnen Kate und Jennifer den Spokane River entlang. Martha von Outreach, die sie begleitet, ruft nach Gypsy, der unter einem mit Klebeband an einer Plane befestigten Duschvorhang in einem Dornengestrüpp liegt. Er kämpft mit einem Emphysem und war in letzter Zeit kurzatmig. Gypsy, der den Pflegekräften gestattet, ihn zu untersuchen, schält sich aus seinem Mantel und beginnt, sein Flanellhemd aufzuknöpfen. Dabei kommen Narben auf seiner Brust zum Vorschein. „Vielleicht messt ihr lieber meinen Puls. Ich hatte einen dreifachen Herz-Bypass oben in Montana“, berichtet er. Kate ist der Meinung, dass er hypertensiv sei, 160 zu 100 und sagt ihm, er müsse am nächsten Tag in die Klinik kommen, um Blutdruckmedikamente zu erhalten. Sie geben ihm Saft und Powerriegel, wobei sie feststellen, dass ein halber Karton mit Eiern das einzig Essbare in der Umgebung zu sein scheint. Sie versprechen, nächste Woche wiederzukommen um nach ihm zu sehen und ihm die Decken zu bringen, die er braucht.

Jeder Student der Washington State University, der einen Pflegestudiengang besucht, ist verpflichtet, ein Semester in der kommunalen Gesundheitsversorgung zu absolvieren. Für einige in Spokane bedeutet das, ein Semester mit den bedürftigen Bewohnern des Zentrums zu arbeiten, mit Menschen, die arm, obdachlos, psychisch krank, drogen- und alkoholabhängig und misshandelt sind. Das Programm hat erfolgreich dazu beigetragen, die Sensibilität für das Verhältnis von Gesundheit und Armut zu wecken. Jennifer räumt ein, dass dieser Teil ihrer Ausbildung sie wirklich geschockt hat: „Ich wusste nicht, dass es so viele Obdachlose in Spokane gibt und hatte keine Ahnung, wo sie waren. Man konnte in ihrer Gegend unterwegs sein, ohne irgendetwas zu ahnen. Jetzt kenne ich die Leute. Statt „Oh, da drüben ist ein Obdachloser“ sage ich jetzt „Hey, da ist Gary.“ Sie haben jetzt einen Namen.“

KAPITEL 4

Hindernisse bei Zugang und Gleichberechtigung

Gesundheitsausgaben

Die Ausgaben für Gesundheit sind, wie die Darstellung der WHO der Gesundheitsausgaben pro Kopf (Abb. 5.) zeigt, weltweit sehr unterschiedlich. Das wirkt sich direkt auf die Erbringung von Leistungen des gesamten Gesundheitsversorgungsspektrums aus, aber auch auf die Fähigkeit von Ländern, Gesundheitspersonal auszubilden, zu rekrutieren und zu halten. Der Staat ist Hauptarbeitgeber von qualifiziertem Pflegefachpersonal in Staaten mit mittlerem und niedrigem Einkommen und sein Ausgabenniveau bestimmt über die Personalausstattung (ICN & WHO, 2009).

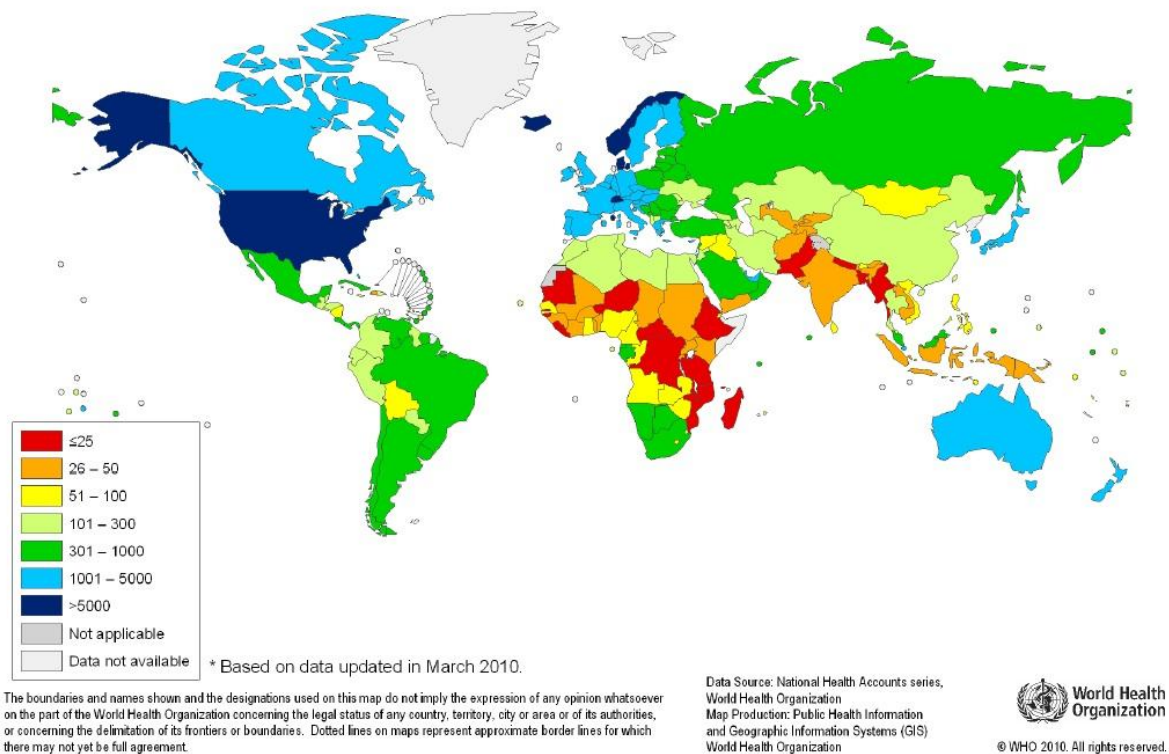
Die Art, wie vorhandene Mittel verteilt werden, ist maßgeblich dafür verantwortlich, wie sie aufgesucht und genutzt werden. Gebühren für Gesundheitsdienste, zu denen auch die damit verbundenen Nebenkosten wie Fahrtkosten oder Gehaltsausfall gehören, „haben ebenfalls Einfluss darauf, ob ein Patient in der Lage ist, seine Behandlung abzuschließen“ (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Die Analyse öffentlicher Ausgaben einschließlich der Ausgaben für das Gesundheitswesen unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit kann zu erhellenden Einsichten darüber führen, auf welche Weise Förder- und Finanzierungsmethoden dazu beitragen, Benachteiligungen noch zu vertiefen bzw. zu verstärken. Die Analyse der öffentlichen Ausgaben 1990 in Indonesien hat beispielsweise gezeigt, dass auf die 20% der ärmsten Haushalte nur 2% der Ausgaben im Gesundheitswesen entfielen, während die 20% der reichsten Haushalte von 30% dieser Ausgaben profitierten (Birdsall & Hecht, 1995, S.4). Birdsall und Hecht halten ebenfalls fest, dass die Tatsache, dass dort, wo die arme Landbevölkerung häufig nur einen eingeschränkten Zugang zu den allereinfachsten Gesundheitsdiensten hat, (z.B. Pakistan, Kenia, Peru) „ein großer Teil der öffentlichen Mittel in die städtischen Krankenhäuser fließt, das Problem der Ungleichheit nahe legt.“ (Birdsall & Hecht, 1995, S.7).

In einer Durchsicht der Studien, die sich mit dem Zugang zu Gesundheitsdiensten von Immigranten in den USA befassten, wurden nur vier Forschungsarbeiten gefunden, die sich mit der Untersuchung von Ausgaben im Gesundheitswesen beschäftigt hatten. Allerdings wurden dort erhebliche und schockierende Ergebnisse in Bezug auf Ungleichheiten gefunden: „Landesweit lagen die für eingewanderte Erwachsene aufgewendeten Kosten im Gesundheitswesen um 55%, und die für eingewanderte Kinder um 74% unter den entsprechenden, für die in den USA geborenen Kinder und Erwachsenen aufgewendeten Mitteln, selbst wenn die Zahlen um Faktoren wie Alter, Einkommen, Versicherungsstatus und Gesundheitsstatus bereinigt wurden“ (Derose u.a., 2009, S. 368).

Abb. 5: Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf, 2006 (in US-Dollar)⁴ (WHO, 2006)

**Total expenditure on health per capita, 2007
(in US\$)**

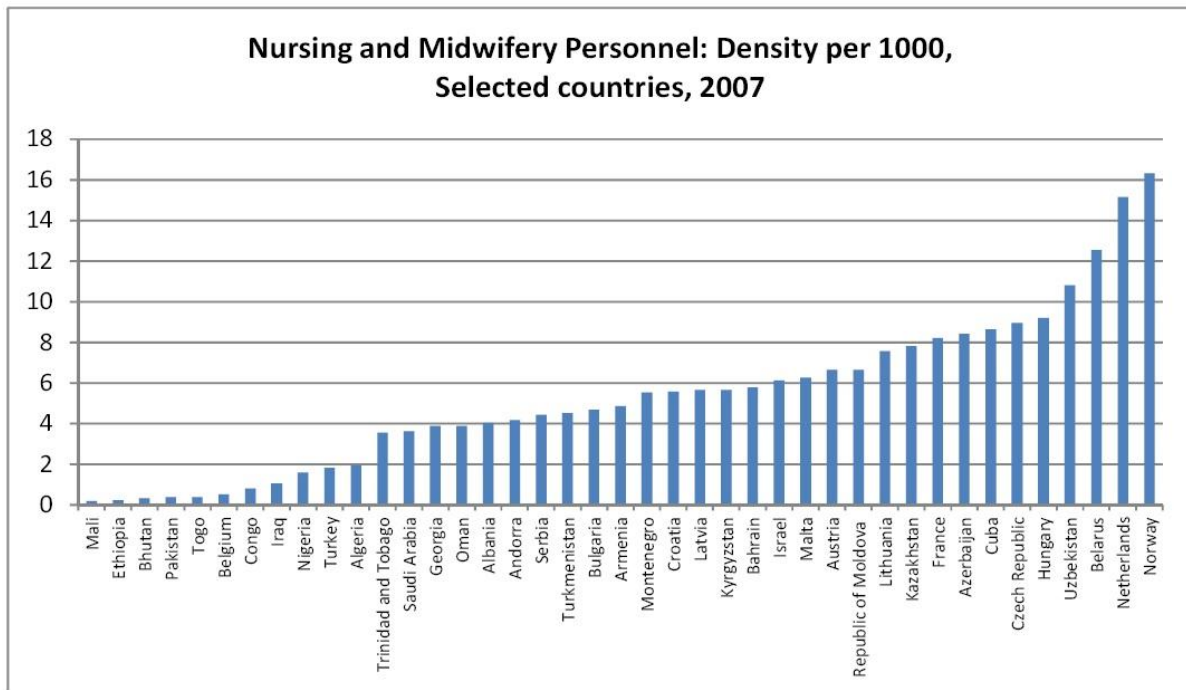


Humankapital

Das Gesundheitspersonal ist weltweit ungleich verteilt. Die Dichte der Beschäftigten im Gesundheitswesen variiert innerhalb von Regionen und zwischen den einzelnen Regionen um bis zu Faktor 10. Darüber hinaus gibt es große Unterschiede in Bezug auf den Skill Mix der Gesundheitsversorger. 2007 kamen in Mali nur 0,2 Pflegefachpersonen und Hebammen auf 1000 Einwohner im Gegensatz zu Norwegen mit 16,33. Das Verhältnis von Pflegefachpersonen zu Ärzten reicht von 8:1 in Afrika bis zu 1,5:1 im Westpazifischen Raum (ICN & WHO, 2009).

⁴ Auf der Grundlage von Daten, die im März 2010 aktualisiert wurden

Abb. 6: Zahl der Pflegefachpersonen und Hebammen/Geburtshelfer auf 1000 Einwohner (ausgewählte Länder), 2007



Source: Data drawn from "Global Atlas of the Health Workforce" (WHO, 2010b)

In vielen Teilen der Welt ist der Mangel an Pflegefachpersonen und anderem Gesundheitspersonal nach wie vor ein großes Hindernis für einen geeigneten Zugang zu Gesundheitsversorgung. Eine Studie, die den Zugang zu Tests, Beratung und antiretroviraler Therapie in Malawi untersuchte, fand beispielsweise heraus, dass der Mangel an Gesundheitspersonal „die gleichberechtigte und nachhaltige antiretrovirale Therapiearbeit in Malawi vor ernste Herausforderungen“ stellt und nannte eine Quote für unbesetzte Stellen, die in allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sektorenübergreifend bei ungefähr 50% lag (Makwiza u.a., 2009, S.8).

Dort, wo Gesundheitspersonal vorhanden ist, ist dessen Verteilung ein wichtiges Thema. In vielen ländlichen Gebieten der entwickelten und sich entwickelnden Länder herrscht ein Personalnotstand im Gesundheitswesen, der sich auch auf Pflegefachpersonen erstreckt. Ghana ist beispielsweise von „schweren Verteilungsunterschieden im Zusammenhang mit geographischen Faktoren, aber auch zwischen tertiären und primären Gesundheitseinrichtungen“ gekennzeichnet (Dovlo, 1998). Die Durchsicht englischer Sprachzeitschriften hat in ähnlicher Weise gezeigt, dass der Mangel an ausgebildetem Personal in ländlichen Gebieten den Zugang zu palliativen Betreuungsangeboten bei HIV/AIDS erschwerte (Harding u.a., 2005, S. 252). Darüber hinaus können sich begrenzte Möglichkeiten für die Ausbildung und Weiterqualifizierung von Personal in ländlichen Regionen ebenfalls auf die Versorgungsqualität auswirken. Das kann dazu führen, dass Veränderungen abgelehnt werden, die zu einer Verschiebung der öffentlichen Förderung hin zu mehr Grundversorgung führen würden, denn das würde bedeuten, dass Personal aus städtischen Regionen abgezogen und in ländliche Gebiete versetzt werden müsste, in denen Lebens- und Arbeitsbedingungen oft schwieriger sind und der Zugang zu Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung beschränkt ist (Birdsall % Hecht, 1995).

Die WHO hat kürzlich Empfehlungen für eine globale Strategie zu *Erhöhung des Zugangs zu Gesundheitspersonal in entlegenen und ländlichen Gebieten durch eine bessere Bindung* (WHO, 2010c) herausgegeben. Darin ist eine Reihe von Empfehlungen dargestellt, die sich auf Bereiche wie Bildung, Regulation, finanzielle Anreize und persönliche und professionelle Unterstützung beziehen. Das Dokument betont außerdem, dass „ein Festhalten am Grund-

satz der Versorgungsgleichheit es ermöglicht, die Verteilung der verfügbaren Ressourcen so zu gestalten, dass sie zu einer Verringerung der Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit beitragen (WHO, 2010c, S.3).

Erhöhung des Zugangs mittels Verschreibung durch Pflegefachpersonen

In Schweden haben Pflegefachpersonen mit einer Zusatzausbildung Verschreibungskompetenzen. Die schwedische Behörde für medizinische Produkte (Swedish Medical Products Agency) hat eine Liste der Produkte erstellt, die von Pflegefachpersonen verschrieben werden dürfen. Diese Liste enthält über 230 Medikamente, die bei 60 Formen der Erkrankung von einer Pflegefachperson mit der entsprechenden Qualifikation verschrieben werden dürfen. Eine Evaluation dieses Verschreibungssystems durch eine Pflegefachperson hat positive Ergebnisse in Bezug auf die Verbesserung des Zugangs für ältere und beeinträchtigte Patienten gezeigt.

KAPITEL 5

Verbesserung von Zugang und Gleichberechtigung

Der Umgang mit sozialen Determinanten von Gesundheit

2005 wurde mit der Gründung der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit eine wesentliche Verbindung zwischen Gesundheit und dem Lebensumfeld durch die WHO anerkannt. Die Kommission wurde „damit betraut, das Datenmaterial so einzusetzen, dass es zur Förderung der Gesundheitsgerechtigkeit beitragen würde, und eine globale Kampagne für ihre erfolgreiche Umsetzung zu initiieren.“ (CSDH, 2008).

Wie von Reutter und Duncan festgestellt, haben Pflegefachpersonen eine lange Erfolgsbilanz bei der Anerkennung einer Verbindung zwischen Gesundheit und der Umgebung, in der Menschen leben und arbeiten, aufzuweisen und können bereits auf eine lange Zeit zurückblicken, in der sie sich mit Interessenvertretung, Aktivitäten und strategischen Entwicklungen dafür einsetzten, die Schlüsselfaktoren der Gesundheit wie Wohnverhältnisse, Kindeswohl, und Rechte der Frauen zu verbessern. Bereits 1891 hatte Florence Nightingale von der „Verknüpfung von Gesundheit und den Lebensumständen der Bevölkerung“ als „einer der wichtigsten existierenden Verbindungen“ gesprochen (Reutter & Duncan, 2002, S.294).

Die Kommission erörtert, dass der traditionelle Blick auf das Gesundheitswesen zwar mit der Sorge um Krankheit verbunden war, die Tatsache jedoch, dass Morbidität und Mortalität direkt aus den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen heraus beeinflusst werden bedeutet, dass „bei Maßnahmen, die auf soziale Determinanten von Gesundheit gerichtet sind, Staat, Zivilgesellschaft und lokale Gemeinschaften, Wirtschaft, globale Foren und internationale Behörden mit einbezogen werden müssen“ (CSDH, 2008, S.1).

Die Kommission erörtert, dass der traditionelle Blick auf das Gesundheitswesen zwar mit der Sorge um Krankheit verbunden war, die Tatsache jedoch, dass Morbidität und Mortalität direkt aus den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen heraus beeinflusst werden bedeutet, dass „bei Maßnahmen, die auf soziale Determinanten von Gesundheit gerichtet sind, Staat, Zivilgesellschaft und lokale Gemeinschaften, Wirtschaft, globale Foren und internationale Behörden mit einbezogen werden müssen“ (CSDH, 2008, S.1).

Daher zielen die allumfassenden Empfehlungen der Kommission darauf ab,

- die alltäglichen Lebensbedingungen zu verbessern;
- die ungerechte Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen in Angriff zu nehmen; und

„Menschen, die in Armut leben und sozial ausgegrenzt sind, haben ein höheres Risiko, keinen Zugang zu genauen Informationen und qualitativ guter Gesundheitsversorgung bzw. zu anderen grundlegenden politischen und sozialen Ressourcen der Macht zu bekommen. Krankheit und eine schlechte soziale Absicherung können das Armutsrisiko und das Risiko der sozialen Ausgrenzung noch vergrößern. Ethnische Minderheiten und Migranten, Arbeitslose oder in prekären Verhältnissen Beschäftigte, Arme, Frauen, Kinder, Kranke und Alte sind besonders gefährdet, in diese Armutsfalle und den Teufelskreis der Machtlosigkeit zu geraten.“

Ministerium für Gesundheit und Soziales Spanien (2010, S.41)

- das Problem zu messen und zu verstehen sowie die Auswirkungen der Maßnahmen zu bewerten.

Der umfassende Abschlussbericht der Kommission, *Die Gesundheitslücke innerhalb einer Generation schließen: Gesundheitsgerechtigkeit durch Maßnahmen in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit* (2008)⁵ legt Schlüsselbereiche fest, in denen ein Eingreifen für notwendig erachtet wird und stellt eine Auswertung von sozialen Determinanten der Gesundheit bzw. konkrete Beispiele für die Art von Maßnahmen, die sich bei der Verbesserung von Gesundheit und der Herstellung von mehr Gesundheitsgerechtigkeit in den einzelnen Ländern in allen Stadien der sozioökonomischen Entwicklung bisher bewährt haben, zur Verfügung.

PAHO und WHO haben einen Kurs zum Selbststudium zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und die Formulierung von Strategien entwickelt. Während sich das Modul in erster Linie an die Mitarbeiter von WHO/PAHO richtet, ist es auch eine nützliche Ressource für Pflegefachpersonen und anderes Gesundheitspersonal, dessen Aufgabe es ist, Konzepte und Strategien zu entwickeln, aber auch für alle anderen, die ihr Wissen erweitern und ihre Fähigkeiten entwickeln wollen, um „das Konzept der sozialen Determinierung von Gesundheit auf staatliche Strategien und andere Strategien mit Hilfe eines personellen und institutionellen Aufbaus von Kapazitäten umzusetzen“. (PAHO/ WHO, 2009)

Die folgenden allgemeinen Ziele sind im Einführungsmodul genannt:

- Auffassung von Gesundheitsgerechtigkeit als Wert, der einer Theorie von sozialer Gerechtigkeit verbundenen ist und eine wichtige Grundlage für das Recht auf Gesundheit konstituiert.
- Anerkennung des Potentials, das in der Identifizierung von Benachteiligungen als strategischem Element für die Gestaltung von gerechteren gesellschaftspolitischen Strategien steckt.
- Anerkennung von interdisziplinären politischen Strategien und konzertierten Aktionsmaßnahmen aus der Perspektive der sozialen Determinierung von Gesundheit.
- Genaue Analyse der Empfehlungen aus den von der Kommission für Soziale Determinanten von Gesundheit und ihren neun Wissensnetzwerken vorgelegten Berichten, sowie deren Diskussion und gesetzliche Verankerung unter Berücksichtigung der für jedes Land geltenden Bedingungen und Prioritäten zu fördern.

Weitere Informationen unter <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/>.

Die Rolle der Gesundheitssysteme

Während es nicht allein die Aufgabe der Gesundheitsdienste ist, sich mit den Benachteiligungen im Zusammenhang mit Gesundheit zu befassen, können Gesundheitsdienste auf diese Benachteiligungen einwirken. Die WHO hat festgelegt, dass ein System „zur Stärkung der Gesundheitsgerechtigkeit“ „a) den Abbau von Gesundheitsbenachteiligungen durch die Erbringung von Diensten zur Förderung von Gleichberechtigung unterstützt; und b) zu breit angelegten Aktionen in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit anregt“ (WHO Regional Office for Europe, 2010, S.V).

Die WHO Kommission für Soziale Determinanten von Gesundheit hat die folgenden Schlüsseigenschaften eines Gesundheitssystems, das sich für Gesundheitsgerechtigkeit einsetzt, in ihrem Bericht *Bekämpfung der Ungleichheit durch das Gesundheitswesen* (2007) identifiziert:

⁵ Im Text nicht zu erkennen [Anm. der Übers.]

- „Führungsqualitäten, Prozesse und Mechanismen, die sich dazu eignen, ressortübergreifende Maßnahmen verschiedener Regierungsressorts wirksam für die Förderung der Gesundheit einer Bevölkerung einzusetzen;
- Organisatorische Arrangements und Praktiken, die Bevölkerung, Gruppen und zivilgesellschaftliche Organisationen, insbesondere diejenigen, die mit sozial Benachteiligten und gesellschaftlichen Randgruppen arbeiten, an Entscheidungen und Maßnahmen zur Identifikation von, zum Umgang mit und zur Zuweisung von Ressourcen für Gesundheitsbedürfnisse, beteiligen;
- Vereinbarungen über Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen, die auf eine allgemeine Absicherung abzielen und besonders sozial Benachteiligten und sozialen Randgruppen zu Gute kommt (speziell eine Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung; besserer Schutz vor den armutsverursachenden Kosten von Krankheiten; und die Umverteilung von Ressourcen zu Gunsten von ärmeren Gruppen mit größeren Gesundheitsbedürfnissen); und
- Die Wiederbelebung des ganzheitlichen Konzepts der primären Gesundheitsversorgung als einer geeigneten Strategie zur Stärkung und Integration aller oben genannten Elemente, die zu einer Förderung der Gesundheitsgerechtigkeit beitragen.“

(Gilson u.a., 2007, S.V)

Pädiatrische Pflegespezialisten verbessern den Zugang in New York State

In den USA, in New York State, sind pädiatrische Pflegespezialisten für die primäre Gesundheitsversorgung zuständig. Sie fördern und sorgen für den Erhalt der Gesundheit durch regelmäßige körperliche Untersuchungen, sorgen für ein Monitoring von Wachstum und Entwicklung, kümmern sich um Impfungen und versorgen Kinderkrankheiten wie Infektionen der oberen Atemwege und Ohren und Durchfallerkrankungen. Diese Pflegespezialistinnen begleiten die ambulanten und stationären Krankenhauskontakte ihrer Patienten und kümmern sich um die Versorgung von Kindern und Eltern im Krankenhaus. Die Leistungen der pädiatrischen Pflegespezialistinnen haben Zugang, Qualität und Kostenrentabilität in der Pflege verbessert.

Der Bericht betont den Umstand, dass ein System mit diesen Merkmalen und dem Potential, Ungleichheiten anzugehen, „sowohl technisch-analytische Möglichkeiten als auch politisches Engagement voraussetzt“ (Gilson u.a., 2007, S. XVII).

Entwicklung von Gesundheitsdiensten und Versorgung

Auf der Ebene der lokalen Gesundheitsversorgung kann der Zugang verbessert werden. Wo dies möglich ist, sollten die Gesamtkapazitäten auf die gesundheitliche Versorgung ausgedehnt werden, indem maximal mögliche Ergebnisse mit den vorhandenen Ressourcen erreicht, Ressourcen in unterversorgte Gebiete umverteilt und spezielle Versorgungsaspekte, wie z.B. die Versorgungskontinuität verbessert werden (Chapman, u.a., 2004) . Wo der Bedarf die Versorgungsmöglichkeiten übersteigt, ist der Einsatz von Wartelisten und anderen Rationierungsmechanismen denkbar. Wenn es zu diesen Maßnahmen kommt, ist es wichtig, dass die der Zuteilung von Ressourcen zugrunde liegenden Kriterien sowohl transparent sind, als auch der Kontrolle und Diskussion durch die Öffentlichkeit unterliegen (Dey & Frazer, 2000). Damit könnte sichergestellt werden, dass Rationierungsmechanismen weder diskriminierend noch unfair sind. Nach der Durchsicht innovativer Konzepte für die Verbesserung des Zugangs zu primärer Gesundheitsversorgung konnten Chapman u.a. einige wichtige Bausteine bei den Anstrengungen für die Verbesserung von Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten herausarbeiten:

„...der Zugang zu einer Primärversorgung kann durch eine Diversifizierung der Art der Versorgung, durch die Stärkung der Funktionen der Pflegefachpersonen und

durch eine erhöhte Flexibilisierung bei der Erbringung der Leistungen, verbessert werden. Der Schlüssel für den Abbau von Zugangsbenachteiligungen könnte bei einer Zuteilung von begrenzt vorhandenen Ressourcen eine Liste mit Schwerpunkten für zielgerichtete Leistungen sein, die auf die Schließung von vorher festgestellten Versorgungslücken und/oder Gemeinschaften ausgerichtet sind“ (Chapman u.a., 2004, S.380).

Bhattacharyya hat in einer Studie Innovationen in der Arbeit von Gesundheitsdiensten beobachtet, die über das Potential verfügten, eine Verbesserung in der Versorgung von Armen zu bewirken. In der Studie wird der Schluss gezogen, dass zu den beispielhaften Praktiken in der Gesundheitsversorgung „auf Patientenerfahrungen beruhende Strategien, d.h. auf die Bedürfnisse von Armen zugeschnittene Systeme und Leistungen“, Quersubventionierung, Rentabilitätskonzepte (z.B. Spezialisierung) und breit angelegte Ansätze, die zu einer Senkung der Kosten pro Einheit führen sowie operationale Ansätze zur Erhöhung der Verfügbarkeit von Leistungen, wie aufsuchende Aktivitäten und Telemedizin, gehören (Bhattacharyya u.a., 2010, S.8). Andere Beispiele für eine Verbesserung des Zugangs für marginalisierte Gruppen sind die Entwicklung von mobilen Gesundheitsdiensten in Wohnwagen, die Basisvorsorgeuntersuchungen in Einkaufszentren bzw. an anderen öffentlichen Plätzen anbieten, aufsuchende Gesundheitsdienstleistungen, die auf bestimmte schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen spezifisch zugeschnitten sind und die Einführung von Mechanismen zur Verringerung von Wartezeiten.

In der Studie werden zehn beispielhafte Fallstudien genannt, darunter die indische Organisation Bhagwan Mahaveer Viklan Sahayata Samiti (BMVSS), die auf die Bedürfnisse von Amputierten in den Entwicklungsländern zugeschnittene Prothesen für die unteren Extremitäten entwickelt hat. Neben der Entwicklung einer innovativen Prothese hat die BMVSS eine Reihe von Maßnahmen umgesetzt, um Gesundheitsdienste attraktiver und leichter zugänglich für Arme zu machen:

- Patienten haben die Möglichkeit, die Dienste zu jeder Tag- und Nachtzeit aufzusuchen;
- Die Versorgung von Patienten mit kostenloser Unterbringung und Verpflegung, wenn sie über Nacht bleiben müssen und Versorgung von Angehörigen mit kostenlosen Mahlzeiten im Krankenhaus;
- Darauf zu achten, dass die Anpassung der Prothese in einer Sitzung abgeschlossen werden kann, um die Zahl von Terminen und damit die Fehlzeiten am Arbeitsplatz so gering wie möglich zu halten (Bhattacharyya u.a., 2010, S.4-5).

Weitere Beispiele für innovative Konzepte in der Versorgung sind auf dem Portal The European Portal for Action on Health Equity (Europäisches Portal für die gesundheitliche Chancengleichheit) zu finden, einer Internetressource, die von dem EU Konsortium zu den sozio-

Pflegefachpersonen leisten preisgekrönte Arbeit im Bereich der aufsuchenden Versorgung

1988 wurde im BC Centre for Disease Control (Zentrum zur Verhütung von Krankheiten in British Columbia, BCCDC) in Kanada das Programm für die aufsuchende Straßenarbeit von Pflegefachpersonal (Outreach Street Nurse Program) aufgelegt, das Menschen mit dem höchsten HIV-Infektionsrisiko erreichen soll. Das Programm bietet Menschen, die keinen Zugang zu den allgemeinen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung haben, Präventionsangebote mit einem Schwerpunkt auf HIV und sexuell übertragbaren Infektionen. Zu den Angeboten gehören klinische Pflege, Bildung und Schulungen, Projektentwicklung und -umsetzung und Forschung.

Die Pflegefachpersonen haben sich der „Aufgabe verschrieben, die Bevölkerungsgruppen zu erreichen, deren Zugang zu den Gesundheitsdiensten üblicherweise durch Hindernisse erschwert ist und die in den komplexen Bereichen Gesundheit und Soziales stigmatisiert und diskriminiert werden;“ sie sind dabei „Werten wie Respekt, Gesundheitsgerechtigkeit und soziale Gerechtigkeit verpflichtet.“

Im Rahmen des Programms wurde ein preisgekrönter Dokumentarfilm, der auch als Unterrichtsmaterial eingesetzt wird, koproduziert: Bevel Up: Drugs, Users & Outreach Nursing (Kopf Hoch: Drogen, Konsumenten & Aufsuchende Gesundheitsarbeit), der national und international in der Gesundheitserziehung, Politik und Arbeitspraxis häufig eingesetzt wird.

Das Programm hat 2010 den Menschenrechtspreis des International Centre of Nursing Ethics (Internationales Zentrum für Ethik in der Pflege) erhalten.

(BC Centre for Disease Control, 2010)

ökonomischen Determinanten von Gesundheit eingerichtet wurde. Es enthält ein Verzeichnis von Good-Practice-Beispielen mit vielen einzelnen Angaben zu einer Reihe Projekten, die sich dank ihrer innovativen Ansätze und zielgerichteten Vorgehensweise bei der Gesundheitsversorgung und in der Entwicklung als erfolgreich im Kampf gegen Benachteiligungen erwiesen haben.

Förderung und Finanzierungsmechanismen aus der Perspektive der Gleichberechtigung

Die Entwicklung von Förder- und Finanzierungsmechanismen zur Bekämpfung von Benachteiligung im Bereich der Gesundheit und zur Unterstützung des Zugangs zu Armen oder anders Benachteiligten kann einen wichtigen Platz in der Bekämpfung von Benachteiligungen und der Gesundheitsförderung einnehmen. Zu den identifizierten Strategien gehören:

- „Senkung von Ausgaben, die aus der eigenen Tasche finanziert werden müssen, durch die Beseitigung von Gebühren im öffentlichen Sektor und die Entwicklung von innovativen Konzepten für die Begrenzung anderer Gesundheitsausgaben (wie Arzneimittel- und Transportkosten)“.
- „Ausdehnung des Zugangs zu umfangreichen Gesundheitsdiensten auf geographischer Ebene durch Investitionen in die öffentlichen Primär- und Sekundärdienste in den gegenwärtig unterversorgten Gebieten und eine Stärkung der Überweisungskette.“
- „Umverteilung von staatlichen Mitteln zwischen einzelnen Regionen unter Berücksichtigung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und der gesamten verfügbaren Finanzierungsquellen.“
- „Angemessene finanzielle Ausstattung der primären Gesundheitsversorgung und der Versorgung auf lokaler Ebene im Rahmen einer allgemeinen Krankenversicherung.“

(Gilson u.a., 2007, S. XII-XVI)

Die Autoren merken darüber hinaus an, dass es auch sinnvoll sein könnte, andere Strategien wie eine „gemeinschaftsbezogene Krankenversicherung (bzw. Versicherungsmodelle, die auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe zugeschnitten sind) als Mechanismen zum Schutz armer Bevölkerungsgruppen vor verheerenden Beitragssätzen zu „erproben“. Es ist sinnvoll, dabei die vorhandenen nationalen und internationalen Erfahrungen zu nutzen, um die vielen Tücken solcher Systeme zu vermeiden und den Versicherungsschutz vor allem auf die am meisten Benachteiligten auszudehnen“ (Gilsin u.a., 2007, S.XII).

Verbesserung des Zugangs in den Townships von Südafrika

In Südafrika arbeiten Pflegende als Manager einer Sprechstunde und als Pflegefachpersonen mit ärztlichen Kompetenzen in den Polikliniken der Townships, die täglich von zwei bis dreihundert Patienten aufgesucht werden. Sie beaufsichtigen das Personal vom pflegerischen Nachwuchs über Personal zur Gesundheitsförderung bis hin zu ehrenamtlichen Kräften. Die Pflegefachpersonen nehmen die Krankengeschichte auf, führen medizinische Untersuchungen durch und geben, wenn kein Arzt da ist, selbst eine umfassende medizinische Betreuung einschließlich der Verschreibung von Medikamenten. An festgelegten Tagen fahren die Pflegefachpersonen mit einem speziell ausgestatteten Fahrzeug bestimmte Orte an, um Gesundheitsdienste zu den Menschen zu bringen und den Zugang der Bevölkerung auf diese Weise zu erhöhen.

Datennutzung zur Kontrolle von Zugang und Gleichberechtigung

Regelmäßige Kontrolle und Überwachung

Die WHO Kommission für Soziale Determinanten von Gesundheit hat die Einrichtung von „routinemäßig vorhandenen Systemen für Gesundheitsgerechtigkeit und soziale Determinanten von Gesundheit auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene“ als Kernbereiche für notwendige Maßnahmen identifiziert (CSDH, 2008, S.206). Die Kommission empfiehlt insbesondere, dass:

- „Der Staat die amtliche Eintragung von Kindern bei der Geburt gewährleistet, ohne damit die Familien finanziell zu belasten. Das sollte Teil eines Aktionsplans zur Verbesserung der standesamtlichen Registrierung von Geburten und Todesfällen sein.“
- „Der Staat auf nationaler Ebene ein System zur Überwachung der Gesundheitsgerechtigkeit einrichtet, das mit einer regelmäßige Datenerhebung in Bezug auf soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsbenachteiligungen verbunden ist.“
- „Unter der Führung der WHO ein System zur globalen Überwachung von Gesundheitsgerechtigkeit als Element einer breiten globalen Governance-Struktur geschaffen wird.“

(CSDH, 2008, S.206)

Die Einrichtung von Mechanismen zur regelmäßigen Beobachtung und Kontrolle von Gesundheit ist ein wichtiger erster Schritt zur Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung und über die Verteilung von Gesundheit und Zugang zu den Gesundheitsdiensten innerhalb einer Gemeinschaft. Die Kommission gibt als Idealfall an, dass „alle Länder wenigstens über Basisdaten zur Gesundheitsgerechtigkeit verfügen, die national repräsentativ und im entsprechenden Zeitabschnitt vergleichbar sind“ (CSDH, 2008, S.181).

Der umfassende Abschlussbericht der Kommission *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (2008) skizziert nicht nur die Minimalvoraussetzungen für ein Beobachtungssystem in Bezug auf Gleichberechtigung, sondern auch den umfassenden Rahmen für diese Beobachtung. Die Einzelheiten dazu sind im Anhang dargestellt. (nur im engl. Original)

Identität: Das Recht jedes Kindes

Zwischen 48 und 50 Millionen Kinder reihen sich jedes Jahr in die Gruppe derer ein, die ein Leben ohne offizielle Identität oder Staatsangehörigkeit verbringen. Einem unregistrierten Kind können Grundrechte wie der Zugang zu Bildung und Gesundheit, beispielsweise zu lebenswichtigen Impfungen, verweigert werden. Unregistrierte und nirgends verzeichnete Kinder sind durch Ausbeutung äußerst gefährdet.

Als Reaktion auf diese Situation haben der ICN und die Internationale Vereinigung der Hebammen sich 2007 zusammengeschlossen um, gemeinsam eine Handreichung für die Eintragung von Geburten zu veröffentlichen, mit dem das Bewusstsein von Pflegenden und Hebammen für die Wichtigkeit der Registrierung einer Geburt sensibilisiert werden soll, und um Pflege- und Geburtshilfegruppen und -verbände beim Umgang mit diesem Thema und bei der Durchsetzung dieser Anliegen in ihren Heimatländern zu unterstützen.

Exemplare sind erhältlich unter

www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/birth_registration_toolkit.pdf

(ICN & ICM 2007)

KAPITEL 6

Beitrag der Pflegefachpersonen zur Verbesserung von Zugang und Gleichberechtigung

Berufsausübung und Ethik

ICN betrachtet die Grundsätze der Menschenrechte und Gleichberechtigung als integrale Bestandteile pflegerischer Ethik. Das wird in der Präambel zu den ethischen Grundsätzen der Pflege, *The ICN Code of Ethics for Nurses* (2006), bestätigt. Dort heißt es:

„Die Achtung der Menschenrechte, d.h. der kulturellen Rechte, der Rechte auf Leben und Entscheidungsfreiheit, auf Würde und respektvolle Behandlung sind immanenter Bestandteil von Pflege. In der pflegerischen Versorgung werden Kategorien wie Alter, Hautfarbe, Glaube, Kultur, Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Nationalität, politische Einstellungen, Rasse oder sozialer Status respektiert und schränken die Pflege nicht ein“ (ICN, 2006, S.1).

Viele Elemente aus dem Ethikkodex beziehen sich direkt auf Aspekte wie Gleichberechtigung und Zugang:

- Eine Pflegefachperson trägt zu einer Umgebung bei, in der Menschenrechte, Werte, Gewohnheiten und spirituelle Überzeugungen der einzelnen Familie und Gemeinschaft respektiert werden (ICN, 2006, S.2).
- Eine Pflegefachperson trägt wie die Gesellschaft Verantwortung für die Initiierung und Unterstützung von Maßnahmen, die den sozialen und gesundheitlichen Bedürfnissen der Gesellschaft, insbesondere denen der schwächsten Bevölkerungsgruppen, entsprechen (ICN, 2006, S.2).
- Eine Pflegefachperson kann durch ihre Berufsorganisation an der Gestaltung und dem Erhalt von sicheren, gleichberechtigten sozialen und wirtschaftlichen Arbeitsbedingungen in der Pflege partizipieren.

Der Ethikkodex enthält außerdem Richtlinien dazu, wie er von den Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Kontexten umgesetzt werden kann. Einige Beispiele sind weiter unten dargestellt. Der ICN Ethikkodex ist erhältlich unter www.dbfk.de/download/download/10091DBfK-ICN-Ethik-E04kl-web.pdf.

Tabelle 1: Auszug aus dem Ethikkodex des ICN für Pflegende (ICN, 2006, S.5)

Elemente des Kodex #1: PFLEGENDE und ihre MITMENSCHEN		
Pflegende in Praxis und Management	Pflegende in Ausbildung und Forschung	Nationale Berufsverbände für Pflegende
Beachten bei ihrer Arbeit die Menschenrechte und respektieren die Werte, Bräuche und den Glauben ihrer Mitmenschen.	Weisen in den Unterrichtsprogrammen darauf hin, dass der Zugang zur Pflege auf den Grundsätzen der Menschenrechte, Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität basieren muss.	Entwickeln Stellungnahmen und Richtlinien, welche die Menschenrechte und Ethiknormen unterstützen.
Fördern und überwachen die Sicherheit am Arbeitsplatz.	Sensibilisieren die Lernenden für die Bedeutung des gesellschaftlichen Engagements hinsichtlich aktueller Probleme unserer Zeit.	Setzen sich für eine sichere und gesunde Umwelt ein.

Nancy Crigger hat in ihrem Artikel zur pflegerischen Ethik die Entwicklung einer pflegerischen Ethik im Rahmen der Globalisierung diskutiert. Sie hat fünf Elemente herausgearbeitet, die zu „einer geeigneten und gerechteren globalen Ethik beitragen“ können (Crigger, 2008, S.21):

- Inklusion und Balance: Integration der Perspektive gesellschaftlich Benachteiligter, aber auch Berücksichtigung von Perspektiven aus Wissenschaft, Religion, Anthropologie, usw.
- Gleichgewicht von Gesellschaft und dem Einzelnen: damit sowohl Gemeinwohl als auch der Nutzen für den Einzelnen berücksichtigt werden.
- Reflexivität bzw. die Fähigkeit, sowohl die eigene Arbeit kritisch und realistisch zu reflektieren, als auch Dinge von einem alternativen Standpunkt aus zu betrachten.

- Offenheit für neue Konzepte in Bezug auf die Menschenrechte mit einer besonderen Gewichtung der „Freiheiten“ anstelle der Rechte, was wiederum die Entwicklung neuer Möglichkeiten und Kapazitäten zulässt.
- eine Betrachtungsweise von Wirtschaft und Technologien, die nicht nur deren Vermögen, Benachteiligungen zu verfestigen, sondern diese auch zu verändern, anerkennt.

Diese ethischen Richtlinien unterstützen Pflegefachpersonen bei ihrem Einsatz für gerechte und faire Pflegeleistungen, insgesamt verbesserte Patientenerfolge und Pflegequalität und bei der Eliminierung von Stigmatisierung und Diskriminierung aus der Pflege.

Schulung und Kompetenzentwicklung

Effektive Schulungen und Kompetenzentwicklung und das Bekenntnis zur Bereitschaft, sich immer weiter zu bilden, sind ebenfalls notwendig, damit Pflegefachpersonen in der Lage sind, eine zugängliche Pflege zu leisten, die Gleichberechtigung fördert und niemanden diskriminiert.

Brown u.a. haben in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen Defizite festgestellt, wie beispielsweise negative Einstellungen oder fehlendes Wissen und mangelhaft ausgebildete Fähigkeiten im Umgang mit den besonderen Bedürfnissen dieser Klientengruppe. Sie haben auch festgestellt, dass bei vielen Pflegefachpersonen die Qualifikationen für eine qualitativ gute Pflege nicht ausreichen und zitieren dazu eine Studie über die Arbeit von so genannten „Practice Nurses“ (Pflegefachperson mit einer Zusatzausbildung in Großbritannien), aus der hervor geht, dass gerade einmal 8% der Befragten eine Schulung zu Aspekten von Lernbeeinträchtigungen erhalten hatten.

Es ist ebenfalls wichtig, dass Führungskräfte wie z.B. Pflegeleitungen, und Arbeitgeber dafür sorgen, dass ihre Angestellten die richtigen, den Bedürfnissen und Einstellungen der lokalen Gemeinschaft entsprechenden Informationen und Schulungen erhalten. Die aktive Suche nach Personal vor Ort, das der lokalen Minderheitengruppe angehört, und die Unterstützung dieses Personals am Arbeitsplatz ist ein weiterer wichtiger Schritt, um sowohl den Zugang für die Patienten zu vereinfachen, als auch sicher zu stellen, dass diese Patienten qualitativ genauso gut wie die Mehrheitsgesellschaft versorgt werden.

Kulturelle Kompetenz

Ein wichtiges Element für eine Steigerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch alle Mitglieder einer Gemeinschaft ist es, dafür zu sorgen, dass die Beschäftigten über kulturelle Kompetenz verfügen. Das trägt auch dazu bei, die Qualität der Dienste zu verbessern, weil es die Patientenerfahrung und die Kommunikation zwischen den Gesundheitsversorgern und den Versorgten verbessert.

Als wichtigste Techniken zur Verbesserung der kulturellen Kompetenz wurden von Brach und Frazer (2000) die folgenden genannt:

- Der Einsatz von Dolmetscherdiensten.
- Rekrutierung und Halten von Personal, das aus den Minderheitengruppen stammt.
- Schulungen zur Sensibilisierung für kulturelle Besonderheiten und zur Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten.
- Absprachen mit traditionellen „Heilern“.
- Einsatz von Sozialarbeitern mit medizinischen Kenntnissen (community health worker).
- Kulturell kompetente Gesundheitsförderung.
- Einbeziehung von Angehörigen und/oder Mitgliedern der Gemeinschaft.

- Das Eintauchen in eine andere Kultur.
- Ein Entgegenkommen auf administrativer und organisatorischer Ebene, d.h. Ort der Unterbringung von Gesundheitsdiensten, Veränderung der physischen Umgebung und Öffnungszeiten.

Kulturell sensibilisierte Pflegefachpersonen auf beiden Seiten der Grenze

An der US-mexikanischen Grenze, an der neun Millionen Menschen leben, werden alle Arten von unerwünschten Gesundheitsrekorden gebrochen. Dazu gehören die höchsten Raten bei Teenagerschwangerschaften, Adipositas, Diabetes und durch nicht angelegte Sicherheitsgurte verursachten Verletzungen bei Verkehrsunfällen.

Ungefähr 3,4 Millionen Menschen liegen 200 Prozent unter der Armutsgrenze. Mehr als ein Drittel ist in unterdurchschnittlichen Lebensbedingungen gefangen und auf besondere Unterstützung angewiesen. Die große Mehrheit kann sich keine Krankenversicherung leisten, nimmt daher keine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und kann sich kaum vorstellen, weshalb es notwendig sein sollte, sich um Blutdruck bzw. Cholesterinwerte zu kümmern, solange sie sich nicht krank fühlen. Die Situation wird dadurch noch weiter erschwert, dass die wirtschaftliche Ungleichheit zwischen Mexiko und den USA jeden Tag mehr als 800.000 Menschen zwingt, die ca. 3.500 km lange Grenze zu überqueren.

Rudy ist einer der Pflegefachpersonen mit kultureller und sprachlicher Kompetenz, der entscheidend dazu beiträgt, die starken Gesundheitsbenachteiligungen der mexikanisch-US-amerikanischen Grenzbevölkerung zu reduzieren. Als Pflegespezialist für Familienarbeit mit einem Gesundheitszentrum an der mexikanischen Grenze von Arizona, ist er gleichzeitig Präsident des lokalen Verbandes der Hispanischen Pflegevereinigungen. „Als Pflegefachpersonen“, erklärt er, „haben wir die gesundheitlichen Probleme jeden Tag vor Augen: Hitzeerschöpfung, Unterkühlung und Vergiftungen. Wenn sie die Wüste durchqueren werden sie so durstig, dass sie einfach alles trinken, auch Kühlmittel. Wenn sie es dann bis zur Rettungsstation schaffen, bekommen sie eine Dialyse.“

„Die schlimmste Krankheit an der Grenze ist die Armut“, betont Rudy, „Sie führt zu Arbeitslosigkeit, Teenagerschwangerschaften, mangelhaften Wohnsituationen, häuslicher Gewalt, Diabetes, Krebs und anderem.“

Entwicklung von neuen Funktionen und Flexibilität

Die Entwicklung neuer Funktionen für Pflegefachpersonen ist als wichtige Strategie für die Verbesserung von Zugang zu vielen Versorgungsdiensten bereits untersucht worden.

Die Funktionserweiterung und die Ausdehnung des Einsatzgebietes von spezialisierten medizinischen Pflegefachpersonen und Pflegespezialisten haben gezeigt, dass sich dadurch die Pflegequalität erhöht hat und Verwaltungskosten gesunken sind. Chapman u.a. hat eine Studie zu den für eine Verbesserung des Zugangs zur Grundversorgung eingesetzten Strategien in Großbritannien durchgeführt und herausgefunden, dass die von Pflegefachpersonal geleiteten Grundversorgungseinrichtungen in Gegenden etabliert werden, wo es gilt, „den aufgrund der Schwierigkeiten in Bezug auf das Rekrutieren und Halten von Ärzten schlechten Versorgungszugang zu bekämpfen“. Sie haben ebenfalls festgestellt, dass Vorauswahl und Telefonberatungen unter der Leitung einer Pflegefachperson Zeit sparen und den Zugang verbessern könnten, ohne dass dies zu einer qualitativen Verschlechterung der Versorgung führen würde (obwohl sie darauf hinweisen, dass ein Zugang per Telefon den Zugang von Menschen mit schlechten Englischkenntnissen, Hör- oder Sprachproblemen bzw. ohne Zugang zu Telefon einschränken kann) (Chapman u.a., 2004).

Die Einführung von neuen, geeigneten Kadern hat in einigen Gegenden ebenfalls dazu beigetragen, die Kosten zu senken, ohne sich dabei negativ auf die Patientenzufriedenheit auszuwirken (ICN, 2010) und ist in Gebieten mit großem Personalnotstand erfolgreich umgesetzt worden.

Forschung

Aus Datenmaterial geht hervor, dass in der Forschung und in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung Unterschiede gemacht werden. In einem Artikel, der die Pflegeforschung im Bereich von HIV untersuchte, wurde kürzlich dargestellt, dass in der klinischen Forschung die betreffende Bevölkerungsgruppe nicht immer angemessen repräsentiert war. So wurde für die USA beispielsweise herausgefunden, dass schwarze Frauen, obwohl auf

sie 2005 67% der Neuerkrankungen mit AIDS entfielen, in allen klinischen Studien unterrepräsentiert waren. Der Autor stellt fest, dass es sich dabei nicht allein um schlechte Arbeit im Hinblick auf die klinische Forschung handelt, sondern auch „bedeutet, dass politische, soziale und individuelle Faktoren, die auf die Ausbreitung der Krankheit wirken, nach wie vor nicht berücksichtigt werden“ (Cohn, 2007).

Cohn führt aus, dass Pflegefachpersonen, mit ihrer Erfahrung in der Direktversorgung von und der Kommunikation mit Patienten und mit dem hohen Vertrauenspotential, das ihnen in vielen Ländern entgegengebracht wird, eine „einzigartige Position“ haben, in der sie dafür sorgen können, dass Patienten gut informiert sind und Forschungsvorhaben so entwickelt werden, dass eine ordentliche Teilnahme und Repräsentation aller Bevölkerungsgruppen gewährleistet wird. „Gerade Pflegefachpersonen wissen um die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit marginalisierten Bevölkerungsgruppen bei Krankheitsmanagement und der Behandlung von Krankheiten“ (Cohn, 2007, S.274).

Ein Hilfsmittel, das Pflegefachpersonen unterstützt, die zu Themen der Gleichberechtigung in ihrer Arbeit forschen, wurde von der Campbell and Cochrane Equity Methods Group entwickelt. Diese Checkliste zum Thema Gleichberechtigung für Autoren von systematischen Studien gibt einen Überblick über eine Reihe von Fragestellungen, die Forschern als Richtschnur für die Berücksichtigung einer Perspektive der Gleichberechtigung in allen Aspekten der Studie dienen soll. Dazu gehören auch Suchstrategien und -methoden, die Beschreibung und Methodik der untersuchten Studien und die Analyse der Ergebnisse (Jeffering u.a., 2009). Die Autoren ermutigen nachdrücklich zur Verwendung und zur Verteilung der Checkliste, die unter <http://equity.cochrane.org/our-publications> erhältlich ist.

Pflegefachpersonen als Bindeglieder der Versorgung

In Ontario, Kanada, haben ungefähr 780.000 Menschen keinen Zugang zur Familienfürsorge. In einer Provinz wird dieser mangelhafte Zugang durch den Einsatz von zwei Vollzeitpflegefachkräften für jedes der 14 lokalen interdisziplinären Gesundheitsnetzwerke, die mit den Patienten und den Gesundheitsversorgern zusammenarbeiten, kompensiert. Die Pflegefachpersonen, die Bindeglieder der Versorgung genannt werden, finden Ärzte und Pflegespezialisten, die Patienten aufnehmen und überweisen Patienten an sie. Überweisungen werden mit Hilfe eines Fragebogens zu den Bedürfnissen des Patienten nach Dringlichkeit eingestuft.

Bis September 2010 hatten 76.000 Patienten den Dienst in Anspruch genommen. Von diesen wurden 5.600 mit hoher Dringlichkeit eingestuft, von denen 75% überwiesen wurden. Darüber hinaus konnten 75% aller überwiesenen Patienten einschließlich der aus dem Norden und aus ländlichen Regionen stammenden Patienten an eine Versorgungseinrichtung überwiesen werden, die nicht weiter als 10 km von ihrem Zuhause entfernt lag.

(Canadian Health Services Research Foundation, 2010)

Lobbyarbeit, Advocacy und strategische Entwicklung

In der politischen Entwicklung spielen Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle, weil es ihnen mittlerweile gelingt, ihrer Stimme im Zusammenhang mit Analyse, Advocacy und Forschung besonders in den Bereichen der Gesundheitsversorgung und Umstrukturierung Gehör zu verschaffen. Dennoch argumentieren Autoren wie Reutter und Duncan, dass sich aus der Notwendigkeit, die sozialen Determinanten von Gesundheit anzugehen, die Notwendigkeit für eine starke Advocacy auf dem Gebiet allgemeiner Gesellschaftspolitik ableitet, die „über die traditionellen Gesundheitsbehörden und eine staatliche Gesundheitspolitik hinausgeht, um Ressorts wie Finanzen, Landwirtschaft, Bildung, Verkehr, Energie und Wohnen zusammen zu bringen“ (Reutter & Duncan, 2002, S.295).

Nationale Pflegeberufsverbände sind ein Instrument, mit dessen Hilfe die Interessen des Pflegefachpersonals artikuliert werden kann. Sie sind eine Plattform für erste Kontakte der wichtigsten Interessengruppen aus Regierung und Zivilgesellschaft und haben für die Ausarbeitung von wirkungsvollen Beiträgen zum politischen Diskurs über Ausrichtung, Strukturierung und Management des Gesundheitssystems sowie über politische Themen allgemeiner Art, die sich auf die sozialen Determinanten von Gesundheit beziehen, eine zentrale Bedeutung. In einer gemeinsamen Veröffentlichung von ICN und WHO zur Makroökonomie werden

den Pflegefachpersonen Bereiche aufgezeigt, die dafür geeignet sind, die Personalbestandsentwicklung zu unterstützen und Gesundheit zu verbessern. Dazu gehören die Beteiligung an nationalen und internationalen Diskussionen über die Finanzierung und Förderung von Gesundheitssystemen und die Bedeutung von gut ausgebildeten Arbeitskräften für gute Ergebnisse (ICN & WHO, 2009, S.34).

Lobbyarbeit und Advocacy sind daher ein wesentlicher Bestandteil der Aufgabe von Pflegefachpersonen, Themen wie Gleichberechtigung und Zugang anzusprechen, und ziehen die Entwicklung von neuen Anforderungsprofilen und Wissensgrundlagen nach sich. In der Ausbildung von Pflegefachpersonal spiegelt sich dieser Bedarf in der Einführung von universitären Lehrgängen, deren Ziel es ist, die Fähigkeiten, die Pflegefachpersonen benötigen, um sich effektiv an der zivilgesellschaftlichen Entwicklung beteiligen zu können, herauszubilden (Reutter & Duncan, 2002).

Pflegefachpersonen im britischen Parlament

Im Westminster Palace in London ist die Pflegefachperson Teil eines modernen arbeitsmedizinischen Dienstes. Den größten Teil ihrer Zeit nimmt die ambulante Sprechstunde für MPs, Peers und die anderen mehreren tausend Angestellten und Besucher des Palastes ein. Die Pflegefachperson hat mit „praktisch allem zu tun, was in der Sprechstunde eines Allgemeinarztes und einer Rettungsstelle vorkommt.“ Ihre Arbeit reicht von der Ausgabe von Schmerzmitteln gegen Kopfschmerz über den Notfalleinsatz bei Herzstillstand bis zur Versorgung von Sportverletzungen.

Die Pflegefachperson ist auch für die Durchführung von Reihenuntersuchungen der aktuellen und künftigen Belegschaft, von gesundheitsfördernden Maßnahmen wie Fitness oder für die Sensibilisierung für Reisekrankheiten von MPs, die ins Ausland reisen, verantwortlich. Sie hat die Aufgabe, die pflegerische und medizinische Versorgung bei feierlichen Zeremonien wie beispielsweise der Eröffnung des Parlaments, an der ein Arzt, ein Rettungswagen und eine Reihe von Erste-Hilfe-Helfern beteiligt sind, zu gewährleisten. Politiker arbeiten häufig zu ungewöhnlichen Zeiten; wenn Debatten bis in die frühen Morgenstunden dauern, übergeben sie dann ihre gesundheitlichen Bedürfnisse, da ihnen oft die Zeit fehlt, sich um sich selbst zu kümmern. Die Pflegefachperson trifft viele Berühmtheiten, die sie alle, gemäß ihres beruflichen Ethos, gleich behandelt.

Empfehlungen zur Vertiefung:

Challenging Inequity through Health Systems (Gilson et al. 2007) Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health
www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (CSDH, 2008) whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Equity-Oriented Toolkit (WHOCC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity, 2004)
www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm

The European Portal for Action on Health Equity
www.health-inequalities.eu

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO/WHO, 2009)
http://www.who.int/pmnch/topics/conferences/200902_paho/en/index.html

The ICN Code of Ethics for Nurses (ICN, 2006)
www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Literatur:

- Alleyne, G., Stuckler, D. & Alwan, A. (2010). The hope and promise of the UN Resolution on non-communicable diseases. *Globalisation and Health*, 6(15).
- Australian Human Rights Commission (2008) Face the Facts: Questions and Answers about Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. Available at: www.hreoc.gov.au/racial_discrimination/face_facts/chap1.html#1-4 [Accessed 7 December 2010]
- Ban, K-M. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York: United Nations.
- BC Centre for Disease Control. (2010). *Outreach/Street Nurse Program Receives Human Rights Award*. Available at: www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16_ICNEaward.htm. [Accessed 18 November 2010]
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S. & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries - what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 8(24).
- Birdsall, N. & Hecht, R. (1995). *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Human Capital Working Paper . Report 14567. Vol. 1. World Bank. Available at: www.wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3961019111234 [Accessed 12 October 2010].
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). *Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model*. Medical Care Research & Review November 1, 2000 57: 181-217. Available at: http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl_1/181. [Accessed 3 September 2010]
- Brown, M., MacArthur, J., McKechnie, A., Hayes, M. & Fletcher, J. (2010). Equality and access to general health care for people with learning disabilities: reality or rhetoric? *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 351-361.
- Bryant, R. (2009). ICN 24th Quadrennial Conference Closing Address July 3, 2009. Durban, South Africa: International Council of Nurses.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2010). *Casebook of Primary Healthcare Innovations*. Ottawa: CHSRF.
- Canadian Institute for Health Information (2010). Hospitalisation disparities by socio-economic status for males and females. Available at http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities_in_hospitalisation_by_sex2010_e.pdf
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 1 May 2004 54(502): 374–381.
- Cohn, E. G. (2007). Including marginalised Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(4), pp. 271-275.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & König, H.-H. (2010). Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payment for 65+ patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9(20).
- Crigger, N. J. (2008). Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, 15(1), 17-26.
- de Looper, M. & Lafortune, G. (2009). *OECD Health Working Papers No. 43: Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.

Derose, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), pp. 355-408.

DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health. (2010). *The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health equity in the EU*. The DETERMINE Consortium.

DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health (2009). *European Directory of Good Practices to reduce health inequalities*. Available at: www.health-inequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2 [Accessed: 12 October 2010]:

Dey, I. & Fraser, N. (2000). Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care. *Journal of Aging and Health*, 12(4), pp. 511-537.

Dovlo, D. (1998). *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana*. Ministry of Health, Ghana. Available at: www.hrhresourcecenter.org/node/181. [Accessed 11 October 2010]

Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 4:701-709.

Drenowski, A. (2009). Obesity, diets and social inequalities. *Nutritional Reviews*, Vol 67 (Suppl 1) 536-539.

2)

Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. (2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*. WHO Commission on the Social Determinants of Health.

Hailu, D. & Soares, S. S. (2009). *What Explains the Decline in Brazil's Inequality?* Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth.

Hanley, A. (2006). *Diabetes in Indigenous Peoples*. Medscape Diabetes and Endocrinology. Available at: <http://cme.medscape.com/viewarticle/540921> [Accessed 18 November 2010].

Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V. H. & Marconi, K. (2005). Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Care*, 19;251-258.

Harper, S. & Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health.

International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.

International Council of Nurses & World Health Organisation (2009). *The nursing community macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding*. Geneva: ICN & WHO. Available at: www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP_2-09_nursingmacroeco.pdf

International Council of Nurses (2010). *Fact Sheet: Skill Mix*. International Centre for Human Resources in Nursing. Available at: www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix_ICHRN_Factsheet-EN.pdf [Accessed October 13, 2010].

International Council of Nurses and International Confederation of Midwives (2007). *Birth Registration Toolkit - Identity: Every Child's Right*. Geneva: International Council of Nurses.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J., R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). Socio-Economic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* June 5 2008 558(23) pp. 2468-2481.

Makwiza, I., Nyirenda, L., Bongololo, G., Banda, T., Chimizizi, R. & Theobald, S. (2009, May 5). Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi - an equity analysis. *International Journal for Equity in Health*, p. 8:13.

McCoy, D. (2003). *Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity*. Health Systems Trust. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) in co-operation with Oxfam GB.

McKee, M. (2002). What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30:54-58.

Ministry of Health and Social Policy of Spain. (2010). *Moving Forward in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the re-education of Health Inequalities: An Independent Report Commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Ministry of Health and Social Policy in Spain.

National Health Committee (New Zealand) (2010). *Rural Health: Challenges of Distance Opportunities for Innovation*. Wellington: National Health Committee.

Osterle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8:46, 46-59.

Pan American Health Organisation (1999, March). *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health*. Available at: www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm

Pan American Health Organisation/World Health Organisation (2009). Global Learning Device on Social Determinants of Health and Public Policy Formulation. Available at: <http://ddsdispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html> [Accessed October 10, 2010]

Pearsall, J. (Ed.). (2002). *The Concise Oxford English Dictionary* (Tenth Revised ed.). Oxford: Oxford University Press.

Reutter, L., & Duncan, S. (2002,). Preparing Nurses to Promote Health-Enhancing Public Policies. *Policy, Politics & Nursing Practice*, November Vol.3 No.4, pp. 294-305.

Schneider, M. C., Castillio-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2005). *Methods for measuring health inequalities (Part III)*. Pan American Health Organisation . Available at: http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n2-endesigualdades_3.htm. [Accessed October 2010].

Schubert, M, Glass, T. A., Clarke, S. P., Aiken, L, H., Schaffer-Witvliet, B., Slaone D., M. & de Geest, S. (2008) Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), pp.227-237.

Sigfrid, L. A., Turner, C. & Ray, S. (2006, June 29). Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *Journal of Public Health*, Vol. 28, No. 3, pp.221-225.

Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010, March). *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Medicine. Available at: www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1 [Accessed October 13, 2010].

Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rrumbullaku, L., Lionis, C., & Trell, E. (2006). *Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners*. Human Resources for Health. Available at: www.human-resources-health.com/content/4/1/5 [Accessed October 1, 2010].

Ueffing, E., Tugwell, P., Petticrew, M. & Kristjansson, E. (2009). *C1, C2 Equity Checklist for Systematic Review Authors*. May 28. Cochrane Health Equity Field 2009. Available at: <http://equity.cochrane.org/sites/equity.cochrane.org/files/uploads/equitychecklist.pdf> [Accessed November 18, 2010].

United Nations (1948, December 10). *The Universal Declaration of Human Rights*. Available at: www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml [Accessed September 27, 2010]

United Nations (2010). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2010). *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.

Van Cleemput, P. (2010). Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact. *Journal of*

Research in Nursing, 15(4), pp. 315-327.

Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci med*, pp. 33:545-557.

Wood, T. (2010). *German doctors fear health care rationing*. 19 January, 2010. DW-World.de. Available at: www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html [Accessed November 17, 2010]

World Cancer Research Fund (2010). *Press Releases: Higher rates of cancer in men "not inevitable"*. Available at: www.wcrf-uk.org/audience/media/press_release.php?recid=133 [Accessed November 17, 2010]

World Health Organisation (2006). *Global Health Atlas*. Available at: <http://gamapservr.who.int/maplibrary/default.aspx> [Accessed 6 December 2010].

World Health Organisation (2006). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2008a). *Monitoring achievement of the health-related Millennium Development Goals*. April 10. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_15-en.pdf [Accessed October 13, 2010]

World Health Organisation (2008b). *Inequities are killing people on a grand scale, reports WHO's Commission (Press Release)*. August 28. Available at: www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html [Retrieved September 27, 2010].

World Health Organisation (2010a). *Policy approaches to engaging men and boys in addressing gender equality and health equity*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2010b). *Global Atlas of the Health Workforce*. Available at: <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> [Accessed November 18, 2010].

World Health Organisation (2010c). *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Executive Summary*. Available at: www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf [Accessed October 14, 2010].

World Health Organisation (2010d). *Measuring health workforce inequalities: methods and application to China and India*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2010e). *Social Determinants of Health: Tools and resources*. Available at: www.who.int/social_determinants/tools/en/ [Accessed October 10, 2010].

World Health Organisation (2010f) *World Health Report: Health Systems Financing: The path to universal coverage*. WHO: Geneva.

World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment (2004). *Economic Evaluation Tools*. Available at: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download/economic_evaluation_TOOLS.pdf [Accessed October 10, 2010].

World Health Organisation Collaborating Centre for Health Technology Assessment. (2008). *Equity-Oriented Toolkit*. Available at: www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm [Accessed October 10, 2010].

World Health Organisation Regional Office for Europe. (2010). *How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organisation, WHO Centre for Health Development, Kobe & the United Nations Settlements Program (UN-Habitat) (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*