



## Faktenblatt 113

# Vulnerabilität in unterschiedlichen Lebensphasen

## Gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Gesundheitsförderung und Prävention fördern

### Einleitung

Vulnerabilität («Verwundbarkeit») bezeichnet eine erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen. Sie wird von vielen Faktoren beeinflusst. Sozialer Benachteiligung kommt hierbei als wechselseitige Einflussgrösse besondere Bedeutung zu. Eine chancengerechte Gesundheitsförderung beleuchtet diese Zusammenhänge. Sie vertieft die Frage, welche Menschen einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention haben. Darüber hinaus identifiziert und entwickelt sie mit und für diese Zielgruppen Massnahmen.

Dieses Faktenblatt führt ins Thema ein und stellt Wissen für Programme und Projekte der chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention bereit. Besonderes Augenmerk gilt der Unterscheidung nach Lebensphasen und der Stärkung von Ressourcen.

### 1 Einführung, Ziel und Methode

Die chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention zielt auf die Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten gesundheitlich besonders vulnerabler Menschen. Gesundheitsförderung Schweiz hat daher das Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern beauftragt, eine wissenschaftliche Expertise zur Identifikation von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu erarbeiten. Dabei sollte nach den Lebensphasen Kindheit, Jugend / junges Erwachsenenalter und Alter ab 65 Jahren unterschieden werden<sup>1</sup>.

Das vorliegende Faktenblatt basiert auf dieser Expertise. Es bietet eine systematische Übersicht zu den verschiedenen Ebenen der Vulnerabilität ([Kapitel 2](#))

### Inhaltsverzeichnis

1	Einführung, Ziel und Methode	1
2	Vulnerabilität im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention	2
3	Vulnerabilität in den verschiedenen Lebensphasen	4
4	Das Ausmass der Vulnerabilität nach Lebensphasen	4
5	Erfolgversprechende Massnahmen	7
6	Relevante Akteur*innen und Perspektiven	9
7	Vulnerabilität in Prävention und Gesundheitsförderung adressieren: vier übergeordnete Handlungsempfehlungen	11
8	Beratungsangebote und weitere Hinweise	12
9	Literaturverzeichnis	12

<sup>1</sup> Weil die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) auf diese zwei Lebensphasen fokussieren, ist das mittlere Lebensalter in diesem Faktenblatt ausgenommen. Dies bedeutet jedoch keineswegs, dass Menschen mittleren Alters nicht mit Vulnerabilitätsrisiken konfrontiert sind.

und identifiziert gesundheitlich besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen in den zwei genannten Lebensphasen (Kapitel 3 und 4). Dazu stellt das Faktenblatt Beispiele von qualitätsgesicherten Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vor, die für diese Gruppen als erfolgversprechend eingestuft werden und teils von den kantonalen Aktionsprogrammen (KAP) umgesetzt oder im Rahmen der Projektförderung KAP gefördert werden (Kapitel 5). Eine Übersicht zu den relevanten Akteur\*innen und Perspektiven bietet Kapitel 6. Sie dient der systematischen Herangehensweise in der Programm- und Projektarbeit, die zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen soll. In Kapitel 7 werden vier übergeordnete Handlungsempfehlungen formuliert. Kapitel 8 enthält Beratungsangebote und Dienstleistungen für Projekt- und Programmverantwortliche.

## 2 Vulnerabilität im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention

Der Begriff **Gesundheitliche Vulnerabilität** bezieht sich in Gesundheitsförderung und Prävention meist auf Bevölkerungsgruppen, die ein erhöhtes Risiko haben, psychisch und körperlich zu erkranken oder früher zu sterben (Weber, 2020). Seltener wird der Begriff Vulnerabilität auch mit Nichtzugang zu oder Nichtnutzung von ausgewählten Diensten und Leistungen im Gesundheitswesen verbunden (Grabovschi et al., 2013).

Vulnerabilität ergibt sich aus einem Ungleichgewicht von Belastungen und Ressourcen: Menschen können vulnerabel werden, wenn die selbstbestimmte und selbstwirksame Bewältigung von Belastungen für sie schwierig ist, da sie nicht über die nötigen Ressourcen verfügen. Dies kann auch strukturell bedingt sein. Welchen Belastungen Menschen ausgesetzt sind, variiert je nach Lebensphase und den für sie typischen kritischen Lebensereignissen. Genauso variieren auch die Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten, die einem Menschen zur Verfügung stehen, um mit den Belastungen umzugehen.

### 2.1 Lebenslaufperspektive und Vulnerabilität

Aus der **Lebenslaufperspektive** und mit Blick auf **Lebensphasenmodelle** ist Vulnerabilität verbunden mit herausfordernden Lebensübergängen und kritischen Lebensereignissen (*critical life events*).

**Lebensübergänge** beziehen sich auf Übergänge innerhalb oder zwischen Lebensphasen mit typischen Entwicklungsaufgaben. In der Kindheit stellt beispielsweise der Eintritt in Kindergarten und Schule einen Lebensübergang dar. In Jugend und jungem Erwachsenenalter zählen der Übergang in eine Berufslehre oder weiterführende Schule und die schrittweise Ablösung vom Elternhaus dazu. Typische Lebensübergänge im Alter sind Pensionierung oder der Verlust von Autonomie, der die eigenständige Alltagsbewältigung verunmöglicht.

Als **kritische Lebensereignisse** gelten jene, die zu einer psychischen Erschütterung führen. Insbesondere der Tod einer nahestehenden Person, Trennung oder Scheidung, schwere Unfälle und eigene Erkrankung bzw. die einer nahestehenden Person, Gewalterfahrung und Flucht sowie das Erleben von (Natur-) Katastrophen stellen solche per se krisenhafte Lebensereignisse dar (Gasser et al., 2015).

Auch Lebensübergänge können als kritische Lebensereignisse gelten, insbesondere in Verbindung mit einer bereits erhöhten Vulnerabilität. Kritische Lebensereignisse sind wie Lebensübergänge mit Entwicklungsaufgaben verbunden. Beide bringen auch Chancen für persönliches Wachstum.

### 2.2 Intersektionalität und Vulnerabilität

Für ein umfassenderes Verständnis von Vulnerabilität und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leistet die Perspektive der **Intersektionalität** einen wertvollen Beitrag.

Der intersektionale Ansatz berücksichtigt die Wechselwirkungen zwischen sozialen Kategorien wie Herkunft, sozioökonomischer Status, geschlechtliche Identität (Gender), sexuelle Orientierung, körperliche und geistige Beeinträchtigungen vor dem Hintergrund historischer und soziokultureller Herrschafts- und Machtverhältnisse. Intersektionalität bezieht sich auf diese Wechselwirkungen bei mehrfach marginalisierten Menschen (Bowleg, 2012, 2020; Crenshaw, 1989). Der Begriff **Marginalisierung** betont, dass Menschen aufgrund ihrer sozialen Merkmale an den «Rand der Gesellschaft» (*at the margins*) gedrängt werden, was ihre soziale Teilhabe und ihre Handlungsmöglichkeiten einschränkt sowie (gesundheitliche) Chancengerechtigkeit (re)produziert. Ein Vulnerabilitätsverständnis, das Intersektionalität und Marginalität berücksichtigt, macht bestehende Machtverhältnisse und soziale Benachteiligungen explizit (Kuran et al., 2020).

### 2.3 Ebenen von Vulnerabilität

Ein mehrdimensionales Verständnis von Vulnerabilität identifiziert und adressiert **Ressourcen** als protektive Faktoren für die Gesundheit, **Resilienz** als psychische Widerstandsfähigkeit sowie die Handlungsmöglichkeiten, mit denen vulnerable Menschen Veränderungen in ihrem Umfeld vornehmen und ihr Wohlbefinden steigern können (*Capability Sets and Agency*) (Abel & Frohlich, 2012; Frahsa et al., 2021). Dieses Verständnis soll vulnerable Menschen keinesfalls auf eine Bedürftigkeit reduzieren, sondern vielmehr den Blick darauf richten, vorhandene Ressourcen zu stärken (vgl. [Abschnitt 5.1](#)).

Die verschiedenen Aspekte von Vulnerabilität lassen sich auf fünf Ebenen ansiedeln und bedingen sich gegenseitig ([Abbildung 1](#)):

**1 Strukturelle und Systemebene:** gesellschaftliche Kontexte, Normen und Werte, welche Lebenswelten und soziale Bedingungen formen (z. B. Möglichkeiten sozialer Teilhabe, Chancen auf Bildung und Arbeit).

**2 Settings:** Lebenswelten, die das individuelle Wohlbefinden einer Person und ihre sozialen Interaktionen bedingen, wie Quartiere, Bildungs- und Pflegeeinrichtungen, Wohn- und Lebensräume.

**3 Soziale und interpersonale Ebene:** alle zwischenmenschlichen und sozialen Faktoren im unmittelbaren Kontext einer Person (z. B. Familie, Elternhaus, Peers).

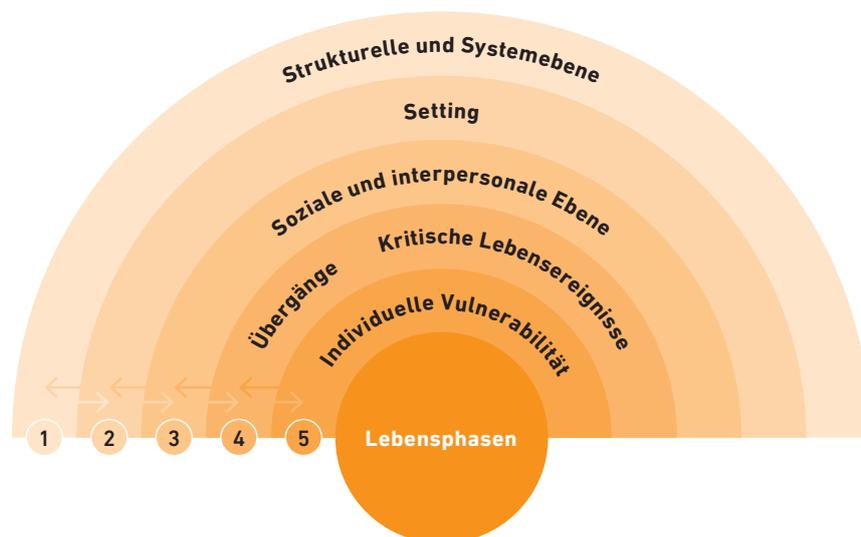
**4 Kritische Lebensereignisse:** einschneidende und belastende Ereignisse im Leben einer Person, teils in Verbindung mit **Übergängen** innerhalb oder zwischen Lebensphasen (vgl. [Abschnitt 2.1](#)).

**5 Individuelle Vulnerabilität** aufgrund spezifischer persönlicher, körperlicher und psychischer Faktoren (Geschlecht/Gender, Persönlichkeit, physiologische Anlagen/Erbanlagen).

Zudem hat Vulnerabilität stets eine zeitliche, eine räumliche und eine situative Dimension: Sie besteht in einer bestimmten Lebensphase in einem spezifischen Setting und einem soziokulturellen Kontext (Tierney, 2019).

ABBILDUNG 1

#### Multidimensionale Vulnerabilität



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Modell sozialer Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead (1991)

### 3 Vulnerabilität in den verschiedenen Lebensphasen

Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) darin, Massnahmen zu implementieren, welche die gesundheitliche Chancengerechtigkeit stärken können. Die KAP fokussieren auf Gesundheitsförderung und Prävention in ausgewählten Zielgruppen (Weber, 2020):

- Kindheit (0 bis 12 Jahre bzw. Ende der Primarstufe)
- Jugend und junges Erwachsenenalter (ungefähr 13. bis 25. Lebensjahr bzw. Ende der Ausbildung)
- Höheres Lebensalter (ab etwa 65 Jahren): Unterschieden wird zwischen dem Dritten Lebensalter, das sich im Allgemeinen durch eine noch weitgehend selbstständige, unabhängige Lebensführung auszeichnet, und dem Vierten Lebensalter (ab etwa 80 Jahren), das mit zunehmender Fragilisierung und steigendem Hilfs-, Betreuungs- und/oder Pflegebedarf einhergehen kann.

Je nach Lebensphase können verschiedene Faktoren zu einer besonderen Vulnerabilität führen. Wie in [Abschnitt 2.3](#) ausgeführt, gilt es hierbei die verschiedenen Ebenen von Vulnerabilität zu beachten. [Tabelle 1](#) veranschaulicht dieses komplexe Geschehen. Sie soll für die Komplexität sensibilisieren und verdeutlichen, dass Vulnerabilitäten interdisziplinär und interdepartemental angegangen werden müssen.

#### 3.1 Spezifische oder universale Interventionen?

Das Präventionsdilemma beschreibt die ungleichen Wirkungen von Präventionsmassnahmen auf verschiedene Gruppen von Menschen. In der Praxis zeigt es sich darin, dass öfter solche Menschen Gesundheitsangebote nutzen, die ohnehin für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil sensibilisiert und motiviert sind. Um dem Präventionsdilemma entgegenzuwirken, ist daher eine gezielte Ansprache jener Menschen notwendig, die von bestehenden Angeboten nicht erreicht werden, um mit ihnen und für sie wirksame Massnahmen zu entwickeln. Das Prinzip des **proportionalen Universalismus** kann dabei hilfreich sein: Es sieht vor, Massnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die alle Menschen in einem bestimmten Setting adressieren und zugleich Bedürfnisse besonders vulnerabler Gruppen ansprechen.

So können beispielsweise Initiativen, die Menschen mit ähnlichen prägenden Erfahrungen zusammenbringen (z. B. Peer-Ansätze, Selbsthilfeorganisationen), wichtige Impulse für universale Angebote und Regelstrukturen in Richtung Inklusion geben (zielgruppengerechte Ansprache, barrierefreier Zugang usw.).

Die Bestimmung und Benennung von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen als Zielgruppen für spezifische Massnahmen wird allerdings auch kritisch diskutiert (Blümel et al., 2021). Eine solche Aussenbestimmung birgt die Gefahr, Menschen

- nicht ganzheitlich zu betrachten, sondern anhand einzelner Merkmale zu definieren,
- auf eine etwaige Vulnerabilität und Bedürftigkeit zu reduzieren sowie
- zu stigmatisieren und zu diskriminieren (Boldt, 2019).

Ein multidimensionales Verständnis von Vulnerabilität sowie partizipative Vorgehensweisen wirken dieser Gefahr entgegen (vgl. [Abschnitt 5.1](#)).

### 4 Das Ausmass der Vulnerabilität nach Lebensphasen

Für die Schweiz gibt es relativ wenig repräsentative Daten zum Ausmass multidimensionaler Vulnerabilität in den unterschiedlichen Lebensphasen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention (Burla, 2023; Obsan, 2020; Weber, 2020; Zumbunn et al., 2020). Darüber hinaus werden Kinder und Jugendliche sowie sehr fragile ältere Menschen selten selbst befragt. Die Erhebungen stützen sich stattdessen häufig auf Einschätzungen von Angehörigen oder professionellen Akteur\*innen ([Tabelle 2](#)).

TABELLE 1

**Potenziell interagierende Faktoren für Vulnerabilität auf den unterschiedlichen Ebenen bei Kindern, Jugendlichen / jungen Erwachsenen und älteren Menschen**

Ebene	Kinder und Jugendliche / junge Erwachsene	Ältere Menschen
Strukturelle und Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armut</li> <li>• Bezug von Sozialhilfe und/oder IV</li> <li>• Ungesicherter Aufenthaltsstatus</li> <li>• Bildungsunterversorgung (fehlende Grundkompetenzen in Lesen, Schreiben, Rechnen)</li> <li>• Strukturelle Barrieren durch Behinderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armut</li> <li>• Bezug von Ergänzungsleistungen</li> <li>• Ungesicherter Aufenthaltsstatus</li> <li>• Bildungsunterversorgung (fehlende Grundkompetenzen in Lesen, Schreiben, Rechnen)</li> <li>• Strukturelle Barrieren durch Behinderungen</li> </ul>
Settingebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungenügende Wohnversorgung (Grösse, Qualität, Sicherheit, Lage, Kosten)</li> <li>• Wohngebiete mit mangelndem Zugang zu elementaren Dienstleistungen</li> <li>• Asylzentren/Rückkehrzentren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungenügende Wohnversorgung (Grösse, Qualität, Sicherheit, Lage, Kosten)</li> <li>• Wohngebiete mit mangelndem Zugang zu elementaren Dienstleistungen</li> <li>• Asylzentren/Rückkehrzentren</li> </ul>
Soziale und interpersonale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastete Eltern, z. B. durch (chronische) Erkrankungen, Sucht, fehlenden Lehr- oder Schulabschluss, soziale Isolation, alleinige Erziehungsverantwortung</li> <li>• Eigene Pflege- bzw. Betreuungsaufgaben (Young Carers)</li> <li>• Soziale Barrieren durch Behinderungen</li> <li>• Diskriminierungs- bzw. Stigmatisierungserfahrung aufgrund von Herkunft, Aussehen, Behinderungen, Geschlecht, sexueller Orientierung, sexueller Identität usw.</li> <li>• Fremdplatzierung</li> <li>• Minderjährige unbegleitete Asylsuchende</li> <li>• Gewalt im Umfeld: Erfahrung und/oder Miterleben von psychischer, physischer und sexueller Gewalt in der Familie, unter Gleichaltrigen, in der Schule usw.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleinlebend, soziale Isolation</li> <li>• Pflege- bzw. Betreuungsaufgaben (betreuende Angehörige)</li> <li>• Soziale Barrieren durch Behinderungen</li> <li>• Diskriminierungs- bzw. Stigmatisierungserfahrung betreffend Herkunft, Hautfarbe, Aussehen, Behinderungen, Geschlecht, sexueller Orientierung, sexueller Identität, Alter usw.</li> <li>• Barrieren in der Kommunikation (z. B. mangelnde Sprachkenntnisse, Seh- oder Hörbeeinträchtigungen)</li> <li>• Gefährdung oder Erfahrung von Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung</li> </ul>
Kritische Lebensereignisse / Übergänge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheit, Unfall</li> <li>• Trennung/Scheidung der Eltern</li> <li>• Todesfall der Eltern oder enger Bezugspersonen</li> <li>• Migrations-, Asyl- bzw. Fluchterfahrung</li> <li>• Eintritt in bzw. Verlassen von stationären Einrichtungen oder Pflegefamilien</li> <li>• Ausstieg/Abbruch Schule bzw. Lehre</li> <li>• Öffentliche Notfälle, Naturkatastrophen und Konflikte, insbesondere im Kontext einer Pandemie wie Covid-19 und Klimawandel (z. B. Extremwetterereignisse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheit, Unfall</li> <li>• Trennung/Scheidung, Verwitmung</li> <li>• Todesfälle von Angehörigen und im Freundeskreis</li> <li>• Migrations-, Asyl- bzw. Fluchterfahrung</li> <li>• Altersbedingt zunehmende funktionale, kognitive und/oder sensorische Einschränkungen (Fragilisierung, Behinderungen)</li> <li>• Entstehende Pflegebedürftigkeit (eigene oder die eines Angehörigen)</li> <li>• Übertritt in ein Alters- oder Pflegeheim</li> <li>• Übertritt in die Pensionierung (z. B. aus Behindertenhilfe)</li> <li>• Öffentliche Notfälle, Naturkatastrophen und Konflikte, insbesondere im Kontext einer Pandemie wie Covid-19 und Klimawandel (z. B. Extremwetterereignisse)</li> </ul>
Individuelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtsgebrechen</li> <li>• Gesundheitliches Risikoverhalten (digitale Medien, Suchtmittel, Bewegungsarmut, unausgewogene Ernährung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtsgebrechen</li> <li>• Gesundheitliches Risikoverhalten (digitale Medien, Suchtmittel, Bewegungsarmut, unausgewogene Ernährung)</li> </ul>

TABELLE 2

**Beispiele zum Ausmass der Vulnerabilität auf den unterschiedlichen Ebenen bei Kindern, Jugendlichen / jungen Erwachsenen und älteren Menschen**

Ebene	Kinder und Jugendliche / junge Erwachsene	Ältere Menschen
Strukturelle und Systemebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8,7% der 0- bis 17-Jährigen leben in Familien mit absoluter Armut.</li> <li>• 15% der Kinder und Jugendlichen in Einelternhaushalten leben in absoluter Armut.</li> <li>• 44% der Asylgesuche stammen von Minderjährigen, 10% von unbegleiteten Minderjährigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15,4% leben in absoluter Armut, 21,7% sind armutsgefährdet.</li> <li>• 37,8% der Menschen ab 90 Jahre beziehen Ergänzungsleistungen.</li> </ul>
Settingebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% der Familien mit Eltern in Paarbeziehung und 37% der Familien in Einelternhaushalten leben mit ungenügender Wohnversorgung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 32% sind alleinlebend.</li> </ul>
Soziale und interpersonale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25% der Kinder erleben regelmässige psychische Gewalt.</li> <li>• 10% der männlichen und 18% der weiblichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 16 Jahren erfahren psychische oder physische Gewalt durch die Eltern.</li> <li>• 7% der Mädchen und 6% der Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren weisen Mobbing Erfahrung durch Gleichaltrige auf.</li> <li>• 7,9% der Kinder und Jugendlichen erfüllen Betreuungsaufgaben als Young Carers (Alter bis 15 Jahre).</li> <li>• 27,1% der 15-jährigen Jungen und 41,8% der gleichaltrigen Mädchen weisen multiple psychoaffektive Beschwerden auf.</li> <li>• 20,1% der 16- bis 20-jährigen Frauen und 8,4% der gleichaltrigen Männer sind psychisch belastet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11,5% kommen mindestens einmal wöchentlich Betreuung- oder Pflegeaufgaben nach.</li> <li>• 18,5% haben keine oder wenige soziale Kontakte.</li> </ul>
Kritische Lebensereignisse / Übergänge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6,4% der 15- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen befanden sich 2022 nicht in Schule/Ausbildung oder vorbereitenden Massnahmen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etwa 50% sind verwitwet mit damit einhergehender Verringerung des Jahreseinkommens um rund 50%.</li> <li>• 13,3% weisen seelische Belastungen wie Angstzustände oder grosse Traurigkeit auf.</li> <li>• 80,1% leben mit einer chronischen Erkrankung und 47,1% mit Multimorbidität.</li> <li>• 24,6% sind in alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt.</li> </ul>
Individuelle Ebene	<p>Gesundheitliches Risikoverhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 75,1% der 11- bis 16-jährigen Mädchen und 46,5% der gleichaltrigen Jungen erfüllen nicht die aktuellen Bewegungsempfehlungen.</li> <li>• Etwa 85% der Jungen und 80% der Mädchen essen weniger als fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag.</li> <li>• 42,6% der 14- und 15-jährigen Jungen und 41,8% der gleichaltrigen Mädchen erreichen nicht die Empfehlung, vor Schultagen zwischen 8 und 10 Stunden zu schlafen.</li> <li>• Rund ein Viertel der 15-jährigen Jungen und Mädchen weisen mindestens eine Episode von Rauschtrinken im Monat auf, die Hälfte davon mindestens zwei.</li> </ul>	<p>Gesundheitliches Risikoverhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rund ein Viertel konsumiert täglich Alkohol.</li> </ul>

Quellen: Bundesamt für Statistik (2022), Bundesamt für Statistik (2023), Bundesamt für Statistik (2019), Leu et al. (2018), Obsan (2020), Seematter-Bagnaud et al. (2021), Pahud (2021), Marmet & Gmel (2017)

## 5 Erfolgversprechende Massnahmen

Besonders erfolgversprechende Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei **Kindern** sind gemäss aktueller wissenschaftlicher Evidenz (vgl. insbesondere Übersichtsarbeiten von Burgaz et al., 2023; Craike et al., 2019; Gormley et al., 2019; Kohler et al., 2023; Roder et al., 2019):

- **Familienbasierte langfristige Interventionen in Gemeindeframeworks**, z. B. [schrittweise](#) oder [PAT – Mit Eltern Lernen](#), [GUSTAF](#)
- **Schulbasierte, in Curricula integrierte Multi-komponenteninterventionen**, z. B. [#standup – Initiative gegen Mobbing](#), [LIFT – von der Schule in die Berufswelt](#), [Start Now](#)

Für **Jugendliche** und **junge Erwachsene** sowie **ältere Menschen** gibt es kaum wissenschaftliche Evidenz zu lebensphasenspezifischen Massnahmen. Es gibt jedoch Hinweise, dass für diese Altersgruppen folgende Massnahmen Erfolg versprechen:

- **Massnahmen zu strukturellen Einflussfaktoren durch Policy-Interventionen** wie Preisanpassungen bzw. geringere oder höhere Besteuerung von bestimmten Nahrungsmittelgruppen, finanzielle Anreize/Subventionen für ausgewogene Ernährungsangebote, Vergünstigungen und steuerliche Abzüge für Bewegungsangebote bei besonders vulnerablen Gruppen (Olstad et al., 2016; Olstad et al., 2017), z. B. [Betreuungsgutsprachen für «Senior\\*innen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen»](#) in der Stadt Bern, [KulturLegi](#)
- **Verhaltensspezifische und persönlich bedeutsame, angenehme und unterhaltsame Interventionen mit Bildungs- und Sozialbezug** wie z. B. für ältere Menschen: [Erzählcafé](#), [AltUM](#), [Tavolata](#), [FemmesTische](#); Kinder: [champions – Lernen und Sport](#); Jugendliche und junge Erwachsene: [Herzsprung](#)
- **Massenmedienkampagnen, Entscheidungshinweise (point-of-decision-prompts) und Policy-Interventionen kombiniert mit Massnahmen für spezifische vulnerable Gruppen**, z. B. die Kampagnen [«Wie geht's dir?»](#) und [Santépsy.ch](#)
- **Verbesserung von Infrastrukturen und Einrichtungen in benachteiligten Quartieren** in Verbindung mit positiven sozialen Vergleichen und Interaktionen, die Erfolge sichtbar machen, Belohnungen bieten und förderliche Normen etablieren (Craike et al., 2018), z. B. [naturnahe Spiel- und Pausenplätze](#)

### 5.1 Prinzipien und Gütekriterien

Um einen Wandel mit und für vulnerable Bevölkerungsgruppen zu erreichen, werden vom Bundesamt für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz [10 Kriterien](#) als erfolgversprechend definiert (vgl. zu Erfolgskriterien ausführlich Weber, 2020).

Folgende vier Kriterien sind eng verflochten und besonders zentral für die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in allen Lebensphasen:

**Gruppenbezug** bedeutet, den Blick für vulnerable Gruppen, ihre Lebenslage, ihre Ressourcen und Bedürfnisse zu schärfen. Der Gruppenbezug fokussiert lebenslauforientierte, gendersensible und intersektionale Ansätze. Solche Ansätze sensibilisieren für Geschlechternormen, Sozialisation, Rollen und Machtverhältnisse. Sie beziehen sich auf den Zugang zu Ressourcen und die Kontrolle über die Ressourcen. Des Weiteren berücksichtigen sie verschiedene Aspekte von Vulnerabilität und deren Zusammenspiel (Bigler et al., 2024).

**Empowerment** ist übergeordnetes Ziel und Grundsatz der Gesundheitsförderung. Seit der Ottawa-Charta (1986) wird Empowerment als Prozess definiert, der Menschen befähigen soll, die Kontrolle über die Einflussfaktoren ihrer Gesundheit zu erhöhen und letztlich ihre gesundheitliche Situation zu verbessern.

**Partizipation** bedeutet, dass Menschen mit besonderer Vulnerabilität als relevante Akteur\*innen einbezogen werden und in allen Interventionsphasen

#### Weitere Informationen

##### Gruppenbezug

- Psychische Gesundheit junger Frauen: [Faktenblatt Nr. 102](#)
- Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten: [Faktenblatt Nr. 19](#)
- Wie erreichen wir Männer 65+?: [Praxisleitfaden](#)
- [Betreuende Angehörige](#)
- Methodische Ansätze zur Evaluation der Zielgruppenerreichung: [Arbeitspapier 59](#)
- [Initiativen zur Unterstützung von Flüchtenden](#)

##### Settingansatz

- [Gesundheitsförderung in Gemeinden und Städten](#)

##### Partizipation

- [Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention](#)

umfassend mitentscheiden. Sie sind auch bei Vernetzungs-, Policy- und Öffentlichkeitsarbeit essenziell für die angemessene Bedarfs- und Bedürfniserhebung sowie die Umsetzung von Massnahmen. Es gilt aber auch, weitere in einem **Setting** relevante Akteur\*innen umfassend zu beteiligen: vor allem solche, die die Interessen besonders vulnerabler Gruppen kennen und vermitteln können (vgl. Kapitel 6). Der Settingansatz trägt dem Umstand Rechnung, dass Gesundheit im Alltag entsteht, also da, wo die Leute leben, lernen, spielen, arbeiten, altern usw. Er kombiniert verhaltens- und verhältnisorientierte Massnahmen.

## 5.2 Erfolgversprechende geförderte Massnahmen aus den KAP

Tabelle 3 zeigt Beispiele von Massnahmen, die besonders vulnerable Gruppen im Blick haben. Einen umfassenden Überblick bewährter Projekte in der Schweiz bietet die [Orientierungsliste](#) von Gesundheitsförderung Schweiz. Die Online-Version auf [www.promotiondigitale.ch](http://www.promotiondigitale.ch) bietet eine Suchfunktion nach Vulnerabilitätskategorien. Auf der [Themenseite zu Chancengerechtigkeit](#) werden zudem einige Beispiele aus der Projektförderung KAP und Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) vorgestellt.

TABELLE 3

### Beispiele erfolgversprechender Massnahmen aus den KAP nach Lebensphasen und Aktivitätsebenen

Ebene	Lebensphase	Titel/Link	Zentrale Elemente
Intervention	Kinder	<a href="#">schritt:weise</a>	Standardisiertes Spiel- und Lernprogramm für Kinder im Alter von 12 Monaten bis vier Jahre und ihre Eltern aus sozial benachteiligten Familien.
		<a href="#">PAT – Mit Eltern lernen</a>	Frühförder- und Elternbildungsprogramm für psychosozial belastete Familien. Familien werden ab Geburt bis zum dritten Lebensjahr der Kinder begleitet.
		<a href="#">Champions: Lernen und Sport</a>	Kombination von Unterstützung bei den Hausaufgaben, Förderung von Bewegung über polysportives Angebot und Einsatz von jugendlichen Peer Coaches.
	Jugendliche und junge Erwachsene	<a href="#">LIFT – von der Schule in die Berufswelt</a>	Integrations- und Präventionsprogramm für Jugendliche in einer erschwerten Ausgangslage im Hinblick auf Berufseinstieg bzw. Lehrstellen.
	Ältere Menschen	<a href="#">Quartiers Solidaires</a>	Partizipative Quartierentwicklung zur Förderung der sozialen Integration und Lebensqualität älterer Menschen.
Vernetzung	Kinder	<a href="#">Netzwerk «Guter Start ins Kinderleben (GSIK)»</a>	Das Netzwerk übernimmt eine starke Koordinationsfunktion zwischen den verschiedenen Akteur*innen im Bereich der frühen Kindheit. Es ist auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ausgerichtet.
	Kinder, Jugendliche, ältere Menschen	<a href="#">Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit (OFPG)</a>	Ziel des OFPG ist es, die psychische Gesundheit zu fördern, Tabus in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen abzubauen, die Akteur*innen in der Ostschweiz zu vernetzen und den Austausch zwischen Fachstellen, Betroffenen, Angehörigen und Interessierten zu stärken.
	Ältere Menschen	<a href="#">Netzwerk Caring Communities</a>	Das Netzwerk fördert den partizipativen Aufbau von sorgenden Gemeinschaften und die Entwicklung einer Sorgeskultur auf verschiedenen Ebenen.
Öffentlichkeitsarbeit	Kinder/Familien	<a href="#">ZüMEB Zürcher Migrationsprojekt für Ernährung und Bewegung</a>	Ausbildung von interkulturellen Vermittelnden für thematische Info- und Diskussionsveranstaltungen.
Policy	Kinder/Familien	<a href="#">Strategie Frühe Förderung, z. B. im Kanton St. Gallen</a>	Koordiniertes Vorgehen aller an der Frühen Förderung im Kanton Beteiligten mit aufsuchenden Pilotprojekten, Fokus auf Menschen mit niedrigem Einkommen/Vermögen, Migrationshintergrund.

## 6 Relevante Akteur\*innen und Perspektiven

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über ausgewählte Gruppen von Akteur\*innen zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Sie soll darüber informieren, welche Akteur\*innengruppen welche Expertise hinsichtlich Vulnerabilität einbringen und die Planung und Umsetzung von lebensphasenspezifischen Aktivitäten in den KAP unterstützen können.

Die Tabelle unterscheidet

- **Expertise aus eigener Erfahrung,**
- **Expertise durch Vertretung** vulnerabler Gruppen, z. B. durch Beiräte,
- **fachliche Expertise,** z. B. an der Schnittstelle von Gesundheit, Stadtentwicklung und Alter,

- **Settingexpertise,** z. B. in Trägerinstitutionen, Quartiervereinen oder Verbänden,
- **Zugangsexpertise,** insbesondere im Kontext kritischer Lebensereignisse,
- **strategische, politische und finanzielle Expertise,** z. B. von kommunalen Fachstellen, (inter)kantonalen Gremien oder Stiftungen.

Die Tabelle unterscheidet zudem **Öffentlichkeitsarbeit und Policy auf Strukturebene (4.1)** sowie **Intervention und Vernetzung auf Projektebene (4.2)**. Sie benennt gruppen- und kontextspezifische Akteur\*innen hinsichtlich der unterschiedlichen Lebensphasen, um diese gezielt anzusprechen und einzubinden (Amstad, Suris et al., 2022; Amstad, Unterweger et al., 2022; Weber, 2022).

TABELLE 4

### Übersicht über ausgewählte relevante Akteur\*innen auf Struktur- und Projektebene in den unterschiedlichen Lebensphasen

4.1 Strukturebene: Öffentlichkeitsarbeit und Policy			
Perspektiven und Expertisen	Kindheit	Jugend, junges Erwachsenenalter	Ältere Menschen
Vertretungen von Expert*innen aus eigener Erfahrung/ Zugangsexpertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kantonale Vereine und Interessengruppen aus den Bereichen Migration (z. B. FemmesTische/ MännerTische), Flucht, LGBTIQ+, Armutsbetroffenheit, Pflegende usw.</li> </ul>		
Setting- und Fachexpertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kantonale Schuldirektionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kantonale und nationale NGOs, Ligen und Verbände, wie Kinderlobby, Blaues Kreuz, weitere Verbände und Stiftungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kantonale und nationale NGOs, Ligen und Verbände, u. a. Pro Senectute, Caritas, SRK, Radix, Krebsliga, Rheumaliga, Alzheimervereinigung</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kantonale Fachverbände aus den Bereichen Bewegung, Sport, Ernährung, psychische Gesundheit</li> </ul>		
Strategische, politische und finanzielle Expertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kantonale Beauftragte, Ämter und Fachstellen mit Schnittstellenexpertise Gesundheit sowie Soziales und Integration, Bildung, Kindheit, Jugend, Familien, Alter, Wohnen, Raumentwicklung oder Mobilität</li> <li>• Relevante Bundesämter, insbesondere BAG, BSV, BLV, BASPO, ASTRA, ARE, BAFU</li> <li>• Interkantonale Gremien</li> </ul>		
Wissenschaftliche Expertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderspezifische Institute, Netzwerke und Forschungseinrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jugendspezifische Institute, Netzwerke und Forschungseinrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altersspezifische Institute, Netzwerke und Forschungseinrichtungen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institute für Sozial- und Präventivmedizin, Gesundheitsförderung, Prävention</li> <li>• Institute und Fachbereiche für Sport, Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit</li> </ul>		

4.2 Projektebene: Intervention und Vernetzung			
Perspektiven und Expertisen	Kindheit	Jugend, junges Erwachsenenalter	Ältere Menschen
Expertise aus eigener Erfahrung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen aus relevanten vulnerablen Gruppen der jeweiligen Lebensphase</li> <li>• Familie und persönliches Umfeld</li> </ul>		
Vertretungen von Expert*innen aus eigener Erfahrung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elternbeiräte</li> <li>• Vereine und Interessengruppen, z.B. Migration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schüler*innenräte</li> <li>• Vereine und Interessengruppen, z.B. Migration, LGBTIQ+ Jugendliche, Young Carers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senior*innenräte</li> <li>• Selbsthilfeorganisationen</li> <li>• Vereine und Interessengruppen, z.B. Migration im Alter, LGBTIQ+ im Alter</li> </ul>
Settingexpertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausserfamiliäre Kinderbetreuung: Kitas, Tagesfamilien usw.</li> <li>• Asylzentren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokale Schulbehörden</li> <li>• Schulen, Schulsozialarbeit, Schulpsychologische Dienste</li> <li>• Asylzentren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trägerschaften von Pflegeeinrichtungen bzw. Tagesstrukturen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quartierarbeit/Quartiervereine</li> <li>• Gemeindeverantwortliche bzw. kommunale Fachstellen z. B. für Gesundheitsförderung und Prävention, Soziales und Integration, Bildung, Kindheit, Jugend, Familien, Alter, Wohnen, Raumentwicklung oder Mobilität</li> </ul>		
Fachexpertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokale Fachinstitutionen aus den Bereichen Bewegung, Sport, Ernährungsberatung, psychische Gesundheit</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizin, Gesundheit und Pflege, z. B. schulärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendärzteschaft, -psychiatrie, Familienberatung</li> <li>• Spitäler, Gesundheits- und Sozialdienste</li> <li>• Jugendgerichte, Jugendämter, Vormundschaftsbehörden, Sozialämter, Polizei, Jugendanwaltschaft</li> <li>• NGOs, Ligen und Verbände, u. a. lokale Gruppen von Kinderlobby, Blauem Kreuz, weiteren Vereinen und Stiftungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizin, Gesundheit und Pflege, z. B. Hausärzt*innen, Zahnärzt*innen, MVZ, Physiotherapie, Psychiatrie, Pflegefachpersonen, Spitex, Trägerschaften von Pflegeeinrichtungen, Apotheken</li> <li>• Pflege- und Altersberatung</li> </ul>	
Zugangsexpertise (insbesondere bezogen auf kritische Lebensereignisse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elternarbeit</li> <li>• Mütter- und Väterberatung bzw. Erziehungsberatung</li> <li>• Offene Kinder- und Jugendarbeit</li> <li>• Gynäkolog*innen, Hebammen, Kinderärzt*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offene Kinder- und Jugendarbeit</li> <li>• Jugendarbeit</li> <li>• Beratungsstellen wie z. B. Jugendberatung, Suchtberatung</li> <li>• Jugend-, Jugendschutzkommissionen</li> <li>• Kinderärzt*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NGOs, Ligen und Verbände, u. a. Pro Senectute, Caritas, SRK, Radix, lokale Gruppen von Krebsliga, Rheumaliga, Lungenliga, Alzheimervereinigung, FemmesTische/ MännerTische</li> <li>• Private Berufsgruppen und Institutionen, z. B. Interkulturelle Vermittlungsdienste, Bestattungsunternehmen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirchen und Religionsgemeinschaften</li> </ul>		
Strategische, politische und finanzielle Expertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinde-Fachstellen und -Beauftragte insbesondere mit Schnittstellenexpertise Gesundheit sowie Soziales und Integration, Bildung, Kindheit, Jugend, Familien, Alter, Wohnen, Raumentwicklung oder Mobilität</li> </ul>		

Quelle: adaptiert nach Amstad, Suris et al. (2022), Amstad, Unterweger et al. (2022) und Weber (2022)

## 7 Vulnerabilität in Prävention und Gesundheitsförderung adressieren: vier übergeordnete Handlungsempfehlungen

Die *chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention* zielt auf die Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten gesundheitlich besonders vulnerabler Menschen. Die im Folgenden aufgeführten Handlungsempfehlungen beziehen die wichtigsten Punkte der in den verschiedenen Kapiteln dieses Faktenblatts ausgeführten Aspekte ein.

### Handlungsempfehlung 1

#### **Multidimensionale Konzeptualisierung von Vulnerabilität fördern – Vulnerabilität im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention**

(Kapitel 2)

Der Begriff *Gesundheitliche Vulnerabilität* bezieht sich in Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auf Bevölkerungsgruppen, die ein erhöhtes Risiko haben, psychisch und körperlich zu erkranken oder früher zu sterben. Vulnerabilität ergibt sich aus einem Ungleichgewicht von Belastungen und Ressourcen. Aus der *Lebenslaufperspektive* und mit Blick auf Lebensphasenmodelle ist Vulnerabilität verbunden mit herausfordernden *Lebensübergängen* und *kritischen Lebensereignissen*.

Die Perspektive der *Intersektionalität* dient einem umfassenderen Verständnis von Vulnerabilität und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Sie berücksichtigt die Wechselwirkungen zwischen sozialen Kategorien sowie soziokulturelle Machtverhältnisse bei mehrfach *marginalisierten* Menschen.

Ein *mehrdimensionales Verständnis* von Vulnerabilität identifiziert und adressiert *Ressourcen, Resilienz* sowie *Capability Sets und Agency*. Unterschieden werden: *strukturelle und Systemebene, Settings, soziale und interpersonale Ebene, die Ebene kritischer Lebensereignisse und Lebensübergänge* sowie die *Ebene individueller Vulnerabilität*.

In [Kapitel 3](#) zeigt [Tabelle 1](#) potenziell interagierende Faktoren für Vulnerabilität auf den unterschiedlichen Ebenen. Sie soll für die Komplexität von Vulnerabilität sensibilisieren und verdeutlichen, dass Massnahmen zur Ressourcenstärkung sowohl auf struktureller wie auch auf sozialer und individueller Ebene ansetzen und interdisziplinär sowie interdepartemental angegangen werden müssen.

### Handlungsempfehlung 2

#### **Partizipation und Kommunikation mit vulnerablen Gruppen stärken**

[Kapitel 5](#) führt *Kriterien und Beispiele für erfolgversprechende Massnahmen* zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit in den verschiedenen Altersgruppen auf. Vier der dort genannten Kriterien sind für die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in allen Lebensphasen von besonderer Bedeutung: *Gruppenbezug, Empowerment, Partizipation und Settingansatz*.

### Handlungsempfehlung 3

#### **Zusammenarbeit für eine repräsentative Datenbasis auf verschiedenen politischen Ebenen (Bund, Kantone, Gemeinden) unterstützen für eine bessere wissenschaftliche Evidenz und ein Monitoring zum Ausmass von Vulnerabilität** (Kapitel 4)

Diese Handlungsempfehlung ergibt sich aus dem Umstand, dass es für die Schweiz bislang vergleichsweise wenige repräsentative Erhebungen gibt, die das Ausmass multidimensionaler Vulnerabilität in den unterschiedlichen Lebensphasen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention verdeutlichen können. Dennoch enthält [Kapitel 4](#) Beispiele zum Ausmass der Vulnerabilität auf den verschiedenen Ebenen für die drei Altersgruppen Kindheit, Jugend und junges Erwachsenenalter sowie höheres Lebensalter.

### Handlungsempfehlung 4

#### **Health-Equity-Impact-Indikatoren konzeptualisieren zur Erhebung der Wirksamkeit von Massnahmen bei verschiedenen vulnerablen Gruppen auf den Ebenen Interventionen, Policy, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung** (Kapitel 4)

Diese Handlungsempfehlung nimmt den Umstand auf, dass eine umfassendere Datenlage über bestehende Vulnerabilitäten eng verbunden sein sollte mit einer Verbesserung der Evidenz zur Wirksamkeit von Massnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. [Kapitel 3](#) und [Kapitel 6](#) bieten Hinweise für Projekte und Programme zu möglichen Indikatoren der individuellen Wirksamkeit, Empowerment-Effekten, Wirksamkeit bezogen auf kritische Lebensereignisse, auf sozialer und interpersonaler Ebene sowie auf struktureller und Systemebene.

## 8 Beratungsangebote und weitere Hinweise

- Planungs- und Evaluationstool zur Stärkung der Chancengerechtigkeit durch Standortwahl: [Faktenblatt 89 «Chancengleichheit durch Standortwahl stärken»](#)
- Beratungsangebot und Dienstleistungen von [migesplus.ch](#), Schweizerisches Rotes Kreuz
- [Beratungsangebot von HEKS zu Alter und Migration für Institutionen und Fachpersonen](#)
- [Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen EBGB](#)

## 9 Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74(2), 236–244. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>
- Amstad, F., Suris, J., Barrense-Dias, Y., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Bernath, J., Süss, D., Suggs, S., Bucher Della Torre, S., Wieber, F., von Wyl, A., Zysset, A., Schiftan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Amstad, F., Unterweger, G., Sieber, A., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Kriemler, S., Radtke, T., Bucher Della Torre, S., Gentaz, E., Schiftan, R., Wittgenstein Mani, A.-F. & Koch, F. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit Kindern – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bigler, C., Pita, Y. & Amacker, M. (2024). *Psychische Gesundheit von jungen Frauen. Faktenblatt 102*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Blümel, S., Lehmann, F. & Hartung, S. (2021). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i128-1.0>
- Boldt, J. (2019). The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 14(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0075-6>
- Bowleg, L. (2012). The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality – an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Bowleg, L. (2020). Evolving Intersectionality Within Public Health: From Analysis to Action. *American Journal of Public Health*, 111(1), 88–90. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306031>
- Bundesamt für Statistik (2022). *Bevölkerung nach Migrationsstatus*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>
- Bundesamt für Statistik (2023). *Indikatoren zur finanziellen Situation, nach Alter 2021*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-deprivation.assetdetail.26245783.html>
- Bundesamt für Statistik (2019). *Ressourcen und Gesundheitsverhalten der Seniorinnen und Senioren*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/10027510>
- Burgaz, C., Gorasso, V., Achten, W. M. J., Batis, C., Castronuovo, L., Diouf, A., Asiki, G., Swinburn, B. A., Unar-Munguía, M., Devleeschauwer, B., Sacks, G. & Vandevijvere, S. (2023). The effectiveness of food system policies to improve nutrition, nutrition-related inequalities and environmental sustainability: a scoping review. *Food Security*, 15(5), 1313–1344. <https://doi.org/10.1007/s12571-023-01385-1>
- Burla, L. (2023). *Gesundheitliche Chancengleichheit: Datenquellen* (Vol. 09/2023). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Craike, M., Bourke, M., Hilland, T. A., Wiesner, G., Pascoe, M. C., Bengoechea, E. G. & Parker, A. G. (2019). Correlates of Physical Activity Among Disadvantaged Groups: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(5), 700–715. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.06.021>
- Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139–167.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies.

- Frahsa, A., Abel, T., Gelius, P., Rütten, A. & the Capital4Health Research Consortium (2021). The capability approach as a bridging framework across health promotion settings: theoretical and empirical considerations. *Health Promotion International*, 36(2), 493–504.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/daaa076>
- Gasser, N., Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen.* (395234768X).
- Gormley, L., Belton, C. A., Lunn, P. & Robertson, D. A. (2019). *Interventions to increase physical activity in disadvantaged communities: A review of behavioural mechanisms* [Working Paper] (646).  
<https://www.econstor.eu/handle/10419/228291>
- Grabovschi, C., Loignon, C. & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 13, 94.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
- Kohler, S., Dippon, L., Helsper, N., Rütten, A., Abu-Omar, K., Birkholz, L., Pfeifer, K., Weber, P. & Semrau, J. (2023). Population-based physical activity promotion with a focus on health equity: a review of reviews. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 18.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-023-01834-5>
- Kuran, C. H. A., Morsut, C., Kruke, B. I., Krüger, M., Segnestam, L., Orru, K., Nævestad, T. O., Airola, M., Keränen, J., Gabel, F., Hansson, S. & Torpan, S. (2020). Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, 101826.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101826>
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., Moser, U., Becker, S. & Jung, C. (2018). Counting Young Carers in Switzerland – A Study of Prevalence. *Children & Society*, 33(1), 53–67.  
<https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- Marmet, S. & Gmel, G. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum im Jahr 2016.* Sucht Schweiz.
- Obsan (2020). *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.* Hogrefe.
- Olstad, D., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L., Taber, D., Raine, K., Nykiforuk, C. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obesity Reviews*, 18(7), 791–807.
- Olstad, D., Teychenne, M., Minaker, L., Taber, D., Raine, K., Nykiforuk, C. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obesity Reviews*, 17(12), 1198–1217.
- Pahud, O. (2021). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich.* Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Roder, U., Paz Castro, R. & Salis Gross, C. (2019). *Ansätze und Erfolgskriterien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen.* ISGF.
- Seematter-Bagnaud, L., Belloni, G., Zufferey, J., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C. & Pellegrini, S. (2021). *Lebenserwartung und Gesundheitszustand: jüngste Entwicklungen.* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Tierney, K. (2019). *Disasters: A sociological approach.* Polity Press.
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen.* Gesundheitsförderung Schweiz.
- Weber, D. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis.* Gesundheitsförderung Schweiz.
- Zumbrunn, A., Bachmann, N., Bayer-Oglesby, L., Meyer, S., Merki, M. & Robin, D. (2020). *Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen als Gesundheitsdeterminanten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz. Literaturrecherche und Expertinnen-/Expertenbefragung.* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.

## Impressum

### Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

### Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

Myriam Kleiner

### Autor\*innen

Annika Frahsa, unter Mitarbeit von Harvy Joy Liwanag und Gia Thu Ly, Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Lindenhof-Stiftungsprofessur für Community Health (sozial-räumliche Gesundheitssystemforschung)

### Fachliche Begleitung

- Helena Bigler, Procap
- Prof. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello (Übergänge und kritische Lebensereignisse)

### Redaktionelle Bearbeitung

Nina Jacobshagen

### Fotonachweis Titelbild

© Adobe Stock

### Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 113

© Gesundheitsförderung Schweiz, Januar 2025

### Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz  
Wankdorffallee 5, CH-3014 Bern  
Tel. +41 31 350 04 04  
office.bern@promotionsante.ch  
www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen