

# Closing the Gap

Einflüsse der Ausgestaltung des Gesundheitswesens auf die Lebenserwartung  
indigener Bevölkerungsgruppen

Leistungsnachweis zum Mastermodul  
Sozialpolitik im internationalen Vergleich (SIV)  
Frühlingssemester 2023

Eingereicht bei:

Prof. Dr. Michelle Beyeler  
Prof. Dr. Lucia M. Lanfranconi

Eingereicht von:

Julie Stettbacher  
julie.stettbacher@stud.hslu.ch  
Matrikel-Nr. 18-704-379  
Abgabedatum 30.06.2023

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellung .....	1
2. Lebenserwartung der indigenen Bevölkerung .....	2
3. Gesundheitssystem .....	4
4. Gesundheitspolitische Massnahmen.....	5
5. Fazit und Ausblick.....	7
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	III
Literaturverzeichnis .....	IV
Einverständniserklärung .....	VII

## 1. Einleitung und Fragestellung

In verschiedensten Ländern der Welt sind indigene Bevölkerungsgruppen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit grossen sozialen Nachteilen und gesundheitlichen Ungleichheiten konfrontiert (King, Smith & Gracey, 2009, S.83). Viele dieser Völker leben in Regionen mit schlechter Infrastruktur und ihre Gesundheitsprobleme könnten plausibel auf das Fehlen lokaler Ressourcen zurückgeführt werden. Aber es gibt Hinweise darauf, dass spezifischere soziale Kräfte im Spiel sind (Kirmayer & Brass, 2016, S.105). Denn selbst in Ländern mit hoher Ressourcenausstattung, wie Australien, Kanada und Neuseeland, ist die Lebenserwartung indigener Völker nach wie vor markant niedriger als in der Allgemeinbevölkerung, was auf schädliche Auswirkungen anhaltender sozialer Benachteiligung hinweist (Mitrou et al., 2014).

Die Determinanten der gesundheitlichen Unterschiede sind vielfältig, interaktiv und synergetisch (King et al., 2009, S.82). Trotz erheblicher regionaler Unterschiede ist die Gesundheit indigener Völker insgesamt durch eine relativ geringe Lebenserwartung gekennzeichnet (Valeggia & Snodgrass, 2015, S.121). Häufig genannte Gründe dafür sind v.a. eine hohe Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit, hohe Mortalität bei Müttern sowie soziale Probleme, Krankheiten und Todesfälle im Zusammenhang mit Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen. Verstärkt wird diese Anfälligkeit für Krankheiten zusätzlich durch schlechte Lebensbedingungen, wie Armut, Mangelernährung, Umweltverschmutzung und schlechte Hygiene (Gracey & King 2009, S.65).

Die tiefere Lebenserwartung indigener Bevölkerungsgruppen ist demnach ein komplexes und bekanntes Problem, dessen Beseitigung ein stärkeres Bewusstsein, politisches Engagement und Anerkennung erfordert (Gracey & King, 2009, S.65). Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt insbesondere auf der Ausgestaltung des jeweiligen Gesundheitssystems. Dabei soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Hat die Ausgestaltung des Gesundheitssystems einen Einfluss auf die tiefere Lebenserwartung indigener Bevölkerungsgruppen?
- Welche Massnahmen existieren, um die ungleiche Lebenserwartung ausgleichen?

Indigene Völker leben in allen Teilen der Welt, allerdings stammen die meisten zugänglichen Informationen in Form von wissenschaftlichen Artikeln über die Gesundheit indigener Gruppen aus westlichen Ländern, insbesondere den Vereinigten Staaten, Kanada, Neuseeland und

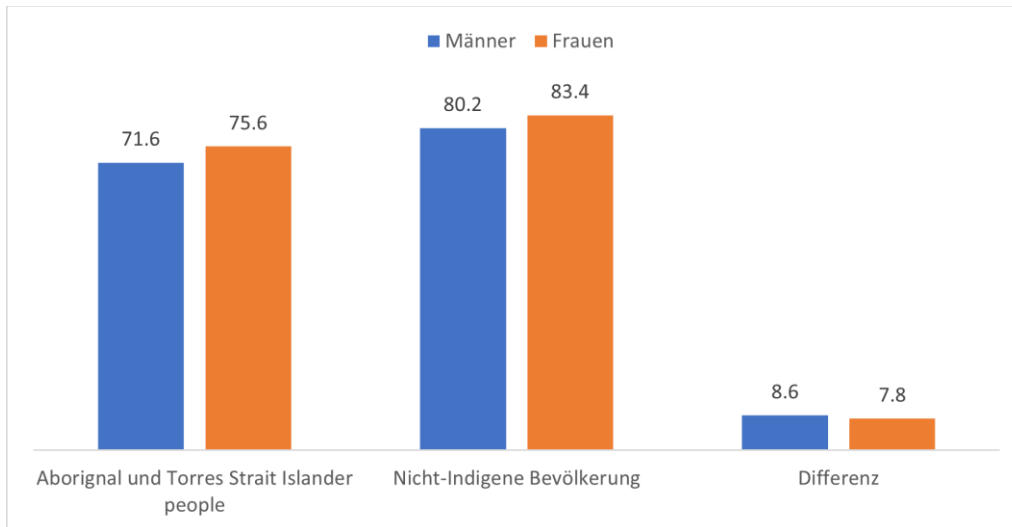
Australien (Valeggia & Snodgrass, 2015, S.119). Von diesen sind Kanada, Australien und die Vereinigten Staaten bezüglich geografischer Ausdehnung am ehesten vergleichbar und werden zudem alle dem liberalen Wohlfahrtsstaattypus zugeordnet (Koops, 2006, S.10). Kanada und Australien haben ein national geregeltes und steuerfinanziertes Gesundheitssystem, wohingegen es in den Vereinigten Staaten eine Mischung aus öffentlichen und privaten Regelungen gibt (Hacker, 1998, S.62). Unterschiedliche Gesundheitssysteme lassen auch unterschiedliche Lösungsansätze für die Schliessung der Ungleichheitslücke vermuten. Wegen des begrenzten Umfangs des vorliegenden Beitrags werden nur Australien und die Vereinigten Staaten verglichen.

Im Folgenden wird zunächst auf die Lebenserwartung der indigenen Bevölkerung im Vergleich zur nicht-indigenen Bevölkerung eingegangen. Danach folgt eine Beschreibung des jeweiligen Gesundheitssystems mit Fokus auf der Gestaltung der Versicherungen sowie eine Darstellung der wichtigsten Massnahmen, die zum Ausgleich der Diskrepanz in der Lebenserwartung ergriffen werden.

## 2. Lebenserwartung der indigenen Bevölkerung

Bereits benannte Probleme indigener Völker, wie der schlechtere Gesundheitszustand, die Überrepräsentation unter Armen und Benachteiligten sowie die geringere Lebenserwartung sind in **Australien** noch grösser als in anderen entwickelten Ländern (Durey & Thompson, 2012, S.2). So war die Lebenserwartung von Aboriginals und Torres Strait Islandern, die rund 3.3% der Gesamtbevölkerung ausmachen (Markham & Biddle, 2018, S.1), in den Jahren 2015 bis 2017 durchschnittlich 8.2 Jahre tiefer als beim Rest der australischen Bevölkerung (siehe Abbildung 1).

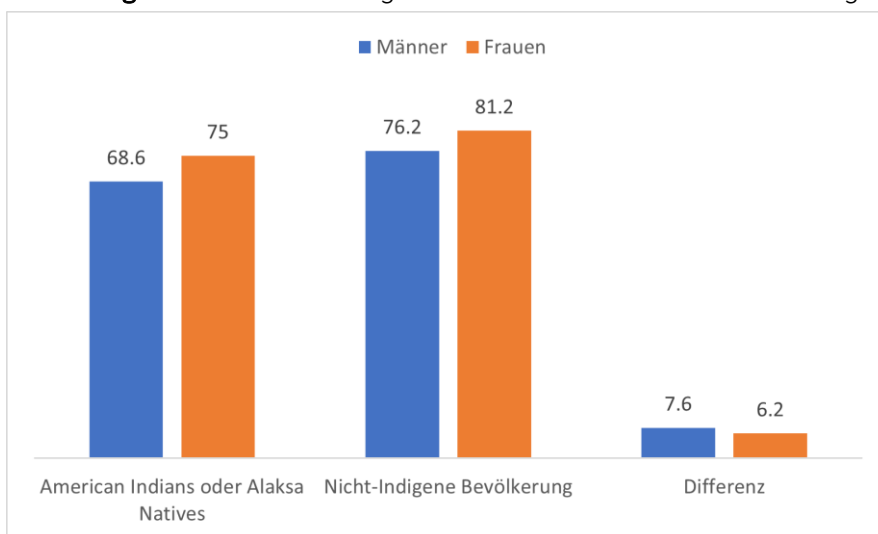
**Abbildung 1:** Lebenserwartung der australischen Bevölkerung bei Geburt in Jahren



Eigene Darstellung, Quelle: Australian Bureau of Statistics, 2015-2017

In den **Vereinigten Staaten** bezeichnen sich rund 5.2 Millionen Menschen als American Indian oder Alaska Native, das entspricht 2% der US-amerikanischen Bevölkerung (Norris, Vines & Hoeffel, 2012, S.1). 2019 betrug die Lebenserwartung der indigenen Population durchschnittlich 71.8 Jahre, wobei Frauen hier eine 6 Jahre geringere, Männer eine 7 Jahre geringere Lebenserwartung hatten als die nicht-indigenen Bevölkerung (Abbildung 2). Hierbei ist anzumerken, dass Statistiken zur Lebenserwartung der indigenen Bevölkerung in der Vergangenheit oft nur spärlich vorhanden waren und aufgrund von falscher Klassifizierung der ethnischen Zugehörigkeit negative Auswirkungen auf die Verlässlichkeit Daten wahrscheinlich sind (Arias, Heron & Hakes, 2016, S.1).

**Abbildung 2:** Lebenserwartung der US-amerikanischen Bevölkerung bei Geburt in Jahren



Eigene Darstellung, Quelle: National Center for Health Statistics, 2022

Die Diskrepanz in der Lebenserwartung von indigenen und nicht-indigenen Personen ist in beiden betrachteten Ländern vorhanden. Nennenswert ist hier, dass die Differenz in der australischen Population zwischen indigenen und nicht-indigenen Personen grösser ist als in den Vereinigten Staaten, obschon die Lebenserwartung in Australien insgesamt höher ist.

### 3. Gesundheitssystem

Die unterschiedlichen Gesundheitssysteme beider Länder sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

**Tabelle 1:** Ausgestaltung der Krankenversicherung

Australien	Vereinigte Staaten
Medicare	Private Versicherung (66.0%)
Private (Zusatz-)Versicherung	- Auf dem Arbeitsmarkt
- Krankenhausversicherung (45.1%)	- Direktbezug
- Deckung allgemeiner Behandlungskosten (55.0%)	- Marktplatz
	- TRICARE
	Staatliche Versicherung (35.7%)
	- Medicare
	- Medicaid
	- VA, CHAMPVA
	Ohne Versicherung (8.3%)

*Eigene Darstellung, Quelle: Australian Prudential Regulation Authority, 2023; Keisler-Starkey & Bunch, 2020*

Das australische Gesundheitssystem stützt sich auf Medicare, eine allgemeine Krankenversicherung (AIHW, 2023) die durch Steuereinnahmen finanziert wird (ATO, 2021). Medicare zahlt Rabatte für medizinische Leistungen und Verfahren, die von privaten Mediziner:innen erbracht werden, gewährleistet kostenlose Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern sowie Zugang zu einer Reihe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die im Rahmen des Pharmaceutical Benefits Scheme subventioniert werden (Department of Health and Aged Care, 2019). Eine zusätzliche private Krankenversicherung ermöglicht die Wahl ausserhalb des öffentlichen Systems und geht mit einer Beteiligung der Kosten einher (Departement of Health and Aged Care, 2019). Sie deckt Leistungen in privaten Krankenhäusern und viele ambulante Gesundheitsleistungen ab, die von Medicare nicht übernommen werden, wie z.B. Zahnbehandlungen. Überdies können die potentiell langen Wartelisten des öffentlichen Gesundheitssystems vermieden und die Ärztin/der Arzt selbst gewählt werden (Biggs & Cook, 2018, S.3).

Im Gegensatz dazu bietet das US-Gesundheitssystem keine universelle Deckung und wird als gemischtes System definiert, in dem die öffentlich finanzierte staatliche Medicare- und Medicaid-Gesundheitsversorgung mit privat finanzierten Krankenversicherungsplänen koexistiert (ISPOR, 2023). Im Jahr 2019 waren 66.0% der Einwohner:innen privat, z.B. über ihre Arbeitgeber:innen, versichert und 35.7% nahmen staatliche Versicherungen wie Medicaid (für Personen mit begrenztem Einkommen) oder Medicare (für Personen ab 65 Jahren) in Anspruch. Etwas über 8% der US-Amerikaner:innen waren nicht versichert (Keisler-Starkey & Bunch, 2020, S.4).

Zum Versicherungsstatus der indigenen Bevölkerung gibt es kaum Angaben. In Australien ist aufgrund der staatlichen Einheitskrankenkasse zumindest formal der Zugang zu medizinischen Leistungen gesichert. Nichtsdestotrotz ist angesichts der Überrepräsentation indigener Völker unter Armen und Benachteiligten (Durey & Thompson, 2012, S.2) zu erwarten, dass nur wenige Aboriginals und Torres Strait Islanders über eine private Zusatzversicherung verfügen. Ähnlich scheint es in den Vereinigten Staaten zu sein: Unter Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter weisen diejenigen, die in Armut leben, die höchste Nichtversichertenquote (24%) auf (Keisler-Starkey & Bunch, 2020, S.9). Es ist daher davon auszugehen, dass ein Grossteil der American Indians und Alaska Natives über unzureichenden Versicherungsschutz und damit unzureichenden Zugang zur Gesundheitsversorgung verfügt.

Die universale Krankenversicherung Australiens könnte teilweise die durchschnittlich höhere Lebenserwartung im Vergleich zu den Vereinigten Staaten erklären, denn Zugang zu mehrheitlich kostenlosen Gesundheitsdienstleistungen führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer höheren Lebenserwartung. Dass allerdings die Differenz der Lebenserwartung zwischen indigener und nicht-indigener Bevölkerung in Australien grösser ist als in den Vereinigten Staaten, lässt sich hiermit nicht erklären und scheint kontraintuitiv.

#### 4. Gesundheitspolitische Massnahmen

Laut der Australischen Regierung ist es eine nationale Priorität, die Gesundheit der indigenen Bevölkerung zu verbessern. In Zusammenarbeit mit Aboriginals und Torres Strait Islandern werden zahlreiche Strategien, Programme und Initiativen entwickelt und umgesetzt (Department of Health and Aged Care, 2023). Tabelle 2 gibt eine Übersicht der unterschiedlichen Bemühungen.

**Tabelle 2: Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der indigenen Bevölkerung**

<p><b>Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Aboriginal Community Controlled Health Services (ACCHS):</b> Von der lokalen Aborigine-Gemeinschaft initiierte und betriebene Primärdienstleister.</li><li>- <b>Finanzierung weiterer Dienstleistungen wie z.B.:</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Unterstützung während der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit</li><li>▪ Medizinische Grundversorgung zur Vorbeugung von Krankheiten und Reduktion von Krankenhausaufenthalten</li><li>▪ Gezielte Programme zur Behandlung chronischer Krankheiten sowie Massnahmen zur Bekämpfung des Rauchens und Tabakkonsums</li></ul></li></ul>
<p><b>Gesundheitspolitische Strategien und Programme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>National Agreement on Closing the Gap:</b> Verpflichtung aller australischen Regierungen, das Leben der Aboriginals und Torres Strait Islandern zu verbessern.</li><li>- <b>National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan:</b> Übergreifender politischer Rahmen für die Gesundheit der Aboriginals und Torres Strait Islanders.</li><li>- <b>National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workforc Strategic Framework and Implementation Plan 2021 – 2031</b></li><li>- <b>National Framework for Health Services for Aboriginal and Torres Strait Islander Children and Families</b></li><li>- <b>Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework:</b> Kontrollinstrument für Fortschritte in den Gesundheitsergebnissen der indigenen Bevölkerung.</li><li>- <b>Social and Emotional Wellbeing Policy Partnership</b></li></ul>

*Eigene Darstellung, Quelle: Department of Health and Aged Care, 2023*

Auch die US-amerikanische Regierung engagiert sich für die Gesundheit der indigenen Bevölkerung. Auf Basis des Gesetzes zur Verbesserung des indianischen Gesundheitswesens (Indian Health Care Improvement Act) schufen die Vereinigten Staaten mit der Indian Health Service (IHS) eine eigene Bundesbehörde, die für die Verbesserung der Gesundheit der American Indians und Alaska Natives zuständig ist. Das IHS stellt direkte medizinische und öffentliche Gesundheitsdienste für Mitglieder staatlich anerkannter Stämme bereit, bietet u.a. stationäre, ambulante sowie Notfall- und zahnärztliche Leistungen an und hat kein festgelegtes



medizinisches Leistungspaket, das bestimmte Gesundheitsleistungen ein- oder ausschliesst. Die meisten IHS-Einrichtungen bieten ambulante Versorgung an, wobei der Schwerpunkt auf der Primär- und Präventivversorgung liegt. Dazu kommen eine Reihe von Gesundheitsdienstleistungen, die auf häufige Erkrankungen ausgerichtet sind, z.B. Vorbeugung und Behandlung von Diabetes oder Programme zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten. Überdies finanziert das IHS den Bau und die Instandhaltung von IHS-Einrichtungen sowie Bemühungen um die Anwerbung und Bindung von qualifiziertem Gesundheitspersonal (Heisler, 2015). Des Weiteren bieten das IHS und die Gesundheitsprogramme der Stämme auch innovative Lösungen gerade im Bereich der Gesundheitsinformationstechnologie. Dieses Engagement wird v.a. durch Telemedizinlösungen umgesetzt, wie z.B. das Alaska Federal Health Care Access Network oder der IHS Electronic Health Record, ein Ressourcen- und Patientenverwaltungssystem (Carroll et al., 2011, S.5).

Der wohl bemerkenswerteste Unterschied zwischen den Massnahmen beider Länder sind die Verantwortlichkeiten. Während in Australien eine Vielzahl an Strategien und Programmen mit entsprechend vielen Verantwortlichen existiert, koordiniert in den Vereinigten Staaten eine Behörde alle Bemühungen. Das ohnehin bereits komplexe, unkoordinierte und fragmentierte Versorgungssystem Australiens (Ratnanesan & Howarth, 2014, S.8) scheint sich in einer Fülle an potentiellen Lösungsansätzen widerzuspiegeln mit denselben Koordinationsproblematiken. Dies hat möglicherweise Einfluss auf die Effizienz der Programme, was sich wiederum negativ auf die Lebenserwartung indigener Gruppen auswirken kann und so der Schliessung der Lücke entgegenwirkt. Die Vereinigten Staaten verfügen zwar ebenfalls über ein hochkomplexes Gesundheitssystem mit zahlreichen Playern, aber wenn es um die Gesundheit der indigenen Bevölkerung geht, entscheidet und koordiniert nur eine Behörde, was eine effizientere und folglich effektivere Bearbeitung des Problems ermöglicht.

## 5. Fazit und Ausblick

Im Vergleich der statistischen Kennzahlen der Lebenserwartung zeigt sich, dass die australische Bevölkerung durchschnittlich länger lebt als die US-amerikanische, was zumindest teilweise der universellen Krankenversicherung zugeschrieben werden kann. Die Differenz zwischen der Lebenserwartung indigener und nicht-indigener Einwohner:innen ist hingegen in Australien höher, was eine Folge der zwar zahlreichen aber unkoordinierten Massnahmen sein könnte, die dann mit reduzierter Effizienz und Effektivität einhergeht.

Dementsprechend scheint die Gestaltung des Gesundheitssystems für eine höhere Lebenserwartung indigener Bevölkerungsgruppen grundsätzlich wenig beizutragen und stattdessen eher Einfluss auf die durchschnittliche Lebenserwartung der gesamten Bevölkerung zu haben. Es scheint empfehlenswerter, eine effiziente Koordination unterschiedlicher Massnahmen anzustreben, als eine blosse Vielzahl an Strategien und Programmen zu entwickeln.

Der vorliegende Beitrag unterliegt unterschiedlichen Restriktionen: Zunächst sind systematische Informationen über Gesundheit, Mortalität und Lebenserwartung nur spärlich vorhanden, da indigene Gruppen in den meisten Ländern nach wie vor stark marginalisiert werden (Stephens et al., 2005). Kausale Aussagen sind daher nur mit Vorsicht zu treffen und stets im Bewusstsein der spärlichen Datenlage zu interpretieren. Zudem zeigt sich eine Verzerrung in der publizierten Forschung, die v.a. auf die Gesundheit indigener Völker in westlichen Ländern fokussiert und so den Gesamtüberblick verfälschen kann (Valeggia & Snodgrass, 2015, S.119). Die Erkenntnisse lassen sich somit nicht direkt auf andere Länder übertragen, sondern erfordern weitere empirische Überprüfung. Auch wurden in diesem Beitrag zugunsten des Fokus auf das Gesundheitssystem andere Ursachenfaktoren weitestgehend ausgeblendet. Nichtsdestotrotz sind mögliche Synergien und Interaktionen denkbar und wahrscheinlich und könnten Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abbildung 1</b>	<i>Lebenserwartung der australischen Bevölkerung bei Geburt in Jahren</i>	3
<b>Abbildung 2</b>	<i>Lebenserwartung der US-amerikanischen Bevölkerung bei Geburt in Jahren</i>	3
<b>Tabelle 1</b>	<i>Ausgestaltung der Krankenversicherung</i>	4
<b>Tabelle 2</b>	<i>Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der indigenen Bevölkerung</i>	6

## Literaturverzeichnis

Arias, E., Heron, M. P., & Hakes, J. K. (2016). The validity of race and Hispanic origin reporting on death certificates in the United States: an update.

Australian Bureau of Statistics [ABS]. (2015-2017). *Life Tables for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians*. <https://www.abs.gov.au/statistics/people/aboriginal-and-torres-strait-islander-peoples/aboriginal-and-torres-strait-islander-life-expectancy-estimates/latest-release>.

Australian Institute of Health and Welfare [AIHW]. (2023). *Health system overview*. <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview>

Australian Prudential Regulation Authority [APRA]. (2023). *Quarterly private health insurance statistics*. <https://www.apra.gov.au/quarterly-private-health-insurance-statistics>

Australian Taxation Office [ATO]. (2021). *Medicare levy*. <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-and-private-health-insurance/Medicare-levy/>

Biggs, A., & Cook, L. (2018). *Health in Australia: a quick guide*. Parliamentary Library.

Carroll, M., Cullen, T., Ferguson, S., Hogge, N., Horton, M., & Kokesh, J. (2011). Innovation in Indian healthcare: using health information technology to achieve health equity for American Indian and Alaska Native populations. *Perspectives in health information management/AHIMA, American Health Information Management Association*, 8(Winter).

Department of Health and Aged Care. (2019). *The Australian Health System*. <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>

Department of Health and Aged Care. (2023). *How we support Aboriginal and Torres Strait Islander health*. <https://www.health.gov.au/topics/aboriginal-and-torres-strait-islander-health/how-we-support-health>

Durey, A., & Thompson, S. C. (2012). Reducing the health disparities of Indigenous Australians: time to change focus. *BMC health services research*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-151>

- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
- Hacker, J. S. (1998). The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian, and US medical policy. *Studies in American Political Development*, 12(1), 57-130. <https://doi.org/10.1017/S0898588X98001308>
- Heisler, E. J. (2015). *The Indian Health Service (IHS): An Overview*. Congressional Research Service.
- International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research [ISPOR]. (2023). *US Healthcare System Overview-Background*. <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1>
- Keisler-Starkey, K., & Bunch, L. N. (2020). Health insurance coverage in the United States: 2019. *Washington, DC: US Census Bureau*.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
- Kirmayer, L. J., & Brass, G. (2016). Addressing global health disparities among Indigenous peoples. *The Lancet*, 388(10040), 105-106. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30194-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30194-5)
- Koops, P. (2006). *Wohlfahrtsregime nach Esping-Andersen. Deutschland und Dänemark*. GRIN Verlag.
- Markham, F., & Biddle, N. (2018). Recent changes to the Indigenous population geography of Australia: evidence from the 2016 Census. *Australian Population Studies*, 2(1), 1-13. <https://doi.org/10.37970/aps.v2i1.21>
- Mitrou, F., Cooke, M., Lawrence, D., Povah, D., Mobilia, E., Guimond, E., & Zubrick, S. R. (2014). Gaps in Indigenous disadvantage not closing: a census cohort study of social determinants of health in Australia, Canada, and New Zealand from 1981–2006. *BMC Public Health*, 14, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-201>

- National Center for Health Statistics [NCHS]. (2022). *Life Expectancy*.  
<https://www.cdc.gov/nchs/nvss/life-expectancy.htm#publications>
- Norris, T., Vines, P. L., & Hoeffel, E. M. (2012). *The american indian and alaska native population: 2010* (Vol. 20110). Washington, DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau.
- Ratnanesan, A., & Howard, P. (2014). *Future Solutions in Australian Healthcare. White Paper: Innovative Ideas and Strategies for Sustainable Healthcare*. Energesse: Sidney, Australia.
- Stephens, C., Nettleton, C., Porter, J., Willis, R., & Clark, S. (2005). Indigenous peoples' health—why are they behind everyone, everywhere?. *The Lancet*, 366(9479), 10-13.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66801-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66801-8)
- Valeggia, C. R., & Snodgrass, J. J. (2015). Health of indigenous peoples. *Annual Review of Anthropology*, 44, 117-135. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102214-013831>

# Einverständniserklärung

## Einverständniserklärungen

Diese müssen auf der letzten Seite der Arbeit angebracht und persönlich unterzeichnet werden.

- Diese Arbeit wurde selbständig, ohne Hilfe Dritter und unter Angabe aller Benutzerquellen angefertigt
- Ich habe mich an die Vorgaben betreffend die Zeichenzahl gehalten. Der Haupttext dieser Arbeit umfasst: 15'746 Zeichen (inkl. Leerzeichen).
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass falls ich eine Note 5.3 oder besser für diese Arbeit erhalte, diese Arbeit auf der Webseite <https://virtuelleakademie.ch/good-practice-beispiele/sozialpolitik-im-vergleich/> online publiziert wird und damit späteren Studierenden sowie einer interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird.

## Ort, Datum und Unterschrift



Winterthur, 30.06.2023