

Diskussionspapier (Arbeitsversion 22.9.2017)

– Dem Ansatz von *Health in All Policies* zu neuer Aktualität verhelfen –

„Weil du arm bist, musst du früher sterben“¹

...überschreibt die Nationale Armutskonferenz ihr aktuelles Positionspapier und unterstreicht damit, dass der Begriff Armut mehr umfasst als fehlende Konsumgüter. „Armut bedeutet physisches und psychisches Leid, höhere Erkrankungsraten und eine signifikant geringere Lebenserwartung“ (NAK 2017:6).

Ein Blick auf die aktuelle Studienlage zeigt: Männer und Frauen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze² haben eine um 8 bis 11 Jahre geringere mittlere Lebenserwartung bei Geburt (Lampert 2017). Betrachtet man die gesunde Lebenserwartung, d.h. die Lebensjahre, die in gutem oder sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden, macht der Unterschied zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe sogar 13 bis 14 Jahre aus.

„Seit gut einem Jahrhundert steigt die mittlere Lebenserwartung global stetig“, stellt das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung fest, aber nicht für alle (Sütterlin 2017). Die Expert*innen der Studie benennen hierfür zwei Faktoren als richtungsweisend: den Sozialstatus und den Bildungsgrad. Die sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung haben zahlreiche Ursachen (Lampert et al. 2017). Zu berücksichtigen sind:

- die Wohlstandsverteilung
- die Unterschiede in Bezug auf den Lebensstandard
- die soziale Absicherung und
- die Wohnverhältnisse.

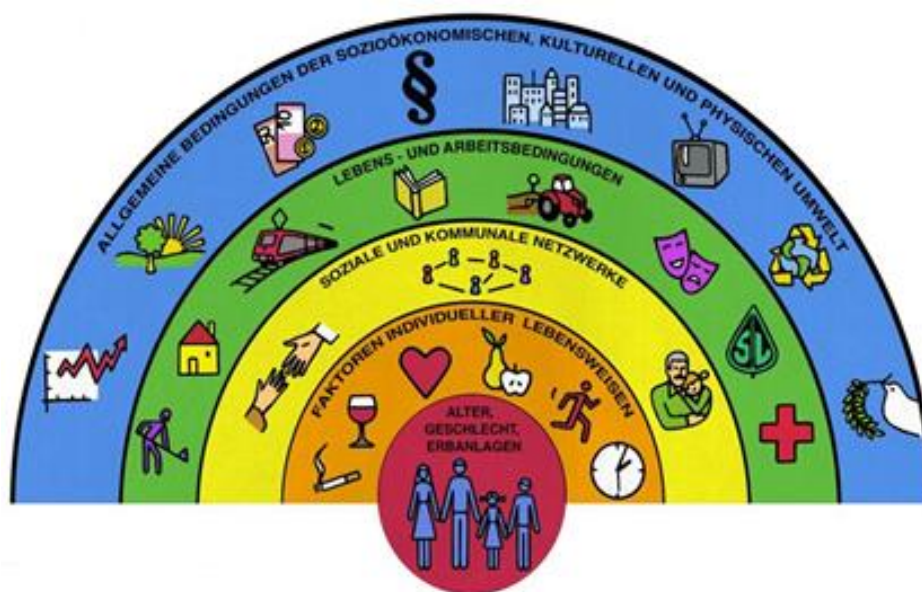
Eine wichtige Rolle spielen daneben die schlechteren Arbeitsbedingungen und die höheren körperlichen wie psychosozialen Belastungen der niedrigen Statusgruppen, die auch im Zusammenhang mit aktuellen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, z.B. der Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse, zu sehen sind.

Natürlich wird auch auf individuelle (gesundheitsbezogene) Lebensstile geschaut, weil die erhobenen Daten auf erhebliche Unterschiede (z.B. in Bezug auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten) hinweisen und entsprechend das Risiko für verschiedene Erkrankungen (Übergewicht, Bluthochdruck etc.) bei sozial benachteiligten Menschen erhöht ist.

¹ Titel eines deutschen Spielfilms des Regisseurs Paul May aus dem Jahre 1956, der die Gesundheits- und Krankenkassenpolitik der Adenauer-Ära kritisch in den Blick nimmt.

² „Von einem Armutsrisiko wird nach amtlicher Definition bei einem bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 60 % des gesellschaftlichen Mittelwertes ausgegangen. Nach dem Mikrozensus lag die Armutsrisikogrenze im Jahr 2015 für einen Einpersonenhaushalt bei 942 Euro und für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern bei 1978 Euro. Die Armutsrisikoquote betrug in Bezug auf alle Haushalte 15,7 %“ (Lampert 2017).

Der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand lässt sich somit durch eine ganze Reihe von Einflussfaktoren (sogenannten Determinanten) erklären, von denen einige auf den (der Gesundheit nicht dienlichen) individuellen Lebensstil zurückgehen, die meisten jedoch mit den (die Gesundheit nicht fördernden) Verhältnissen zu tun haben, wie die untenstehende Abbildung illustriert.



(Abb. 1, Quelle: Fonds Gesundes Österreich, nach Dahlgren & Whitehead 1991)

Hinzu kommt, dass viele der vorhandenen und aktuell vorgehaltenen Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung nicht die Menschen erreichen, die den höchsten Bedarf daran haben (Robert Koch-Institut 2012). Gleiches gilt für mögliche Beteiligungsformen: auch Teilhabechancen sind ungleich verteilt (von Unger & Kümpers 2012).

Die beschriebene Ausgangssituation ist ethisch untragbar und skandalös, weil sie in einem reichen Land wie Deutschland vermeidbar ist. Gesundheit ist darüber hinaus ein Menschenrecht. Der UN-Sozialpakt beschreibt in seinem Artikel 12 als Ziel das Anstreben eines Höchstmaßes an körperlicher und geistiger Gesundheit (United Nations 1966). Der Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland postuliert, die Würde des Menschen sei unantastbar. Doch die Würde von Menschen, deren Leben von fehlender gesellschaftlicher Teilhabe sowie Ausgrenzung und Krankheit geprägt ist, ist sehr deutlich angetastet. Die Einkommens- und Vermögensungleichheit in Deutschland, die in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat, ist eine der zentralen Ursachen für die zunehmende soziale Spaltung. Sie wirkt sich massiv auf Gesundheitschancen aus.

Die Auswirkungen dieser sozialen Spaltung³, beschreiben Richard Wilkinson, Michael Marmot und Kolleg*innen immer wieder, betreffen uns alle (Wilkinson & Pickett 2010). Der „klassische“ Gesundheitsbereich kann diesen Auswirkungen sozial bedingter Ungleichheiten in Gesundheitschancen nicht alleine begegnen! Die Auswirkungen dieser

³ „Es ist die Differenz zwischen den oberen und unteren 20 Prozent einer Bevölkerung, die über gesundheitliche und gesellschaftliche Phänomene wie bspw. Lebenserwartung, psychologische Erkrankungen, Gewalt und Analphabetismus entscheidet“ (Friedrich-Ebert-Stiftung 2010, Zusammenfassung des Buches von Kate Pickett und Richard Wilkinson).

gesellschaftlichen Spreizung lassen sich nur in gesamtgesellschaftlicher Anstrengung und Verantwortungsteilung beheben. Die Umsetzung von „Health in All Policies“ – die Berücksichtigung gesundheitlicher Konsequenzen bei Entscheidungen in allen Politikfeldern – ist deshalb ein zentrales Postulat der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2013).

Genauso untragbar ist die gegenseitige Verstärkung von sozialer und politischer Ungleichheit. Im Zuge des aktuellen Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung kommt die Begleitforschung zu dem Ergebnis, dass die Politik systematisch die politischen Präferenzen der Bessergestellten verfolgt, die Anliegen sozial benachteiligter Menschen jedoch nicht berücksichtigt werden⁴ (vgl. Elsässer/Hense/Schäfer 2016). Der bundesweite Kongress Armut und Gesundheit hat es sich zum Ziel gesetzt, anhand von Beiträgen aus Praxis, Politik und Wissenschaft herauszuarbeiten, wie sozial bedingte Ungleichheiten in Gesundheitschancen wirksam und nachhaltig abgebaut werden können. Im Positionspapier des Zukunftsforums Public Health heißt es: „Einer der größten Risikofaktoren für unzureichende Gesundheit ist soziale Ungleichheit. Politiker haben eine besondere Verantwortung für die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen und sozialer Chancengleichheit“ (Zukunftsforum 2017). Der Kongress versteht sich als eine Plattform für diesen Diskurs. Er möchte einen Beitrag dazu leisten, dem erklärten Ziel von Public Health, „die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, zu verbessern und Ungleichheiten zu verringern“ (Zukunftsforum 2017), näher zu kommen und hierbei deutlich zu machen, dass „Politik auf das Potential von Public Health zugreifen muss“ (Zukunftsforum 2017).

Der lange Weg zu einer gesamtgesellschaftlichen Strategie für gerechte(re) Gesundheitschancen

Die Erklärung von Alma-Ata der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieb als erste Deklaration bereits 1978 die formale Anerkennung der Bedeutung intersektoraler Maßnahmen für die Gesundheit (WHO 1978). Der Geist von Alma-Ata wurde in der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung zu einer "gesundheitsfördernden Gesamtpolitik" weiterentwickelt (WHO 1986). „Gesundheit in allen Politikbereichen verankern“ trägt der Tatsache Rechnung, dass Gesundheit von vielerlei Faktoren (Determinanten) beeinflusst wird, die außerhalb der direkten Kontrolle des Gesundheitssektors liegen (WHO 2004) (vgl. Abbildung 1, Seite 2). Auf der 2013 in Helsinki abgehaltenen 8. Gesundheitsförderungskonferenz der WHO wurde abermals betont, dass die Gesundheit ganzer Bevölkerungen insbesondere durch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen (z. B. Auswirkungen von Wirtschaftskrisen oder Konflikten) und durch deren gesamtpolitische Bewältigung beeinflusst wird (WHO 2013 & Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013). Gesundheitsförderung sollte insofern nicht mehr als „Light-Version“ (abzielend auf reine Verhaltensprävention), sondern immer nur als gesundheitsförderliche Gesamtpolitik (*Health in All Policies*) verstanden werden.

Der *Health in All Policies*-Ansatz (HiAP) ist somit eine Grundidee, die bereits lange diskutiert wird und dennoch an Aktualität nichts eingebüßt hat. Der Kongress Armut und Gesundheit 2015 hat dieses Konzept unter dem Motto „Gesundheit gemeinsam verantworten“ und unter der neuen rechtlichen Rahmung durch das 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) bereits diskutiert. Damals fragten wir:

⁴ Vgl. z. B. hier: „In Deutschland beteiligen sich Bürger_innen mit unterschiedlichem Einkommen nicht nur in sehr unterschiedlichem Maß an der Politik, sondern es besteht auch eine klare Schieflage in den politischen Entscheidungen zulasten der Armen. Damit droht ein sich verstärkender Teufelskreis aus ungleicher Beteiligung und ungleicher Responsivität, bei dem sozial benachteiligte Gruppen merken, dass ihre Anliegen kein Gehör finden und sich deshalb von der Politik abwenden – die sich in der Folge noch stärker an den Interessen der Bessergestellten orientiert“ (Elsässer/Hense/Schäfer 2016:43).

- Welche Erfahrungen mit politikfeldübergreifenden Konzepten und Ansätzen einer gesundheitsförderlichen Politikentwicklung liegen vor, welche waren erfolgreich und wieso? Welche Erkenntnisse lassen sich auch aus internationalen Vergleichen ziehen?
- Wie kann der Transfer von Wissen (u. a. zu gesundheitsförderlichen Strategien und Methoden) aus dem Bereich Public Health aufbereitet und für andere Politikfelder und Professionen nutzbar gemacht werden? Welche Ansätze und Strategien können aus anderen Zusammenhängen für den Bereich Public Health übersetzt werden?
- Wie können im Sinne eines umfassenden *Capacity Building* (Aufbau von Kapazitäten bzw. von Kompetenzen) Organisationen und Praxisprojekte bei der Auswahl, Konzeption und Umsetzung beraten und begleitet werden?

Auch diese Leitfragen haben nicht an Aktualität verloren. Hieran möchten wir anknüpfen und weiterdiskutieren. Dabei sollen auch die Erfahrungen und Erkenntnisse aus anderen Ländern Eingang in die Diskussionen finden.

Was bedeutet eigentlich „Health in All Policies“?

„Gesundheit in allen Politikfeldern verankern“ beschreibt das Ziel, den Aspekt Gesundheit in alle Politikfelder hineinzutragen, um Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam zu fördern. Das bedeutet, dass strukturelle Voraussetzungen für diese Verankerung geschaffen (z. B. politikfeldübergreifende Arbeitszusammenhänge) und die Entscheidungsprozesse entsprechend neu ausgerichtet werden müssen.

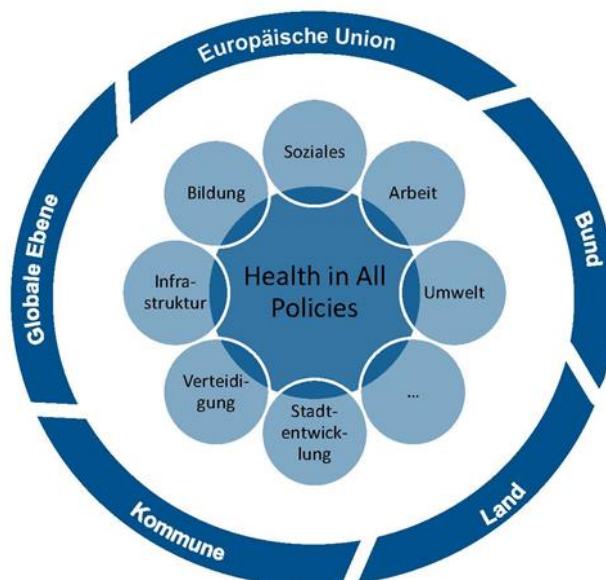
Der *Health in All Policies*-Ansatz setzt ein komplexes Zusammenwirken verschiedener Ebenen voraus:

Unterschieden werden die fünf Gestaltungs- bzw. Umsetzungsebenen:

- Globale Ebene
- Europäische Union
- Bund
- Land
- Kommune

sowie die verschiedenen Politikbereiche:

- Gesundheit
- Umwelt
- Soziales
- Bildung
- Arbeit/Wirtschaft
- Finanzen
- Verkehr
- Verteidigung
- Stadtentwicklung
- ...



(Abb. 2, Quelle: eigene Darstellung)

Hieran zeigen sich bereits die ersten Herausforderungen:

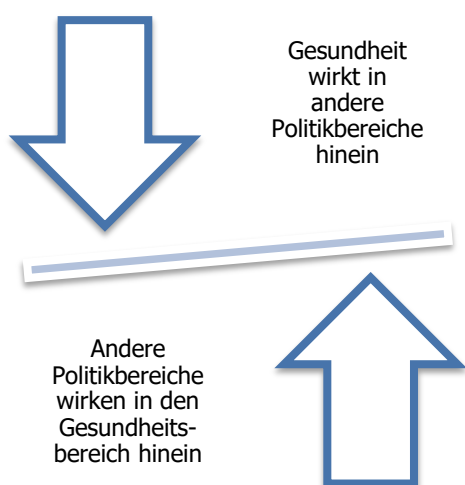
In Bezug auf die Gestaltungs- bzw. Umsetzungsebenen muss grundsätzlich eine Reflektion der Strukturen und Prozesse erfolgen, in denen politisches Handeln stattfindet. Weitere Fragen lauten:

- Wie werden im föderalistischen System Entscheidungsprozesse ausgestaltet und Verantwortlichkeiten zugesprochen?
- Wo ergeben sich hieraus Synergien und Anknüpfungspunkte (Entscheidungshebel)?
- Wie kann es sein, dass Ergebnisse evidenzbasierter Studien zu gesundheitlicher Ungleichheit selten in politisches Handeln Eingang finden?
- Wie können die Bedarfe aller Bevölkerungsgruppen in politisches Handeln überführt werden?

In Bezug auf die verschiedenen Politikbereiche muss gefragt werden:

- Wer hat welche (originären) Zuständigkeiten und an welcher Stelle ergeben sich hier Schnittmengen?
- Welcher Bereich verfügt über welche Ressourcen, und welche systematischen und inhaltlichen Logiken sind jeweils handlungsleitend?
- Wie behalten Ressorts ihre politische Eigenständigkeit bzw. Identität, wenn viele Themen (u. a. Gesundheit) Querschnittsthemen sein sollen, um politisch „punkten“ zu können (weitere Querschnittsthemen sind z. B. Integration/Inklusion)?
- Wie werden Interessenkonflikte ausgehandelt und welche Rolle spielt hier Lobbyismus?
- Wie kann man den Auf- und Ausbau paralleler Strukturen vermeiden?
- Wie erklären sich bestimmte Zusammenhänge, und können diese in verbindliches politisches Handeln überführt werden?

Um Gesundheit in alle Politikbereiche hereinzutragen, gibt es zunächst einmal zwei – hier sehr einfach dargestellte – Strategien:



(Abb. 3, Quelle: eigene Darstellung)

Entscheidungen, die in anderen Bereichen getroffen werden, haben zum Teil eklatante Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen. So hat, nach aktuellen Schätzungen, beispielsweise der „Dieselskandal“ tausende Todesfälle zur Folge (Deutsches Ärzteblatt 2017). Der Public Health-Bereich

sollte stärker in die politischen Prozesse anderer Politikbereiche einbezogen werden. Natürlich stellt sich hierbei die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen sowie nach Interessenkonflikten (z. B. Bebauung von dringend benötigtem Wohnraum vs. Frei- und Grünflächen zur Erholung). Und es schließen sich Fragen nach den Geltungsbereichen der einzelnen Politikfelder und ihren tatsächlichen Einflussmöglichkeiten an. Selbstverständlich gibt es Herangehensweisen und Modelle, die eine steuernde Wirkung einnehmen können: zu nennen wäre hier beispielsweise das *Health Impact Assessment*. „Health Impact Assessment ist ein Instrument, das die gesundheitlichen Konsequenzen von Entscheidungen prognostiziert und zu einer engen Verknüpfung von Wissensproduktion und Entscheidungsfindung beitragen kann. Um diese Entwicklung auch in Deutschland weiter voranzutreiben, bedarf es allerdings des politischen Willens und angemessener Implementierungs- und Institutionalierungsstrategien“ (Wismar 2003).

Eine andere strategische Vorgehensweise ist die stärkere Auseinandersetzung mit den Logiken und handlungsleitenden Grundsätzen der weiteren Politikbereiche und ihrer Akteur*innen. Zu begreifen, warum bestimmte Entscheidungen getroffen werden und welchen Nutzen die jeweils anderen Ressorts davon hätten, diese unter der Fragestellung der „Gesundheitsverträglichkeit“ (neu) zu hinterfragen, sind hier die ersten Schritte.

Diese Herangehensweise scheint die nachhaltigere Option darzustellen, da man die Motive und Interessenlagen in anderen Politikbereichen weniger über politischen Druck als über wirkliche Überzeugungsarbeit verstehen und hieran anknüpfen kann. Der Kongress möchte einen Beitrag dazu leisten herauszuarbeiten, was die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbereich den Akteur*innen aus anderen Feldern konkret nützt. Hier gibt es bereits enge Kooperationen zwischen dem Gesundheitsbereich und anderen Bereichen, etwa zum Handlungsfeld der Umweltgerechtigkeit: Umweltgerechtigkeit steht für das Zusammendenken von sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit, und zwar vor dem Hintergrund des räumlichen Zusammenhangs von niedrigem Sozialstatus, geringer Umweltqualität und höheren Gesundheitsrisiken. Umweltgerechtigkeit zielt auf die Vermeidung und den Abbau der sozialräumlichen Konzentration gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen und die Gewährleistung eines sozialräumlich gerechten Zugangs zu Umweltressourcen ab. Ziel ist es, sozialraumorientiert umweltbezogene gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden und zu beseitigen sowie bestmögliche umweltbezogene Gesundheitschancen herzustellen (Böhme/Preuß/Bunzel et al. 2015).

Damit ist auch ein weiterer Auftrag verbunden, der deutlich früher ansetzt: Gesundheit muss politisch werden, d. h. von anderen Politikfeldern als politischer Gegenstand verstanden werden. Dies ist die Voraussetzung dafür, überhaupt in eine Verhandlungsposition zu kommen. Zugleich muss Gesundheit als Begriff von allen Politikbereichen ähnlich verstanden werden. Hierfür müssen Kompetenzen aufgebaut werden, um Einflussfaktoren und Wirkmechanismen zu begreifen. Und: Die Diskussionen über Gesundheit in Deutschland müssen in den globalen Kontext eingebettet werden (Lessenich 2016).

Aktuelle Entwicklungen in Deutschland

Es gibt in Deutschland bereits eine ganze Reihe von Ansätzen, Konzepten oder (rechtlichen) Rahmungen, in denen sich die Grundgedanken des HiAP wiederfinden. Alle haben verschiedene Verbindlichkeiten und setzen auf unterschiedlichen Ebenen an. Um nur einige Beispiele zu nennen:

- Auf der Bundesebene stellt die Verabschiedung des **Präventionsgesetzes** einen wesentlichen Schritt zur Aufwertung und Sichtbarmachung dieser wichtigen Bereiche und einen ersten, wenn auch kleinen Schritt in Richtung der Forderung „Gesundheit muss politisch

werden“ dar. Der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei erwerbslosen Menschen etwa hat durch das Präventionsgesetz neue Handlungsoptionen und Spielräume erfahren. Das (reine Artikel-)Gesetz und seine bisherige Ausgestaltung stehen allerdings auch in der Kritik, etwa bezüglich der Fokussierung auf die Gesetzlichen Krankenversicherungen, die mangelnde Einbeziehung der Zivilgesellschaft und das zu schwache Mandat für eine effektive Steuerung der Finanzströme über die Bundes- und Landesrahmenvereinbarungen.

- Zusammenschlüsse und Kooperationen um die Formulierung und Umsetzung von (nationalen, landesspezifischen oder kommunalen) **Gesundheitszielen** sind ein weiterer Prozess, der viele Aspekte der Grundidee des HiAP in die Tat umsetzt. Auch hier gibt es selbstverständlich auch Kritik an der Umsetzung, v. a. durch die Struktur der freiwilligen Selbstverpflichtung der Akteur*innen und die damit an vielen Stellen fehlende Verbindlichkeit.
- Der **7. Altenbericht der Bundesregierung** unterstreicht deutlich, dass die Sorge und Fürsorge der Menschen nicht in alleiniger Regie eines einzelnen Bereiches liegen kann. Außerdem hängen Teilhabe und Lebensqualität im Alter nicht nur von bundesweit einheitlich geregelten Strukturen (etwa der Sozialversicherung) ab, sondern in großem Maße auch von der lokalen Infrastruktur und den sozialen Netzen am Wohn- und Lebensort.
- Die Kooperationen im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien („**Präventionsketten**“) **auf kommunaler Ebene** bilden die grundlegenden Ansatzpunkte von HiAP bereits in der Praxis ab. Hier wird in ressortübergreifender und intersektoraler Zusammenarbeit gearbeitet. Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ bündelt diese Aktivitäten und unterstützt den Kompetenzaufbau.
- Mit der ressortübergreifenden Strategie **Soziale Stadt** der Bundesregierung "Nachbarschaften stärken, Miteinander im Quartier" werden Unterstützungsprogramme für benachteiligte Stadtviertel und soziale Brennpunkte erweitert. Bund und Länder stellen Quartieren und Nachbarschaften Mittel zur Verfügung, um die Integration und das nachbarschaftliche Zusammenleben zu fördern. Das gemeinsame Ziel ist, soziale Benachteiligung abzubauen, indem bauliche Maßnahmen für die soziale Infrastruktur und zur Verbesserung des Wohnumfeldes mit sozial-integrativen Angeboten kombiniert werden.

Health in All Policies: work in progress?

Als Leitgedanke wird *Health in All Policies* im Public Health-Bereich seit langer Zeit diskutiert. Der Kongress Armut und Gesundheit 2018 knüpft an die Themen von 2015 an und geht in konstruktiv angelegten Diskussionen folgenden Fragen nach:

- Bestandsaufnahme: Wie steht es um die praktische Umsetzung von HiAP in Deutschland?
- Welche Potenziale und Herausforderungen des HiAP-Ansatzes können anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet werden?
- Welche Herausforderungen gibt es in der Zusammenarbeit zwischen den zuvor genannten Gestaltungs- bzw. Umsetzungsebenen und den verschiedenen Politikbereichen?
- Welche konkreten Anknüpfungspunkte gibt es bereits zwischen der Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen und wie können diese Erfahrungen ggf. auf andere Politikfelder übertragen werden?

- Gibt es von Seiten der vielfältigen Akteur*innen des Kongresses konkrete Handlungsempfehlungen?
- Wissenschaft und Forschung: Wie können beispielweise über Forschungsvorhaben „Erfolgsfaktoren“ herausgearbeitet werden?

Unter dem Motto „Gemeinsam. Gerecht. Gesund.“ lädt der Kongress Armut und Gesundheit herzlich dazu ein, *Health in All Policies* aus dem Blickwinkel gesundheitlicher Chancengleichheit weiter zu diskutieren.

Literatur

Böhme, Christa/Preuß, Thomas/Bunzel, Arno/Reimann, Bettina/Seidel-Schulze, Antje & Landua, Detlef (2015): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen (Abschlussbericht). <https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/umweltgerechtigkeit-im-staedtischen-raum> (letzter Zugriff 22.09.2017).

Deutsches Ärzteblatt (2017): Abgasskandal: Stickoxide verursachen in Europa fast 30.000 vorzeitige Todesfälle. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/75723/Abgasskandal-Stickoxide-verursachen-in-Europa-fast-30-000-vorzeitige-Todesfaelle> (letzter Zugriff 01.08.2017).

Elsässer, Lea/Hense, Svenja/Schäfer, Armin (2016): Systematisch verzerrte Entscheidungen? Die Responsivität der deutschen Politik von 1998 bis 2015. Endbericht, Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales für den 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: BMAS.

Friedrich-Ebert-Stiftung (2010): Zusammenfassung des Buches von Kate Pickett und Richard Wilkinson. <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/07300.pdf> (letzter Zugriff 30.8.2017).

Fonds Gesundes Österreich (2008) [nach Dahlgren & White (1991)]: Gesundheitsdeterminanten. <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/fotos-grafiken/infografiken/gesundheitsdeterminanten-farbe-gezeichnet/2008-02-15.7049631449/view> (letzter Zugriff 02.08.2017).

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013): <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/die-helsinki-stellungnahme/> (letzter Zugriff 01.08.2017).

Lampert, Thomas (2017): Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Armut/Inhalt/Presse-Statement_Kongress_2017.html (letzter Zugriff: 01.08.2017).

Lampert, Thomas et al. (2017): Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitliche_ungleichheit_lebensphasen.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 01.08.2017).

Lessenich, Stephan (2016): Neben uns die Sinnflut: Die Externalisierungsgesellschaft und ihr Preis. Hanser Berlin: Berlin.

NAK (2017): Positionspapier der Nationalen Armutskonferenz: Positionen und Forderungen der NAK zu Armut und Gesundheit. https://www.awo.org/sites/default/files/2017-07/NAK-Positionspapier_Armut%20und%20Gesundheit.pdf (letzter Zugriff: 01.08.2017).

Robert-Koch-Institut (2012): GBK Kompakt „Angebote der Prävention: wer nimmt teil?“. http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=15299&suchstring=Pr%E4ventionsdilemma&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=5&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=27808823&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522Pr%C3%A4ventionsdilemma%2522 (letzter Zugriff: 01.08.2017).

Sütterlin, Sabine (2017): Hohes Alter, aber nicht für alle. <http://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/hohes-alter-aber-nicht-fuer-alle.html> (letzter Zugriff: 01.08.2017).

United Nations (1966): Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. <https://www.sozialpakt.info/> (letzter Zugriff: 01.08.2017).

von Unger, Hella & Kümpers, Susanne (2012): Das Partizipationsdilemma: Entscheidungsteilhabe von sozial Benachteiligten. https://www.wzb.eu/sites/default/files/u35/partizipationsdilemma_unger_kuempers_120322ot.pdf (letzter Zugriff: 01.08.2017).

Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2010): Gleichheit ist Glück. <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/07300.pdf> (letzter Zugriff: 01.08.2017).

Wismar, Matthias (2003): Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_4-03_25-35.pdf (letzter Zugriff am 30.8.2017).

WHO (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf (letzter Zugriff: 01.08.2017).

WHO (1986): Ottawa-Charta. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (letzter Zugriff: 01.08.2017).

WHO (2004): Soziale Determinanten der Gesundheit – die Fakten. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf?ua=1 (letzter Zugriff: 01.08.2017).

WHO (2013): Helsinki Statement Framework for Country Action. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf (letzter Zugriff: 01.08.2017).

Zukunftsforum Public Health (2017): Durch Stärkung der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) zu verbesserter Bevölkerungsgesundheit und einer gerechteren Gesellschaft. http://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Zukunftsforum_PH/positionspapier_april_2017.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff 01.08.2017).