



Diskussionspapier (Arbeitsversion 04.08.2017)

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

„Weil du arm bist, musst du früher sterben“ (Paul May, 1956)

...überschreibt die Nationale Armutskonferenz ihr aktuelles Positionspapier und unterstreicht, dass Armut mehr bedeutet 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 Armutsriskogrenze¹ 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 Ursachen² (Lampert et al. 2017). Zu berücksichtigen seien demnach:

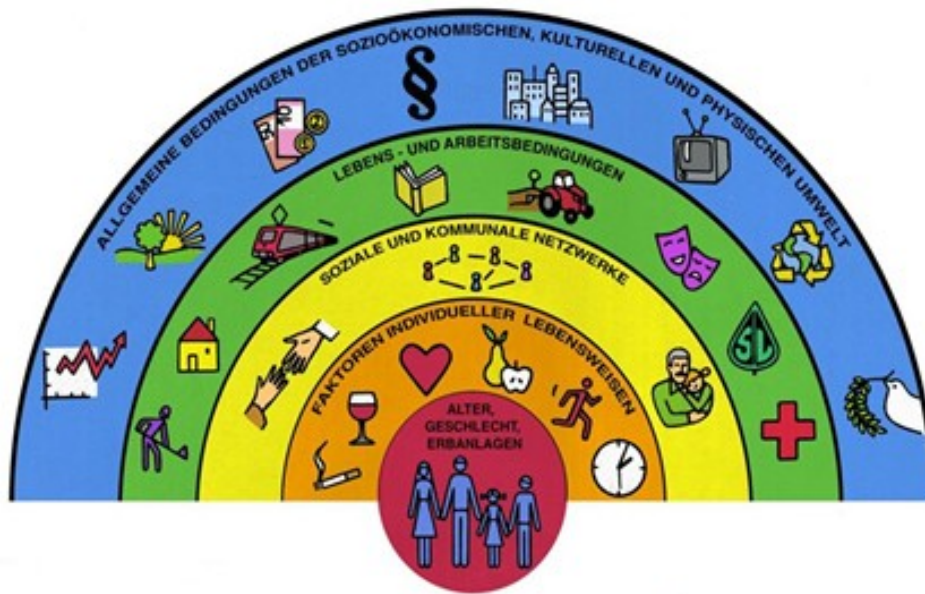
- die Wohlstandsverteilung
- die Unterschiede in Bezug auf den Lebensstandard
- die soziale Absicherung und
- die Wohnverhältnisse.

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 (z. B. Übergewicht, Bluthochdruck) bei sozial benachteiligten Menschen erhöht ist.

¹ „Von einem Armutsrisiko wird nach amtlicher Definition bei einem bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommens von weniger als 60 % des gesellschaftlichen Mittelwertes ausgegangen. Nach dem Mikrozensus lag die Armutsriskogrenze 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 1 der Gesundheitsdeterminanten illustriert.



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

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

Die beschriebene Ausgangssituation ist nicht nur deshalb skandalös, weil sie in einem reichen Land wie Deutschland vermeidbar und deshalb unnötig ist. Sie verstößt auch gegen geltende Bestimmungen, denn: Gesundheit ist 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.

Der Skandal sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, wie Richard Wilkinson, Michael Marmot und Kolleg*innen immer wieder deutlich machen, betrifft uns alle, denn eine zu große gesellschaftliche Spreizung und ihre Auswirkungen spüren alle (Wilkinson & Pickett 2010). Der „klassische“ Gesundheitsbereich kann diesen Auswirkungen sozial bedingter Ungleichheiten in Gesundheitschancen nicht alleine begegnen! Nur gesamtgesellschaftliche Anstrengungen und Verantwortungsteilungen können die Auswirkungen dieser gesellschaftlichen Spaltung 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).



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. Mit zentralen Impulsen für gesundheitspolitische Strategien trägt der Kongress das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit durch einen konstruktiv angelegten Dialog in das öffentliche Bewusstsein der Fachöffentlichkeit und darüber hinaus. Der Ansatz des *Health in All Policies* (HiAP) soll im Kongressjahr 2018 im Mittelpunkt der Diskussionen stehen. Ziel wird es sein, dieses Konzept inhaltlich weiter zu entwickeln und einen konkreten Diskussionsbeitrag zu diesem Themenkomplex zu entwickeln.

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“ beruht auf der inzwischen mehrfach belegten Tatsache, 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 deutlich, 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 (HiAP) verstanden werden.

Der *Health in All Policies*-Ansatz 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 andiskutiert. Damals fragten wir:

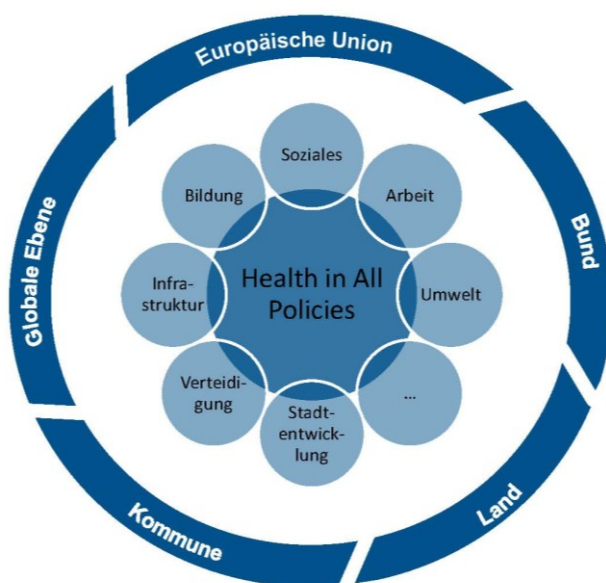
- Welche Erfahrungen mit politikfeldübergreifenden Konzepten und Ansätzen einer gesundheitsförderlichen Politikentwicklung liegen vor, welche waren erfolgreich und wieso? Welche Erkenntnisse lassen sich auch aus internationalen Vergleichen ziehen?
- Wie kann der Transfer von Wissen (u.a. zu gesundheitsförderlichen 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 anderer Länder 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:



(Abb. 2, Quelle: eigene Darstellung)

Unterschieden werden die fünf Gestaltungs- bzw. Umsetzungsebenen:

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

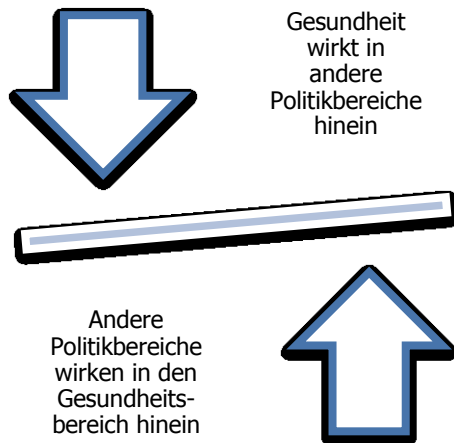
sowie die verschiedenen Politikbereiche:

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

Hieran zeigen sich bereits die ersten Herausforderungen:

- auf welchen Ebenen findet (politische) Steuerung statt?
- wie werden Entscheidungsprozesse ausgestaltet und Verantwortlichkeiten zugesprochen (Föderalismus)?
- wo ergeben sich hieraus Synergien und Anknüpfungspunkte (Entscheidungshebel)?
- wer hat welche (originären) Zuständigkeiten?
- wo ergeben sich hier Schnittmengen?
- 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?
- wie kann man den Auf- und Ausbau paralleler Strukturen vermeiden?
- welcher Bereich verfügt über welche Ressourcen?
- welche systematischen und inhaltlichen Logiken sind handlungsleitend?
- wie erklären sich bestimmte Zusammenhänge und können diese in verbindliches politisches Handeln überführt werden? (Evidenz als politische Richtschnur)

Um Gesundheit in alle Politikbereiche hereinzutragen gibt es zunächst einmal zwei (zunächst sehr simpel dargestellte) Strategien:



(Abb. 3, Quelle: eigene Darstellung)

Entscheidungen, die in anderen Bereichen getroffen werden, haben (z. T. eklatante) Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen. So hat, nach aktuellen Schätzungen, beispielsweise der „Dieselskandal“ tausende Todesfälle zur Folge (Deutsches Ärzteblatt 2017). Der Gesundheitsbereich sollte in solche Entscheidungen stärker einbezogen werden. Natürlich stellt sich hierbei die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen sowie nach Interessenkonflikten (Bebauung von dringend benötigtem Wohnraum vs. Frei- und Grünflächen). 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 sollen: zu nennen wäre hier beispielsweise das *Health Impact Assessment* (HIA, z. B. übersetzt durch den Begriff „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“). Das Ziel von HIA ist es, Entscheidungsprozesse so zu beeinflussen, dass die Gesundheit der Bevölkerung gefördert und Erkrankungsrisiken gemindert werden. In Deutschland werden HIA-Elemente seit den 1980er Jahren vor allem über Umweltverträglichkeitsprüfungen eingeführt.

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 entscheidenden Beitrag dazu leisten herauszuarbeiten, was die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbereich den Akteuren aus anderen Feldern konkret nützt.

Damit ist auch ein weiterer Auftrag verbunden, der deutlich früher ansetzt: Gesundheit muss politisch werden, d. h. von anderen Politikfeldern überhaupt erst einmal als politischer Gegenstand verstanden werden. „Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein wichtiges Ziel von Politik“, heißt es im Positionspapier des Zukunftsforums Public Health (Zukunftsforum 2017).



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.

Eine ganz wesentliche Kritik an dem Ansatz lautet, dass die Umsetzung von HiAP die Rolle des Gesundheitsbereiches schwächen und ihn aus seiner Verantwortung entlassen könnte.

Jedoch liegen, wie zuvor dargestellt, ca. 80 % der Einflussfaktoren auf Gesundheit außerhalb des Gesundheitsbereiches. Die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung daher alleine auf den Gesundheitsbereich zu übertragen, ist fahrlässig und ignoriert jede Evidenz. Gesundheit zu fördern oder wieder herzustellen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die weder von Einzelpersonen noch von Bereichen im Alleingang erbracht werden kann (noch sollte)! Die Expert*innen auf der 8. Gesundheitskonferenz in Helsinki konnten herausarbeiten, dass gelingende Beispiele im Aufbau von gesamtpolitischen Strategien insbesondere dadurch gekennzeichnet waren, dass sie ressortübergreifend (als interministerielle Arbeitsgruppe und Steuerung) angelegt waren und die Zivilgesellschaft einbezogen.

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:

- 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 hat durch das Präventionsgesetz z. B. neue Handlungsoptionen und Spielräume erfahren. Das (reinen Artikel-)Gesetz und seine bisherige Ausgestaltung stehen allerdings auch in der Kritik, etwa bezüglich der Fokussierung auf die GKVen, die mangelnde Einbeziehung der Zivilgesellschaft und das zu schwache Mandat für eine effektive Steuerung der Finanzströme über die Bundes- und Landesrahmenvereinbarungen. Der Kongress bietet eine Plattform für den gemeinsamen Austausch darüber, wie der HiAP-Ansatz praktisch gestärkt und gelebt werden kann.
- 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 der zuvor beschriebenen vertikalen Achse (föderale Struktur) und der horizontalen Achse (Politikbereiche)?
- 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?

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

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).

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 (2017a): 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. -(2017b): Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitsliche_ungleichheit_lebensphasen.pdf?blob=publicationFile (letzter Zugriff: 01.08.2017).

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).

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).