

**SOZIALE  
DETERMINANTEN  
VON GESUNDHEIT**

# **DIE FAKTEN**

**ZWEITE AUSGABE**



International  
Centre for  
Health and  
Society

**SOZIALE  
DETERMINANTEN  
VON GESUNDHEIT**

# **DIE FAKTEN**

**ZWEITE AUSGABE**

Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot

---

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe /  
Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot.

1. Sozioökonomische Faktoren 2. Soziales Milieu 3. Soziale Unterstützung  
4. Gesundheitsverhalten 5. Gesundheitszustand 6. Public health  
7. Gesundheitsförderung 8. Europa I. Wilkinson, Richard II. Marmot, Michael.

ISBN 92 890 3370 3

(NLM Klassifikation : WA 30)

---

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros sind an [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int), Anträge auf Genehmigung der Wiedergabe an [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int) und auf Genehmigung zur Übersetzung an [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int) zu richten. Sie können sich auch direkt an das Referat Veröffentlichungen wenden: Referat Veröffentlichungen, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark.

**ISBN 92 890 3370 3**

**© Weltgesundheitsorganisation 2004**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

# INHALT

<i>Vorwort</i>	5
Mitarbeiter	6
Einleitung	7
1. Das soziale Gefälle	10
2. Stress	13
3. Frühe Kindheit	15
4. Soziale Ausgrenzung	18
5. Arbeit	21
6. Arbeitslosigkeit	24
7. Soziale Unterstützung	27
8. Sucht	30
9. Lebensmittel	33
10. Verkehr	36
WHO-Quellen und andere wichtige Literatur	39



Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Sie ist die richtungweisende und koordinierende Autorität in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, zu die menschliche Gesundheit betreffenden Fragen objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein, eine Verantwortung, der sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht wird. Durch ihre Veröffentlichungen versucht die Organisation, die Gesundheitsstrategien der einzelnen Länder zu unterstützen und sich mit den dringlichsten Problemen der öffentlichen Gesundheit auseinander zu setzen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben rund 870 Millionen Menschen, in einem Gebiet, das sich von Grönland im Norden und vom Mittelmeer im Süden bis zur Pazifikküste der Russischen Föderation erstreckt. Deshalb konzentriert sich das europäische Programm der WHO sowohl auf die Probleme der Industrieländer und der postindustriellen Gesellschaft als auch auf die Probleme der jungen Demokratien in Mittel- und Osteuropa und in den Ländern der ehemaligen UdSSR.

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und der von ihr geleisteten Orientierungshilfe an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.

### **WHO-Zentrum Gesundheit in Städten**

Diese Veröffentlichung geht auf eine Initiative des WHO-Zentrums für Gesundheit in Städten beim Regionalbüro für Europa zurück. Das Zentrum beschäftigt sich hauptsächlich mit der Entwicklung von Instrumenten und Ressourcen in den Bereichen Gesundheitspolitik, integrierte Gesundheitsplanung und nachhaltige Entwicklung, Stadtplanung, kommunale Selbstverwaltung und Sozialdienste. In seinen Verantwortungsbereich fällt das Programm Gesunde Städte und Städtische Gesundheitspolitik.



*Klare wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage und Stütze der gesundheitspolitischen Beschlussfassung sind heute notwendiger und gefragter denn je. Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind in ihrer Komplexität dabei vielleicht die größte Herausforderung. Sie handeln von zentralen Aspekten der Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Lebensweisen der Bevölkerung. Dabei geht es um die gesundheitlichen Folgen von Wirtschafts- und Sozialpolitik sowie um den Nutzen von Investitionen in Gesundheitspolitik. In den fünf Jahren, die seit der ersten Ausgabe der Sozialen Determinanten aus dem Jahre 1998 verstrichen sind, hat die Wissenschaft neue und noch überzeugendere Erkenntnisse gewonnen. Diese zweite Ausgabe bezieht die neuen Erkenntnisse mit ein und ist durch Grafiken, Lesehinweise und empfehlenswerte Web-Adressen erweitert worden.*

*Wir möchten das Problembewusstsein fördern, zu einer fundierten Diskussion beitragen und vor allem zum Handeln anregen und dabei auf dem Erfolg der ersten Ausgabe aufbauen. Diese wurde in 25 Sprachen übersetzt und von Entscheidungsträgern aller Ebenen, von Gesundheitsexperten und Akademikern in der gesamten Europäischen Region und darüber hinaus genutzt. Erfreulicherweise gehen immer mehr Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer Gesundheitspolitik und -programme gegen die Ursachen von Gesundheitsdefiziten und gesundheitlichen Verteilungsungerechtigkeiten vor und greifen die Bedürfnisse der von Armut und sozialer Benachteiligung Betroffenen auf.*

*Die vorliegende Veröffentlichung entstand in enger Zusammenarbeit zwischen dem WHO-Zentrum für Gesundheit in Städten und dem International Centre for Health and Society am University College London im Vereinigten Königreich. Mein Dank gilt Professor Richard Wilkinson und Professor Sir Michael Marmot für die Redaktion dieser Veröffentlichung und dem Wissenschaftlerteam für seine Beiträge. Ich bin davon überzeugt, dass diese Veröffentlichung wesentlich zur Schaffung eines breiteren Verständnisses der sozialen Determinanten von Gesundheit beitragen und zu Diskussion und Handlung anregen wird.*

Agis D. Tsouros

*Leiter, Zentrum für Gesundheit in Städten  
WHO-Regionalbüro für Europa*



Professor Mel Bartley, University College London,  
Vereinigtes Königreich

Dr. David Blane, Imperial College London, Vereinigtes  
Königreich

Dr. Eric Brunner, International Centre for Health  
and Society, University College London, Vereinigtes  
Königreich

Professor Danny Dorling, School of Geography,  
University of Leeds, Vereinigtes Königreich

Dr. Jane Ferrie, University College London, Vereinigtes  
Königreich

Professor Martin Jarvis, Cancer Research UK, Health  
Behaviour Unit, University College London, Vereinigtes  
Königreich

Professor Sir Michael Marmot, Department of  
Epidemiology and Public Health and International  
Centre for Health and Society, University College  
London, Vereinigtes Königreich

Professor Mark McCarthy, University College London,  
Vereinigtes Königreich

Dr. Mary Shaw, Department of Social Medicine, Bristol  
University, Vereinigtes Königreich

Professor Aubrey Sheiham, International Centre  
for Health and Society, University College London,  
Vereinigtes Königreich

Professor Stephen Stansfeld, Barts and The London,  
Queen Mary's School of Medicine and Dentistry,  
London, Vereinigtes Königreich

Professor Mike Wadsworth, Medical Research Council,  
National Survey of Health and Development, University  
College London, Vereinigtes Königreich

Professor Richard Wilkinson, University of Nottingham,  
Vereinigtes Königreich



Auch in Überflussgesellschaften erkranken weniger gut situierte Bürger häufiger als die wohlhabenderen und sie leben nicht so lange wie diese. Diese Erkenntnis ist nicht nur unter dem Aspekt sozialer Gerechtigkeit wichtig, sie hat auch das wissenschaftliche Interesse auf die Erforschung wichtiger Gesundheitsdeterminanten moderner Gesellschaften gelenkt. Dadurch hat sich zunehmend ein Verständnis für die bemerkenswerte Empfänglichkeit der Gesundheit gegenüber Umfeldeinflüssen und den so genannten sozialen Determinanten herausgebildet.

In der vorliegenden Veröffentlichung werden die wichtigsten Erkenntnisse für verschiedene Politikbereiche vorgestellt. Insgesamt zehn Themen werden behandelt, darunter die lebenslange Bedeutung von Gesundheitsdeterminanten in der frühen Kindheit sowie die Auswirkungen von Armut, Drogen, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, sozialen Netzen, guter Ernährung und Verkehrspolitik. Zur Einführung in das Thema erörtern wir das sozial bedingte Gesundheitsgefälle. Anschließend wird erläutert, wie sich psychische und soziale Einflüsse auf körperliches Wohlbefinden und Lebenserwartung auswirken.

Dabei steht jeweils die Rolle der Politik für eine Gestaltung des sozialen Umfelds im Sinne besserer Gesundheit im Mittelpunkt, ob es sich dabei um verhaltensbestimmte Faktoren wie Elternschaft, Ernährung, Bewegung und Drogenmissbrauch handelt oder um eher strukturelle Erscheinungen wie Arbeitslosigkeit, Armut und Arbeitserfahrung. Jedes Kapitel enthält eine kurze Übersicht der anerkannten Forschungsergebnisse, gefolgt von einer Reihe von Konsequenzen für die Politik. Die Kapitel enden jeweils mit ausgewählten Literaturhinweisen. Eine umfangreichere Erörterung

der Erkenntnisse findet sich in dem Buch *Social determinants of health* (Hrsg. M. Marmot, R.G. Wilkinson, Oxford, Oxford University Press, 1999), das anlässlich der ersten Ausgabe der *Sozialen Determinanten* erschien. Für beide Veröffentlichungen schulden wir den auf ihren Gebieten tonangebenden Wissenschaftlern, hauptsächlich vom International Centre for Health and Society am University College London, Dank. Sie haben in den Entwurf der einzelnen Kapitel beider Veröffentlichungen Zeit und Fachwissen investiert.

Bei Gesundheitspolitik dachte man früher hauptsächlich an die Bereitstellung und Finanzierung von medizinischer Versorgung. Die sozialen Determinanten der Gesundheit wurden nur in akademischen Kreisen erörtert. Das ändert sich zurzeit. Auch wenn die medizinische Versorgung bei einigen schweren Erkrankungen zu verlängerter Lebenserwartung und besserem Krankheitsverlauf führen kann, so sind die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die die Menschen krank und hilfebedürftig machen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus wichtiger. Allgemeiner Zugang zu medizinischer Versorgung ist allerdings selbst eine der sozialen Determinanten von Gesundheit.

Wie ist es außerdem zu erklären, dass in einer neuen Veröffentlichung über die Determinanten von Gesundheit Genforschung nicht thematisiert wird? Neue Erkenntnisse aus der Erforschung des menschlichen Genoms mögen Aufsehen erregende Behandlungsfortschritte bei bestimmten Erkrankungen versprechen. So wichtig die genetische Disposition für den *Einzelnen* jedoch sein mag, die Gesundheitsdefizite ganzer *Bevölkerungen* sind von der Ursache her umweltbedingt. Die Umwelt verändert sich



*Die Gesundheit der Menschen wird stark durch ihre Lebensweise und durch die Bedingungen, unter denen sie leben, beeinflusst.*



© HEALTHY CITIES PROJECT/WHO

dabei sehr viel schneller als das Erbgut, denn in ihr spiegeln sich unsere geänderten Lebensweisen wider. Darum ist die Lebenserwartung im Laufe einiger Generationen so dramatisch gestiegen. Darum auch hat sich der Gesundheitszustand in einigen europäischen Ländern so sehr verbessert und in anderen nicht. Und darum sind die gesundheitlichen Unterschiede zwischen manchen sozialen Gruppierungen im Takt mit den veränderten sozialen und ökonomischen Bedingungen größer oder kleiner geworden.

Diese Veröffentlichung beruht auf Erkenntnissen aus insgesamt mehreren tausend Forschungsberichten. Manche prospektive Langzeitstudien folgen einigen zehntausend Personen ein Leben lang, manchmal seit ihrer Geburt. Andere enthalten Querschnittsanalysen individueller, regionaler, nationaler und internationaler Daten. Gelegentliche Schwierigkeiten bei der Festlegung der Kausalität (in manchen Fällen trotz Folgestudien) wurden durch das Einbeziehen von Ergebnissen aus



Interventionsstudien, aus so genannten natürlichen Experimenten und gelegentlich aus Studien an anderen Primaten überwunden. Da jedoch sowohl Gesundheit als auch die wichtigen sie beeinflussenden Faktoren wesentlich vom Stand der wirtschaftlichen Entwicklung abhängen, sollte sich der Leser vor Augen halten, dass die dieser Veröffentlichung zugrunde liegenden Erkenntnisse vorwiegend aus reichen Industrieländern stammen und ihre Relevanz für weniger entwickelte Länder daher begrenzt sein mögen.

Es war unsere Absicht sicherzustellen, dass die Politik auf allen Ebenen – bei Regierung und Verwaltung, in öffentlichen und privaten Einrichtungen, am Arbeitsplatz und vor Ort – die neuere Forschung gebührend berücksichtigt, nach der die Verantwortung für eine gesündere Gesellschaft breit verteilt ist. Eine Schrift wie diese kann allerdings keine umfassende Darstellung der Determinanten der öffentlichen Gesundheit bieten. Einige Themen, wie z. B. der erforderliche Schutz vor Giftbelastungen am Arbeitsplatz, wurden ausgelassen, da sie weithin bekannt sind (auch wenn sie nicht immer angemessen gehandhabt werden). Da Aufrufe zur Änderung des individuellen Verhaltens in der Gesundheitsförderung ebenfalls gut etabliert sind und die vorliegenden Erkenntnisse auf manchmal nur begrenzte Erfolge hindeuten, enthält der Text nur wenige Hinweise auf individuelle Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheit. Wir möchten jedoch betonen, wie wichtig es ist zu begreifen, dass auch Verhalten von der Umwelt geformt wird. Ausgehend von unserer Auffassung, dass Gesundheit durch die sozialen Determinanten bestimmt wird, empfehlen wir daher, die Umweltbedingungen so zu ändern, dass gesündere Verhaltensweisen entstehen.

Diese gemeinschaftliche Veröffentlichung anerkannter Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen bezeugt eine erstaunliche Übereinstimmung hinsichtlich der Notwendigkeit einer in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht gerechteren und engagierteren Gesellschaft. Die kombinierten Erkenntnisse aus Wirtschaftswissenschaft, Soziologie, Psychologie, Neurobiologie und Medizin deuten darauf hin, dass viel vom Verständnis der Wechselwirkungen zwischen materieller Benachteiligung und sozialem Sinn abhängt. Nicht einfach materielle Armut ist gesundheitsschädigend. Der soziale Sinn, der Armut, Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung und anderen Stigmatisierungen beigegeben wird, ist ebenfalls wichtig. Als soziale Wesen benötigen wir nicht nur gute materielle Bedingungen, sondern auch von Kindesbeinen an das Gefühl, geschätzt und gemocht zu werden. Wir brauchen Freunde, wir brauchen menschliche Gesellschaften, wir müssen uns nützlich fühlen und wir müssen ein wesentliches Maß an Entscheidungsbefugnissen über eine sinnvolle Arbeit haben. Sonst sind wir anfälliger für Depressionen, Drogenkonsum, Angst, Feindseligkeit und Hoffnungslosigkeit mit entsprechenden Folgen für die körperliche Gesundheit.

Wir hoffen, dass die Politik durch die Überwindung einiger materieller und sozialer Ungerechtigkeiten nicht nur der Gesundheit und dem Wohlbefinden dient, sondern auch andere soziale Probleme entschärft, die mit Gesundheitsdefiziten Hand in Hand gehen und in den gleichen sozioökonomischen Prozessen wurzeln.

Richard Wilkinson und Michael Marmot

# 1. DAS SOZIALE GEFÄLLE

Je weiter unten auf der sozialen Rangskala einer Gesellschaft sich jemand befindet, desto kürzer seine Lebenserwartung und desto größer seine Anfälligkeit für Krankheiten. Gesundheitspolitik muss sich daher mit den sozialen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit auseinander setzen.

## Was wir wissen

Schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensumstände haben das gesamte Leben der Menschen hindurch einen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand. Alle, die ihren Platz weiter unten in der gesellschaftlichen Hierarchie haben, laufen zumindest doppelt so häufig Gefahr, schwer

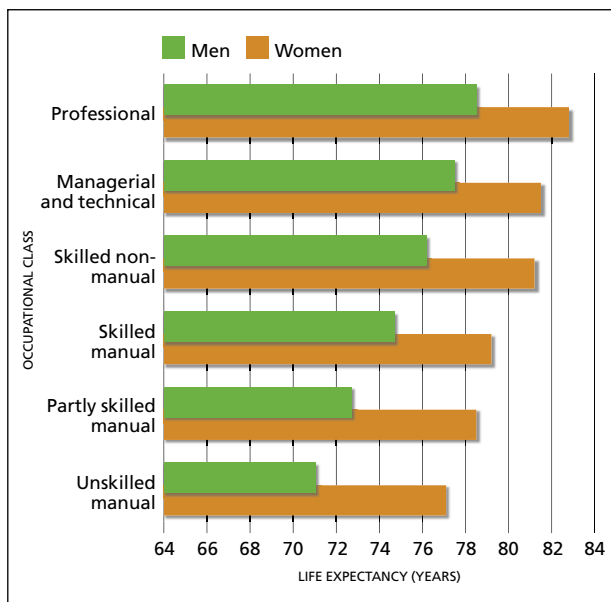
zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie die Menschen an der Spitze der Gesellschaftspyramide. Aber die Auswirkungen sind nicht auf die Armen beschränkt: Das Sozialgefälle erstreckt sich über die ganze Gesellschaft. Auch Angestellte des mittleren Dienstes sind stärker von Krankheiten und vorzeitigem Tod betroffen als höher gestellte Kollegen (Abb. 1).

Sowohl materielle als auch psychosoziale Ursachen tragen zu diesen Unterschieden bei. Die Auswirkungen zeigen sich bei den meisten Erkrankungen und Todesursachen.

Die Benachteiligung kann unterschiedlichste Formen annehmen, sie kann außerdem absolut oder relativ sein. Das bedeutet beispielsweise, dass keine starken Familienbande bestehen, dass man eine schlechtere Schulbildung mit auf den Weg bekommt, dass man in einer beruflichen Sackgasse steckt oder der Arbeitsplatz nicht gesichert ist, dass man keine anständige Wohnunterkunft hat und seine Kinder unter schwierigen Umständen großziehen muss.

Alle diese unterschiedlichen Formen von Benachteiligung betreffen tendenziell immer die gleichen Menschen und haben kumulative Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand. Je länger die Menschen unter belastenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben müssen, um so stärker machen sich körperliche Verschleißerscheinungen bemerkbar und um so unwahrscheinlicher wird es, dass sie ihre alten Tage gesund erleben können.

**Abb. 1: Unterschiede in der Lebenserwartung nach Berufsschichten, England und Wales, 1997–1999**



*Schwierige soziale  
Verhältnisse und  
wirtschaftliche Armut  
beeinträchtigen die  
Gesundheit das ganze  
Leben hindurch.*



© JOACHIM LADEFEGED/POLIFOTO

### **Was die Politik tun kann und muss**

Wenn die Politik diese Tatsachen nicht aufgreift, ignoriert sie nicht nur die stärksten Determinanten von Gesundheit, sondern auch eine der wichtigsten sozialen Fragen einer modernen und gerechten Gesellschaft.

- Der Mensch durchläuft in seinem Leben viele entscheidende Phasen: gefühlsmäßige und materielle Veränderungen in der frühen Kindheit, den Schritt von der Schule zur weiterführenden Ausbildung, den Eintritt ins

Arbeitsleben, das Verlassen des Elternhauses, die Gründung einer eigenen Familie, den Wechsel und möglichen Verlust des Arbeitsplatzes und schließlich das Rentnerdasein. Alle diese Veränderungen können gesundheitliche Auswirkungen haben, ob positive oder negative, das hängt davon ab, ob die Menschen einen Weg einschlagen, auf dem sie sozialer Benachteiligung ausgesetzt sind. Weil die Menschen, die einmal benachteiligt wurden, bei jedem nachfolgenden Übergang am stärksten gefährdet sind, muss Sozialpolitik zum Ausgleich

vergangener Benachteiligung nicht nur als Sicherheitsnetz, sondern auch als Sprungbrett dienen.

- Gesundheit erfordert auch ein Vorgehen gegen Ausbildungsrückstände, Existenzängste und Arbeitslosigkeit sowie die Verbesserung der Wohnstandards. Eine Gesellschaft, die alle ihre Bürger befähigt, sich vollgültig und sinnvoll am sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen

Leben ihres Gemeinwesens zu beteiligen, wird gesünder sein als eine Gesellschaft, in der die Menschen mit Unsicherheit, sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung zu kämpfen haben.

- Andere Kapitel beschäftigen sich mit konkreten Politikbereichen und geben Anregungen, wie mehr Gesundheit erreicht und dabei das sozial bedingte Gefälle abgeflacht werden kann.

#### WICHTIGE LITERATUR

Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:336–341.

Mitchell R, Blane D, Bartley M. Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:831–838.

Montgomery SM, Berney LR, Blane D. Prepubertal stature and blood pressure in early old age. *Archives of Disease in Childhood*, 2000, 82:358–363.

Morris JN et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885–889.

Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health (SEGV-II). *Reducing socio-economic inequalities in health*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.

van de Mheen H et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15–19.

*Abb. 1:* Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 15:5–15.



## 2. STRESS

**Belastende Lebensumstände machen die Menschen besorgt, ängstlich und handlungsunfähig, sie sind schädlich für die Gesundheit und können zu vorzeitigem Tod führen.**

### **Was wir wissen**

Soziale und psychologische Umstände können langfristig Stress hervorrufen. Andauernde Sorgen, Unsicherheit, geringe Selbstachtung, soziale Vereinsamung und fehlende Möglichkeiten, am Arbeitsplatz selbstbestimmt arbeiten zu können und das Familienleben in den Griff zu

bekommen, wirken sich einschneidend auf den Gesundheitszustand aus. Diese psychosozialen Risiken akkumulieren sich im Laufe des Lebens und machen es wahrscheinlicher, dass die Menschen psychisch erkranken und vorzeitig sterben. Lange sorgenvolle und unsichere Lebensphasen und fehlende stützende zwischenmenschliche Beziehungen sind in allen Lebensbereichen gesundheitsschädlich. Für die Industrieländer gilt, dass diese Gesundheitsprobleme um so häufiger zu beobachten sind, je weiter unten jemand gesellschaftlich rangiert.

*Wenn man weder am Arbeitsplatz noch zu Hause selbstbestimmt handeln kann, wirkt sich das einschneidend auf die Gesundheit aus.*



© RIKKE STEENVINKEL NORDENHOF/FOTOF

Wie beeinflussen diese psychosozialen Faktoren den körperlichen Gesundheitszustand der Menschen? In Notsituationen bereiten uns unser Hormonhaushalt und unser Nervensystem auf die Abwehr einer unmittelbaren körperlichen Bedrohung durch Kampf oder Flucht vor: die Herzfrequenz steigt, Energiereserven werden mobilisiert, die Muskeln werden mit Blut versorgt und der Körper ist in Alarmbereitschaft. Auch wenn das moderne städtische Leben uns kaum körperliche Aktivitäten abverlangt, so werden durch Stressreaktionen Energien und Ressourcen von einer Vielzahl physiologischer Prozesse abgezweigt, die für die langfristige Erhaltung der Gesundheit sehr wichtig sind. Sowohl Herz-Kreislaufsystem als auch Immunabwehr sind hiervon betroffen. Solange dies kein Dauerzustand wird, macht das nichts aus. Sind die Menschen jedoch zu oft angespannt oder dauert die Spannung zu lange an, dann werden sie anfällig für Infektionen, Diabetes, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Depressionen und Aggressivität.

### Was die Politik tun kann und muss

Eine medizinische Antwort auf die stressbedingten biologischen Änderungen könnte die Gabe

von Arzneimitteln sein, jedoch sollte das Übel besser an der Wurzel gepackt werden, indem die Hauptursachen von chronischem Stress bekämpft werden.

- In der Schule, am Arbeitsplatz und in anderen Einrichtungen sind soziale Befindlichkeit und materielle Sicherheit für die Gesundheit häufig ebenso wichtig wie die natürliche Umwelt. Wenn man den Menschen das Gefühl der Zugehörigkeit und Wertschätzung vermitteln kann, werden sie sehr wahrscheinlich gesünder sein, als wenn sie sich ausgeschlossen, missachtet und ausgenutzt fühlen.
- Die Regierungen sollten erkennen, dass Sozialpolitik die psychosozialen wie die materiellen Bedürfnisse des Menschen berücksichtigen muss. In beiden Bereichen können Angst und Unsicherheit entstehen. Vor allem muss die Politik Familien mit kleinen Kindern stützen, den aktiven Gemeinschaftssinn anregen, soziale Vereinsamung bekämpfen, materielle und finanzielle Unsicherheit begrenzen und durch Ausbildungs- und Rehabilitationsmaßnahmen die Fähigkeit der Menschen fördern, die Herausforderungen ihres Lebens besser zu meistern.

#### WICHTIGE LITERATUR

Brunner EJ. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314:1472–1476.

Brunner EJ et al. Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome. *Circulation*, 2002, 106: 2659–2665.

Kivimäki M et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 2002, 325:857–860.

Marmot MG, Stansfeld SA. *Stress and heart disease*. London, BMJ Books, 2002.

Marmot MG et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235–239.



### 3. FRÜHE KINDHEIT

**Zu einem guten Lebensanfang gehört die Unterstützung von Mutter und Kleinkind: Frühentwicklung und Erziehung wirken sich ein Leben lang aus.**

#### **Was wir wissen**

Aus Beobachtungs- und Interventionsstudien ist bekannt, dass die Grundlagen der Gesundheit von Erwachsenen in der frühen Kindheit und vor der Geburt gelegt werden. Langsames Wachstum und Gefühlskälte erhöhen das Risiko einer lebenslang schlechten Gesundheit und vermindern das

physische, kognitive und emotionale Vermögen im Erwachsenenleben. Schlechte Kindheitserlebnisse und langsames Wachstum wirken sich auf die gesamte biologische Entwicklung aus und bilden die Grundlage für das biologische und humane Kapital des Individuums, das die Gesundheit im weiteren Leben beeinflusst.

Unter schlechten Bedingungen kann eine verhängnisvolle Kette aus mangelhafter Ernährung, Stress der Mutter, erhöhter Neigung zum Rauchen und zu Alkohol- und Drogenmissbrauch, Bewegungsarmut und

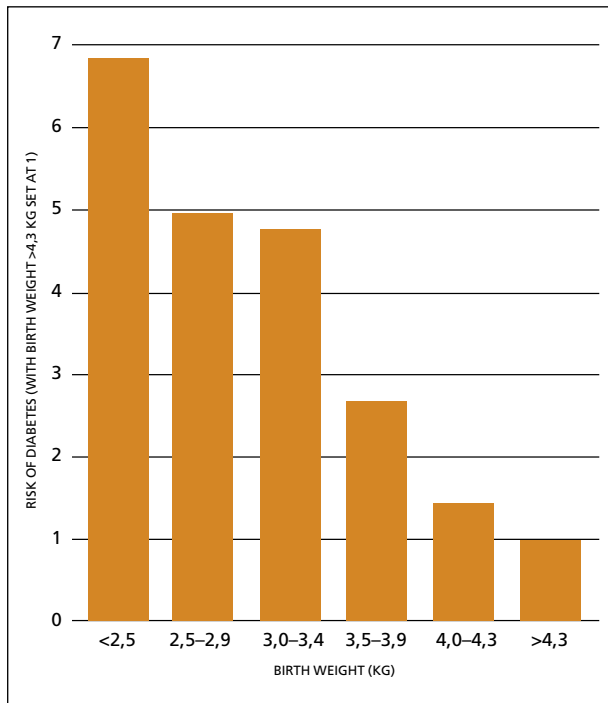


*Bereits in früher Kindheit werden die Grundlagen für die Gesundheit des Erwachsenen geschaffen.*

© FINN FRANSENWOLFFOTO



**Abb. 2: Diabetesrisiko bei Männern der Altersgruppe 64 Jahre nach Geburtsgewicht**  
Körpermassenindexbereinigt



unangemessener Schwangerschaftsbetreuung die optimale Entwicklung des Fötus und damit dessen Gesundheit im weiteren Leben gefährden (Abb. 2).

Wegen der Formbarkeit der biologischen Systeme ist die Kleinkindphase für die spätere Gesundheit so wichtig. Da die Hirnreaktionen durch kognitive, emotionale und sensorische Reize programmiert werden, können unsichere Gefühlsbindungen und mangelhafte Stimulation die Schulfähigkeit beeinträchtigen, Lernerfolge behindern und Problemverhalten auslösen und damit zur sozialen

Ausgrenzung im Erwachsenenleben führen. Eine gesunde Lebensweise mit einer ausgewogenen Ernährung, viel Bewegung und Verzicht auf Tabak geht einher mit beispielhaftem Verhalten von Eltern und Peer-Gruppen und guter Ausbildung. Langsames oder verspätetes Wachstum im Kleinkindalter steht mit verminderter Entwicklung und Funktion von Herz und Kreislauf, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Niere und dadurch einem erhöhten Erkrankungsrisiko im Erwachsenenleben in Verbindung.

### Was die Politik tun kann und muss

Diese Gefährdungen für die Entwicklung sind bei einem Kind aus armen Verhältnissen erheblich größer. Präventive Gesundheitsfürsorge für Erstschwangere und für Mutter und Kind in Geburtskliniken, Kinder- und Schulkrankenhäusern und eine bessere Ausbildung der Eltern und Kinder sind am besten geeignet, diese Risiken zu reduzieren. Derlei Gesundheits- und Ausbildungsmaßnahmen bringen direkten Gewinn. Sie schärfen das Bewusstsein der Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder und machen sie aufgeschlossener für Informationen über Gesundheit und Entwicklung. Dabei wächst zugleich das Vertrauen der Eltern in die eigenen Wirkungsmöglichkeiten.

Eine Politik für eine bessere Gesundheit am Lebensanfang sollte sich bemühen:

- den allgemeinen Ausbildungsstand zu heben und allen gleiche Ausbildungschancen zu bieten, um so die Gesundheit von Müttern und Kindern langfristig zu verbessern,
- vor der ersten Schwangerschaft, während der Schwangerschaft und nach der Geburt gute Ernährung, Gesundheitserziehung und

präventive und kurative Gesundheitsdienste ebenso bereitzustellen wie angemessene soziale und ökonomische Ressourcen, um Wachstum und Entwicklung vor und nach der Geburt zu fördern und das Risiko von Erkrankung und Fehlernährung des Kleinkindes zu reduzieren, und

- sicherzustellen, dass die Eltern-Kind-Beziehungen von Geburt an unterstützt

werden – im Idealfall durch aufsuchende Arbeit und die Förderung guter Beziehungen zwischen Eltern und Schule – damit die Eltern mehr über die emotionalen und kognitiven Bedürfnisse ihrer Kinder wissen und die kognitive Entwicklung und das Sozialverhalten des Kindes gefördert und dem Kindesmissbrauch vorgebeugt wird.

#### WICHTIGE LITERATUR

Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

Keating DP, Hertzman C, eds. *Developmental health and the wealth of nations*. New York, NY, Guilford Press, 1999.

Mehrotra S, Jolly R, eds. *Development with a human face*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Rutter M, Rutter M. *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. London, Penguin Books, 1993.

Wallace HM, Giri K, Serrano CV, eds. *Health care of women and children in developing countries*, 2nd ed. Santa Monica, CA, Third Party Publishing, 1995.

*Abb. 2: Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

## 4. SOZIALE AUSGRENZUNG

**Fehlende Qualität wirkt sich lebensverkürzend aus. Not und Verbitterung durch Armut, soziale Ausgrenzung und Diskriminierung kosten Leben.**

### Was wir wissen

Armut, relative Deprivation und soziale Ausgrenzung haben auf Gesundheit und vorzeitigen Tod einen großen Einfluss, dabei haben einige soziale Gruppen kaum andere Perspektiven als ein Leben in Armut.

Absolute Armut – die Nichterfüllung grundlegender Lebensnotwendigkeiten – ist weiterhin selbst in den reichsten Ländern Europas anzutreffen. Arbeitslose, viele ethnische Minderheiten, Gastarbeiter, Behinderte,

Flüchtlinge und Obdachlose sind besonders gefährdet. Die Bevölkerung von Gesellschaften, die auf eine stärkere Verteilungsgerechtigkeit bedacht sind, ist oft gesünder.

Unter relativer Armut versteht man ein Wohlstandsgefälle zur Mehrheit der Gesellschaft, wobei die Grenze häufig bei 60% des mittleren Einkommens gezogen wird. Relative Armut verhindert eine angemessene Unterkunft, Ausbildung, Transportmöglichkeiten und andere für eine volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wichtigen Voraussetzungen. Der Ausschluss aus der Gesellschaft und die Ungleichbehandlung beeinträchtigen die Gesundheit und erhöhen die Gefahr eines vorzeitigen Todes. Ein

Leben in Armut belastet insbesondere in der Schwangerschaft und schadet Neugeborenen, Kindern und alten Menschen. In einigen Ländern lebt bis zu einem Viertel der Bevölkerung in relativer Armut. Der Anteil der Kinder ist sogar noch höher (Abb. 3).

Soziale Ausgrenzung ist auch eine Folge von Rassismus, Diskriminierung, Stigmatisierung, Ablehnung und Arbeitslosigkeit. Dadurch werden Menschen von Aus- und Weiterbildung

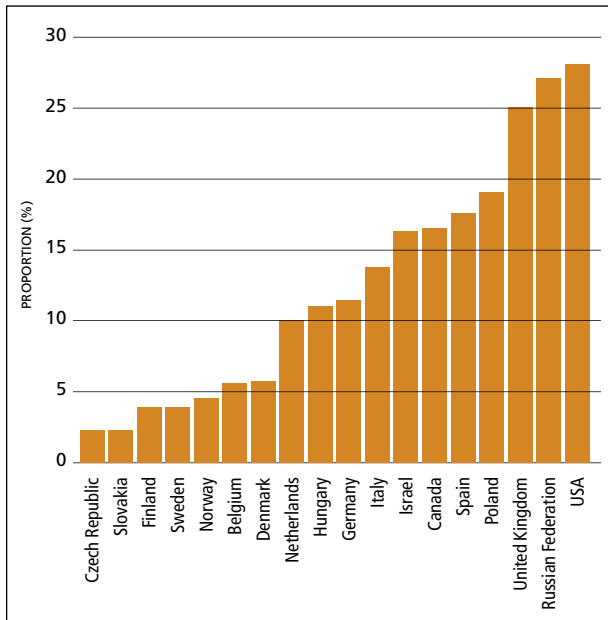


© JAN GRARUP/PILOFOTO

*Menschen, die auf der Straße leben müssen, sterben am häufigsten zu früh.*



**Abb. 3: Anteil der Kinder, die in armen Haushalten leben (unter 50% des nationalen Durchschnittseinkommens)**



abgehalten und der Zugang zu Diensten und Bürgeraktivitäten wird ihnen verwehrt. Dies verursacht soziale und psychologische Schäden, materielle Kosten und beeinträchtigt die Gesundheit. Menschen, die in Einrichtungen wie Gefängnissen, Kinderheimen und psychiatrischen Krankenhäusern leben oder lebten sind besonders gefährdet.

Je länger Menschen benachteiligt leben, desto wahrscheinlicher werden sie von vielfältigen Gesundheitsbeschwerden, insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten, betroffen. Menschen rutschen im Laufe eines Lebens in die Armutszone,

kommen aber auch wieder heraus. Darum ist die Gesamtzahl der Menschen mit Armutserfahrung weit höher als die jeweils aktuellen Zahlen nahe legen.

Armut und soziale Ausgrenzung sind Ursache und Wirkung einer Zunahme von Scheidungen und Trennungen, Behinderungen, Krankheiten, Sucht und sozialer Isolation. Hier entstehen Teufelskreise, die die düsteren Lebensaussichten der Menschen weiter verschlechtern.

Genau wie Armut selbst kann auch allein das Wohnen in von Verelendung und hoher Arbeitslosigkeit betroffenen Vierteln mit geringer Wohn- und Umfeldqualität sowie der fehlende Zugang zu Versorgungsangeboten zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit führen.

### **Was die Politik tun kann und muss**

Keine Regierung ist unbeteiligt an der Einkommensverteilung. Die Politik ist bei Fragen, die Steuern, Subventionen und Sozialgelder, Beschäftigung, Ausbildung, wirtschaftliche Entwicklung und vieles mehr betreffen, aktiv beteiligt. Die eindeutigen Erkenntnisse über die Auswirkungen der Politik auf die Sterbe- und Krankheitsraten verpflichten das Gemeinwesen dazu, absolute Armut zu beseitigen und materielle Unterschiede zu vermindern.

- Alle Bürger sollten durch garantierte Mindesteinkommen, gesetzlich festgesetzte Mindestlöhne und Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen geschützt werden.
- Eingriffe zur Verringerung von Armut und sozialer Ausgrenzung sind sowohl für einzelne Bürger als auch für ganze Wohnviertel erforderlich.

- Die Gesetzgebung kann helfen, Minderheiten und gefährdete Gruppen vor Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung zu schützen.
- Durch Public-Health-Interventionen sollten Hindernisse beseitigt werden, die den Zugang

zu Gesundheitsversorgung, Sozialleistungen und bezahlbaren Wohnunterkünften erschweren.

- Die Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Familienpolitik sollte auf eine Annäherung der sozialen Schichten hinarbeiten.

#### WICHTIGE LITERATUR

Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:40–45.

Kawachi I, Berkman L, eds. *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.

Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.

Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environment and Planning A*, 1999, 31:2239–2248.

Townsend P, Gordon D. *World poverty: new policies to defeat an old enemy*. Bristol, The Policy Press, 2002.

Abb. 3: Bradshaw J. Child poverty in comparative perspective. In: Gordon D, Townsend P. *Breadline Europe: the measurement of poverty*. Bristol, The Policy Press, 2000.

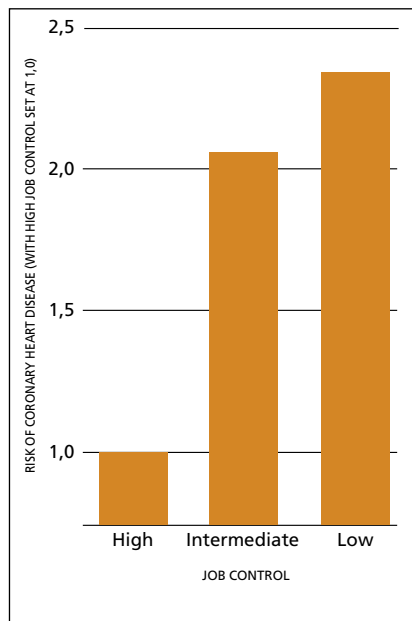


**Stress am Arbeitsplatz verstärkt das Krankheitsrisiko. Wer bei seiner Arbeit mehr selbst entscheiden kann, ist gesünder.**

## Was wir wissen

Grundsätzlich ist es besser, eine Arbeit zu haben, als arbeitslos zu sein. Darüber hinaus sind aber auch die soziale Organisation der Arbeit, der Führungsstil und die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz für die Gesundheit von Bedeutung. Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass Stress am Arbeitsplatz stark zu den großen gesundheitlichen Unterschieden, zu krankheitsbedingten Fehlzeiten und sozialschichtenabhängigen Frühsterbefällen

**Abb. 4: Eigenangaben zum Grad der Selbstbestimmtheit am Arbeitsplatz und Inzidenz von Herz-Kreislaufkrankheiten bei Männer und Frauen**



Bereinigt nach Alter, Geschlecht, Follow-up-Dauer, Ungleichgewicht von Einsatz/Belohnung, Beschäftigungsgrad, koronaren Risikofaktoren und negativer psychologischer Veranlagung

beiträgt. Mehrere europäische Arbeitsplatzstudien haben erbracht, dass die Gesundheit leidet, wenn die Menschen nur geringe Möglichkeiten haben, ihre Fähigkeiten auszunutzen und selbstbestimmt zu arbeiten.

Wenn man am Arbeitsplatz nur wenig Entscheidungsspielraum hat, läuft man verstärkt Gefahr, Rückenschmerzen zu bekommen, häufig krank zu sein und an Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erkranken (Abb. 4). Diese Risiken sind offenbar unabhängig vom psychologischen Profil der Untersuchten. Sie scheinen also, kurz gesagt, etwas mit dem Arbeitsumfeld zu tun zu haben.

Untersucht wurde auch, wie sich die am Arbeitsplatz gestellten Anforderungen auswirken. In einigen Fällen ergab sich eine Wechselwirkung zwischen Anforderungen und dem Grad der Selbstbestimmtheit. Arbeitsplätze mit hohen Anforderungen, die zugleich wenig Raum für selbstbestimmtes Arbeiten lassen, sind dabei besonders risikoträchtig. Einiges spricht jedoch dafür, dass dieser Effekt bis zu einem gewissen Grad durch das soziale Umfeld am Arbeitsplatz aufgefangen werden kann.

Festgestellt wurde auch, dass die Beschäftigten verstärkt Gefahr laufen, an Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erkranken, wenn ihre Arbeitsleistung nicht genügend Anerkennung findet. Es kann sich dabei um Geld, um Ansehen und Selbstachtung handeln. Zu befürchten ist, dass die sich auf dem Arbeitsmarkt vollziehenden Veränderungen die dem einzelnen Menschen offen stehenden Möglichkeiten begrenzen und es schwerer machen, leistungsgerechte Anerkennung zu finden.

Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass das psychosoziale Arbeitsumfeld stark zum sozial bedingten Gesundheitsgefälle beiträgt.

### Was die Politik tun kann und muss

- Zwischen Gesundheit und Arbeitsproduktivität gibt es keinen Kompromiss. Ein eventueller Teufelskreis lässt sich jedoch verhindern: Bessere Arbeitsbedingungen machen die Arbeitnehmer gesünder. Das wiederum verbessert ihre Leistungsfähigkeit und bietet die Möglichkeit, den Arbeitsplatz noch gesünder und produktiver zu gestalten.
- Eine sachgerechte Teilhabe an Entscheidungsprozessen nützt wahrscheinlich den Beschäftigten auf allen Ebenen einer Organisation. Deshalb muss eine Arbeitskultur entwickelt werden, die den Menschen Einfluss auf die Gestaltung und Verbesserung ihres Arbeitsplatzes einräumt und dadurch den Beschäftigten bei ihrer Arbeit mehr Verantwortung, Abwechslung und Entwicklungschancen bietet.
- Zu gutem Führungsstil gehört auch angemessene Ent-/Belohnung aller Beschäftigten in Form von Geld, Ansehen und Selbstwertgefühl.
- Zur Vermeidung von Schäden der Skelettmuskulatur müssen die Arbeitsplätze ergonomisch gestaltet sein.
- Zum Schutz der Gesundheit am Arbeitsplatz gehören neben einer funktionierenden Infrastruktur mit gesetzlichen Kontrollen und Inspektionsbefugnissen Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz, in denen hierfür ausgebildete Fachkräfte psychische Gesundheitsprobleme frühzeitig erkennen und angemessen eingreifen.



© FIRST LIGHT

*Ein Arbeitsplatz, der besonders hohe Anforderungen stellt und nur geringe Entscheidungsfreiheit bietet, birgt besondere Gefahren.*



## WICHTIGE LITERATUR

Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68–74.

Hemingway H, Kuper K, Marmot MG. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusuf S et al., eds. *Evidence-based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books, 2003:181–217.

Marmot MG et al. Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235–240.

Peter R et al. and the SHEEP Study Group. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation

by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(4):294–300.

Schnall P et al. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational Medicine, State of the Art Reviews*, 2000, 15:126.

Theorell T, Karasek R. The demand-control-support model and CVD. In: Schnall PL et al., eds. *The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine*. Philadelphia, Hanley and Belfus Inc., 2000: 78–83.

---

*Abb. 4:* Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68–74.



## 6. ARBEITSLOSIGKEIT

**Wenn man sicher sein kann, seinen Arbeitsplatz zu behalten, ist man gesünder, man fühlt sich wohler und ist mit seiner Arbeit zufriedener. Höhere Arbeitslosenzahlen führen zu mehr Erkrankungen und frühzeitigem Tod.**

### **Was wir wissen**

Arbeitslosigkeit gefährdet die Gesundheit. In Gegenden mit hoher Arbeitslosigkeit ist auch die Gesundheit der Bevölkerung stärker gefährdet. Aus mehreren Ländern weiß man, dass Arbeitslose und ihre Familien ein erheblich höheres Risiko

laufen, vorzeitig zu sterben, auch wenn man den Einfluss anderer Faktoren berücksichtigt. Arbeitslosigkeit beeinträchtigt die Gesundheit, weil sie psychologische Folgen hat, aber auch finanzielle Probleme, vor allem Verschuldung, nach sich zieht.

Die Wirkungen sind bereits spürbar, bevor die Menschen tatsächlich arbeitslos werden. Sie brauchen nur das Gefühl zu haben, dass ihr Arbeitsplatz nicht mehr gesichert ist, was zeigt, dass auch Angst aus Unsicherheit gesundheitsschädlich ist. Hat man Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, so wirkt sich das auf den



*Arbeitslose und ihre Familien laufen ein sehr viel höheres Risiko, vorzeitig zu sterben.*

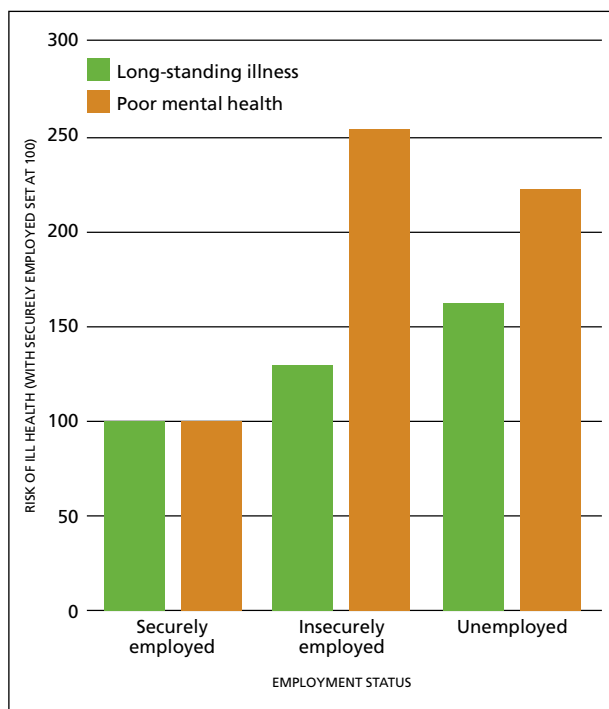
© REUTERS/POLIFOTO



psychischen Gesundheitszustand aus (typisch sind Angst und Depressionen). Man fühlt sich krank, Herzkrankheiten sind häufiger, die Risikofaktoren für diese Krankheiten mehren sich. Da aber ein unbefriedigender oder unsicherer Arbeitsplatz ebenso gesundheitsschädlich sein kann wie tatsächliche Arbeitslosigkeit, reicht die Tatsache, dass man überhaupt Arbeit hat, noch keineswegs aus, um die physische oder psychische Gesundheit zu schützen. Die Qualität des Arbeitsplatzes ist ebenfalls wichtig (Abb. 5).

In den 1990er Jahren änderten sich die volkswirtschaftlichen Bedingungen und

**Abb. 5: Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit**



die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt der Industrieländer, was unter den Arbeitnehmern das Gefühl der Arbeitsplatzunsicherheit verstärkte. Wenn dieses Gefühl anhält, wird es zum chronischen Stressfaktor, dessen Auswirkungen um so stärker spürbar werden, je länger die Menschen ihm ausgesetzt sind. Krankheitsbedingte Fehlzeiten nehmen zu, die Leistungen des Gesundheitswesens werden stärker in Anspruch genommen.

### Was die Politik tun kann und muss

Von politischer Seite sollte man drei Ziele verfolgen: Arbeitslosigkeit verhindern, Notlagen der Arbeitslosen mildern und ihre Wiederbeschäftigung sichern.

- Durch einen staatlich gesteuerten Konjunkturausgleich kann man entscheidend zur Sicherung von Arbeitsplätzen und zum Abbau von Arbeitslosigkeit beitragen.
- Eine Begrenzung der Arbeitszeit ist u. U. nützlich, wenn dabei die Arbeitsplatzsicherung und -zufriedenheit nicht außer acht gelassen werden.
- Damit die Menschen für die verfügbare Arbeit gut gerüstet sind, sind eine gute Ausbildung und gute Umschulungsmaßnahmen von großer Wichtigkeit.
- Wahrscheinlich ist die Gesundheit von Arbeitnehmern, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, besser geschützt, wenn die Arbeitslosen Unterstützung einen höheren Prozentsatz ihres Arbeitseinkommens ausmacht.
- Außerdem könnten Kreditgenossenschaften eine sinnvolle Funktion erfüllen, da sie Verschuldung verhindern und den sozialen Zusammenhalt stärken können.

## WICHTIGE LITERATUR

Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, 35:510–514.

Bethune A. Unemployment and mortality. In: Drever F, Whitehead M, eds. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.

Burchell, B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C, eds. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994:188–212.

Ferrie J et al., eds. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, No. 81) (<http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf>, accessed 15 August 2003).

Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark. *British Medical Journal*, 1987, 295:879–884.

---

Abb. 5: Ferrie JE et al. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2001, 322:647–651.



## 7. SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

**Freundschaften, gute zwischenmenschliche Beziehungen und ein starkes stützendes soziales Netz verbessern die Gesundheit zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft.**

### **Was wir wissen**

Soziale Unterstützung und gute zwischenmenschliche Beziehungen sind wichtig für die Gesundheit. Soziale Unterstützung gibt den Menschen den emotionalen und praktischen Rückhalt, den sie brauchen. Wenn man in ein soziales Netz aus Verständnis und gegenseitiger Verpflichtung eingebunden ist, hat man das Gefühl, umsorgt, geliebt, geachtet und geschätzt zu werden. Das ist ein starker Schutzfaktor für die Gesundheit. Unterstützende Beziehungen können auch zu gesünderen Verhaltensweisen ermutigen.



© FOTOKHRONIKA/POLIFOTO

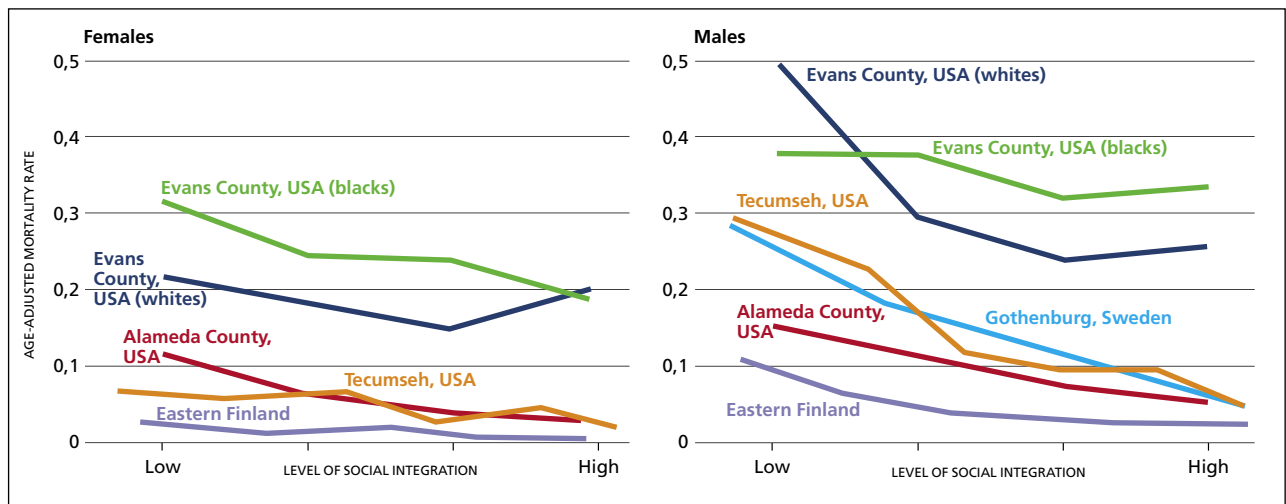
Unterstützung läuft über die individuelle wie über die gesellschaftliche Schiene. Soziale Vereinsamung und Ausgrenzung führen dazu, dass die Menschen eher sterben und z. B. nach einem Herzanfall geringere Überlebenschancen haben (Abb. 6). Wenn man von der Gemeinschaft emotional nicht genügend getragen wird, wird man sich wahrscheinlich weniger wohl fühlen, häufiger unter Depressionen leiden und chronische Krankheiten als stärker behindernd empfinden. Frauen laufen zudem stärker Gefahr, Schwangerschaftskomplikationen zu erleben. Enge zwischenmenschliche Beziehungen, die nicht funktionieren, können die Gesundheit der Menschen psychisch und körperlich beeinträchtigen.

Der Umfang der emotionalen und praktischen Hilfe für den Einzelnen hängt von seiner sozialen und wirtschaftlichen Lage ab. Armut kann zu sozialer Ausgrenzung und Vereinsamung beitragen.

Sozialer Zusammenhalt – definiert als die Qualität der sozialen Beziehungen und das Vorhandensein von Vertrauen, gegenseitigen Verpflichtungen und Respekt in der Gemeinschaft oder in der Gesellschaft – hilft die Menschen und ihre

*Man fühlt sich umsorgt, wenn man in ein soziales Beziehungsnetz eingebunden ist.*

**Abb. 6: Grad der sozialen Integration und Mortalitätsniveau in fünf prospektiven Studien**



Gesundheit zu schützen. Ungleichheit führt zum Zerfall guter sozialer Beziehungen. Gesellschaften mit großen Einkommensunterschieden verfügen über geringeren sozialen Zusammenhalt und erleben mehr Kriminalität. Ein großes Maß an wechselseitiger Unterstützung schützt die Gesundheit, wohingegen der Zusammenbruch von sozialen Beziehungen als Folge wachsender Ungleichheit das Vertrauen beeinträchtigt und das Ausmaß an Gewalt erhöht. Eine Studie fand bei einer Gruppe von Bürgern mit großem sozialem Zusammenhalt anfänglich eine geringe Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nach dem Zerfall des Zusammenhalts stieg die Erkrankungsrate an.

### Was die Politik tun kann und muss

Versuchsstudien deuten darauf hin, dass gute soziale Beziehungen die körperliche Reaktion auf

Stresssituationen mildern können. Interventionsstudien haben auch gezeigt, dass Patienten häufig besser genesen, wenn sie soziale Unterstützung erfahren. So lässt sich auch der Schwangerschaftsverlauf in gefährdeten Gruppen verbessern.

- Eine Verminderung der sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten und der sozialen Ausgrenzung kann den sozialen Zusammenhalt stärken und die Gesundheit allgemein verbessern.
- Wenn man das soziale Umfeld in Schulen, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft allgemein verbessert, trägt das dazu bei, dass sich die Menschen in mehr Bereichen ihres Lebens geschätzt und unterstützt fühlen, was wiederum ihrer Gesundheit, vor allem der psychischen, zuträglich ist.

- Begegnungsstätten zur Förderung des sozialen Austausches könnten zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen.
- In allen Bereichen des privaten und öffentlichen Lebens muss das Abqualifizieren anderer als sozial unterlegen oder minderwertig verhindert werden, da es die Gesellschaft spaltet.

#### WICHTIGE LITERATUR

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109:186–204.

Hsieh CC, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review*, 1993, 18:182–202.

Kaplan GA et al. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128: 370–380.

Kawachi I et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50(3):245–251.

Oxman TE et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:356–368.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 1997, 277: 918–924.

Abb. 6: House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 1988, 241:540–545.

## 8. SUCHT

**Die Menschen flüchten sich in Alkohol, Drogen und Tabak und leiden unter den Folgen dieses Konsums, der jedoch durch das soziale Milieu im breiteren Sinne bestimmt wird.**

### **Was wir wissen**

Der Drogengebrauch ist eine Reaktion auf den Zusammenbruch des sozialen Gefüges und trägt zugleich entscheidend dazu bei, die dadurch bewirkten gesundheitlichen Ungleichheiten weiter zu verstärken. Er eröffnet einen scheinbaren Fluchtweg aus schwierigen Lebenslagen und Stresssituationen, verschlimmert die Probleme jedoch nur.

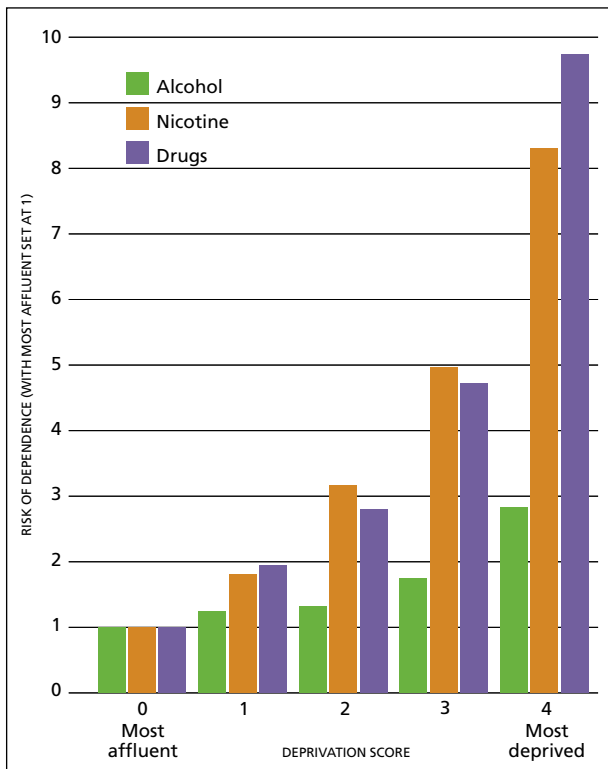
Alkoholabhängigkeit, illegaler Drogengebrauch und Rauchen sind alle eng mit den Kennzeichen sozialer und wirtschaftlicher Benachteiligung verbunden (Abb. 7). In einigen der Übergangsökonomien Mittel- und Osteuropas war das zurückliegende Jahrzehnt z. B. von großen gesellschaftlichen Umbrüchen geprägt. Die auf den Alkoholkonsum zurückgehenden, durch Unfälle, Gewalt, Vergiftungen, Verletzungen und Selbstmord bewirkten Sterbefälle schnellten in die Höhe. Doch auch in anderen Ländern besteht ein Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Sterbefällen durch äußere Einwirkung.

*Die Menschen flüchten sich in Alkohol, Drogen und Tabak, um die durch die harte wirtschaftliche und soziale Wirklichkeit bewirkte Not zu betäuben.*



© TEIT HORNBAK/POLFOTO

**Abb. 7: Sozioökonomische Benachteiligung und Risiko von Alkohol-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit, Großbritannien, 1993**



Dabei läuft die Kausalkette wahrscheinlich in beide Richtungen. Mit Alkohol versuchen die Menschen, das Leiden an belastenden wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen zu betäuben. Andererseits führt die Alkoholabhängigkeit zum sozialen Abstieg. Der Alkohol erlaubt eine zeitweilige Wirklichkeitsflucht, verstärkt jedoch ironischerweise letztlich die Faktoren, die zunächst den Griff zur Flasche ausgelöst haben.

Das Gleiche gilt für den Tabak. Soziale Benachteiligung, und zwar nach allen Indikatoren, wie z. B. schlechte Wohnverhältnisse, niedriges Einkommen, Alleinerziehende, Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit, zeigen einen starken Zusammenhang mit dem Rauchen, das nur in sehr wenigen Fällen aufgegeben wird. Das Rauchen ist eine ungeheure finanzielle Belastung für Arme und eine sehr starke Ursache für Krankheit und Frühsterblichkeit. Dabei gewährt Nikotin keine wirkliche Stressentlastung und hebt auch keineswegs die Stimmung.

Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen wird durch aggressives Marketing und die Werbung übernationaler Firmen und durch das organisierte Verbrechen gefördert. Sie behindern politische Initiativen zur Konsumminderung bei jungen Menschen erheblich. Die Duldung des Schmuggelns durch die Industrie, insbesondere bei Tabak, hat die Bemühungen der Regierungen um preisgesteuerte Konsumbeschränkung unterlaufen.

### Was die Politik tun kann und muss

- In der Drogenarbeit muss man zwar die Menschen, die zu Süchtigen geworden sind, unterstützen und behandeln, doch das allein reicht nicht aus. Zugleich muss man nämlich die soziale Benachteiligung an der Wurzel angehen.
- Beispielsweise muss die Verfügbarkeit der Wirkstoffe durch die Preis- und Lizenzpolitik gesteuert werden. Den Menschen muss gesagt werden, wie sie damit weniger gesundheitsschädlich umgehen können. Durch Gesundheitserziehung kann man versuchen, junge Menschen vom Gebrauch dieser Substanzen abzuhalten, und für Süchtige braucht man wirksame Behandlungsangebote.



- Erfolg ist diesen Maßnahmen allerdings nur dann beschieden, wenn man auch die dem Substanzgebrauch zugrunde liegenden sozialen Faktoren zu ändern versucht. Wenn man die gesamte Verantwortung auf den einzelnen Menschen abwälzt, greift die Politik eindeutig zu kurz. Damit schiebt man nur

dem Opfer die Schuld zu, statt sich auf die Komplexität der sozialen Umstände einzulassen, die zum Substanzgebrauch führen. Eine wirksame Politik auf diesem Gebiet muss deshalb durch den breiten Rahmen der Sozial- und Wirtschaftspolitik abgestützt werden.

#### WICHTIGE LITERATUR

Bobak M et al. Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:41–61.

Makela P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study. *British Medical Journal*, 1997, 315:211–216.

Marsh A, McKay S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

Meltzer H. *Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 6).

Ryan, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British Medical Journal*, 1995, 310:646–648.

Abb. 7: Wardle J et al., eds. Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities. In: Gordon D et al, eds. *Inequalities in health*. Bristol, The Policy Press, 1999:213–239.



**Weil globale Marktkräfte die Lebensmittelversorgung steuern, ist gesunde Nahrung ein politisches Thema.**

### **Was wir wissen**

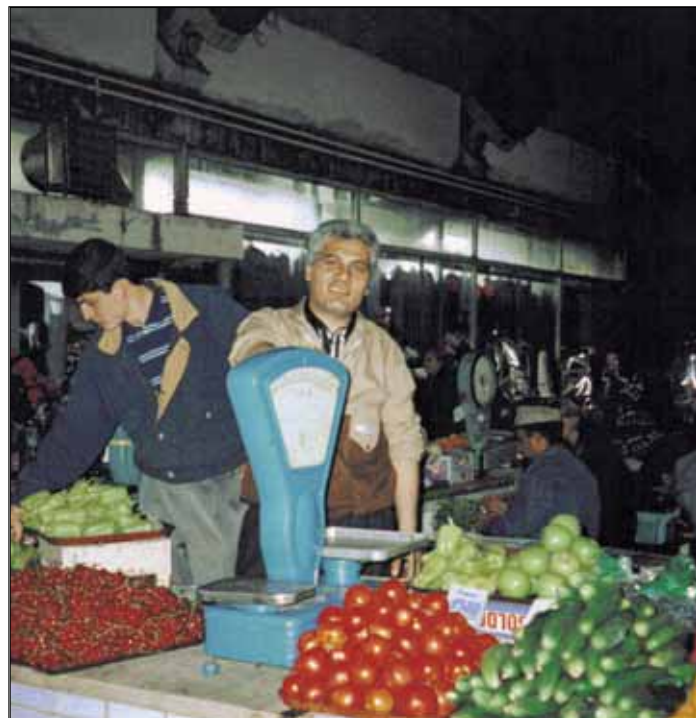
Eine gute Ernährung und eine bedarfsgerechte Lebensmittelversorgung sind entscheidend für die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Lebensmittelknappheit und fehlende Abwechslung verursachen Fehlernährung und Mangelkrankheiten. Zu viel Essen (auch eine Form der Fehlernährung) trägt zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, von Diabetes, Krebs, degenerativen Augenerkrankungen, Fettleibigkeit und Karies bei. Lebensmittelknappheit und Lebensmittelüberfluss schließen sich dabei keineswegs aus. Für die Gesundheit der Bevölkerung entscheidend ist, dass gesundes, nahrhaftes Essen erhältlich und erschwinglich ist (Abb. 8). Was die Menschen essen, hängt weniger von gesundheitlicher Aufklärung als vielmehr davon ab, was gesunde Lebensmittel kosten und wie zugänglich sie sind.

Wirtschaftliches Wachstum und bessere Wohn- und Sanitärverhältnisse haben sich epidemiologisch in einer Zunahme

chronischer Erkrankungen wie Herzkrankheiten, Schlaganfall und Krebs und einem Rückgang der Infektionskrankheiten niedergeschlagen. Damit war, vor allem im westlichen Europa, eine Ernährungsumstellung verbunden. Sie führte zu übersteigertem Verzehr von energiereichen Fetten und Zuckersorten, was zu mehr Übergewichtigen führte. Zugleich überstieg die Fettleibigkeit bei den Armen die der Reichen.

Der Welthandel mit Nahrungsmitteln hat sich mittlerweile zum großen Geschäft entwickelt. Das Allgemeine Tarif- und Handelsabkommen und die Gemeinsame Landwirtschaftspolitik der Europäischen Union erlauben es den globalen

*Man sollte essen,  
was aus der Gegend  
stammt.*



© ALLEN ROBERTSON/WHO

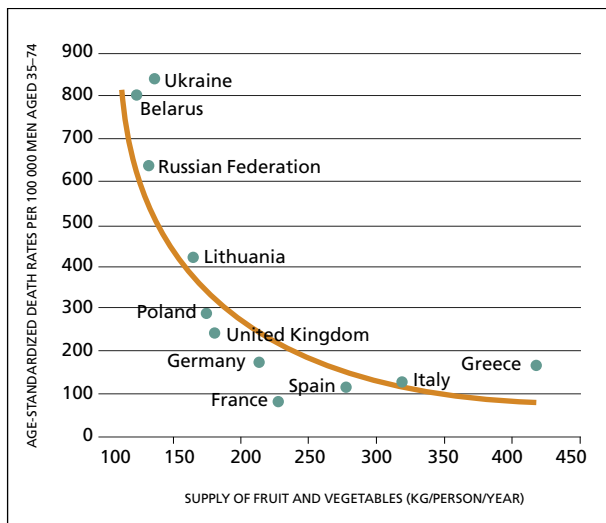
Kräften des Marktes, die Lebensmittelversorgung zu steuern. In internationalen Gremien wie der Codex-Alimentarius-Kommission, die über die Lebensmittelqualität entscheiden und Sicherheitsnormen festlegen, fehlen die Anwälte gesundheitlicher Interessen, während die Lebensmittelindustrie stark vertreten ist. Dabei können Lebensmittel vor Ort nachhaltiger hergestellt werden. Außerdem sind sie so besser zugänglich und unterstützen die örtliche Wirtschaft.

Soziale und wirtschaftliche Verhältnisse bewirken ein sozial bedingtes Ernährungsgefälle, das zu gesundheitlichen Ungleichheiten beiträgt. Der Hauptunterschied in der Ernährung der verschiedenen Sozialschichten liegt in der

Herkunft der Nährstoffe. In vielen Ländern neigen die Armen dazu, frische Lebensmittel durch billigere Fertigprodukte zu ersetzen. Eine hohe Fettzufuhr ist allerdings in allen Sozialschichten häufig anzutreffen. Die niedrigen Einkommensschichten, zu denen junge Familien, ältere Menschen und Arbeitslose zählen, können sich gesundes Essen allerdings am wenigsten leisten.

Ernährungsziele zur Verhütung chronischer Krankheiten betonen vor allem den Verzehr von mehr Frischgemüse, Obst und Hülsenfrüchten und von weniger verarbeiteten stärkehaltigen Lebensmitteln. Empfohlen wird, den Verzehr von tierischen Fetten, raffiniertem Zucker und Salz zu begrenzen. Diese Ernährungsziele sind das Arbeitsergebnis von über hundert Expertenausschüssen.

**Abb. 8: Mortalität aufgrund von koronarer Herzkrankheit und Obst- und Gemüseversorgung in ausgewählten europäischen Ländern**



### Was die Politik tun kann und muss

Kommunale Behörden, Nationalregierungen und internationale Organisationen sollten gemeinsam mit nichtstaatlichen Organisationen und der Lebensmittelindustrie sicherstellen, dass:

- gesundheitliche Aspekte in das Nahrungsmittelsystem einbezogen werden, damit für alle, vor allem die Schwächsten, frische Lebensmittel zu bezahlbaren Preisen verfügbar sind,
- alle die Lebensmittelgesetze betreffenden Entscheidungen unter Mitsprache aller Interessengruppen, darunter auch der Verbraucher, demokratisch getroffen werden und die Verantwortlichen rechenschaftspflichtig machen,
- nachhaltige Landwirtschafts- und Lebensmittelproduktionsmethoden subventioniert werden, die dem Schutz der Naturressourcen und der Erhaltung der Umwelt dienen,

- die Menschen lernen, gesundheitsbewusster zu essen, dass sie mehr über gesunde Nahrungsmittel und gesunde Ernährung sowie über die richtige Zubereitung des Essens erfahren und dass sie begreifen, welche soziale Funktion die Essenszubereitung und gemeinsame Mahlzeiten haben,
- die Menschen brauchbare Informationen über Lebensmittel, Kost und Gesundheit erhalten können und
- für die Aufstellung und Umsetzung einer Ernährungspolitik wissenschaftlich fundierte Nährstoffreferenzwerte sowie Ernährungsleitlinien für konkrete Lebensmittel genutzt werden.

#### WICHTIGE LITERATUR

*Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.* Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916) ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who\\_fao\\_expert\\_report.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf), accessed 14 August 2003).

*Erster Aktionsplan Lebensmittel- und Ernährungspolitik.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/e72199G.pdf>, eingesehen am 21. November 2003).

Roos G et al. Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:35–43.

Systematic reviews in nutrition. Transforming the evidence on nutrition and health into knowledge [web site]. London,

University College London, 2003 (<http://www.nutritionreviews.org/>, accessed 14 August 2003).

World Cancer Research Fund. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997 (<http://www.aicr.org/exreport.html>, accessed 14 August 2003).

*Abb. 8: FAOSTAT (Food balance sheets)* [database online]. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 25 September 2003.

WHO mortality database [database online]. Geneva, World Health Organization, 25 September 2003.

Health for all database [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 25 September 2003.

**Gesundheitsverträglicher Verkehr heißt, dass man weniger Auto fährt, mehr geht und häufiger das Fahrrad nimmt und dass bessere öffentliche Verkehrsmittel zur Verfügung stehen.**

### **Was wir wissen**

Fahrradfahren, Laufen und öffentliche Verkehrsmittel dienen der Gesundheit vierfach. Man verschafft sich Bewegung, es passieren weniger tödliche Unfälle, man stärkt die sozialen Kontakte und verringert die Luftverschmutzung.

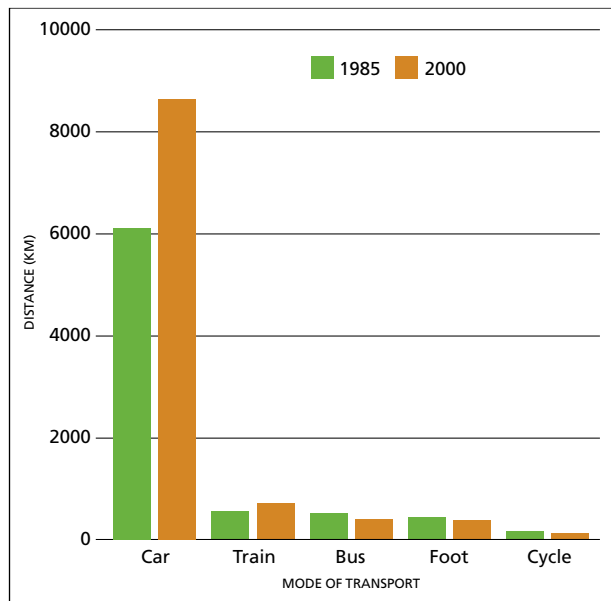
Am Arbeitsplatz und im Haushalt verdanken wir der modernen Technik viele Erleichterungen, zugleich aber brauchen wir uns auch nicht mehr so viel zu bewegen. Deshalb müssen wir uns heute anderweitig Bewegung verschaffen. Die Verkehrspolitik kann bei der Bekämpfung einer sitzenden Lebensweise eine entscheidende Rolle spielen, wenn sie den Stellenwert des Autos vermindert, das Gehen und Fahrradfahren fördert und das öffentliche Verkehrsnetz erweitert. Regelmäßige Bewegung schützt vor Herzkrankheiten, begrenzt das Problem des Übergewichts und verringert damit die Diabetesgefahr. Sie fördert das Wohlbefinden und schützt ältere Menschen vor Depressionen.

*Auf den Straßen sollten  
Fahrradfahrer Vorrang  
haben.*

Weniger Straßenverkehr würde bedeuten, dass es auch weniger Verkehrstote und weniger schwere Unfälle gäbe. Durch Autounfälle werden auch Fahrradfahrer und Fußgänger verletzt, von Fahrradunfällen sind dagegen relativ wenige Menschen betroffen. Eine gut geplante städtische Umwelt, die Fahrradfahrer und Fußgänger vom Autoverkehr trennt, macht Radfahren und Gehen sicherer.



**Abb. 9: Pro Person zurückgelegte Entfernung nach Art der Fortbewegung, Großbritannien, 1985 und 2000**



Anders als Autofahren, das die Menschen voneinander trennt, regen Radfahren, Gehen und das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel zur Begegnung auf den Straßen an. Der Autoverkehr zertrennt Gemeinden und macht es schwer, von einer Straßenseite auf die andere zu kommen. Durch weniger Fußgänger hören die Straßen auf, soziale Räume zu sein. Einsame Fußgänger können sich vor Übergriffen fürchten. Vororte, die nur mit dem Auto zu erreichen sind, grenzen Menschen, die kein Auto haben, aus, d. h. also vor allem die Jungen und die Alten. Soziale Vereinsamung und fehlendes Gemeinschaftsgefühl aber sind stark mitverantwortlich dafür, dass die Menschen krank werden.

Weniger Straßenverkehr bedeutet, dass die Verschmutzung durch Autoabgase zurückgeht. Beim Laufen und Fahrradfahren verbraucht man keine nicht erneuerbare Energie und trägt nicht zum Treibhauseffekt bei. Sie bewirken keine krank machende Luftverschmutzung, machen nur wenig Lärm und sind die bevorzugte Form der Fortbewegung in den ökologischen Ballungszentren der Zukunft.

### Was die Politik tun kann und muss

Im 21. Jahrhundert muss der Mensch vom Auto unabhängiger werden. Autofahren schadet der Gesundheit, dennoch nimmt die Zahl der Autos in allen europäischen Ländern rasch zu. Dagegen bewegen sich die Leute immer weniger zu Fuß oder mit dem Fahrrad fort (Abb. 9). Hier hat die Politik auf kommunaler und nationaler Ebene die Aufgabe, eine Trendumkehr zu bewirken. Dabei muss sie sich mit den starken Interessen der Verkehrslobby auseinandersetzen. Vielen Industriezweigen – Öl, Gummi, Straßenbau, Autoherstellern, Autoverkäufern und -mechanikern und der Werbung – bringt das Auto Vorteile.

- Auf den Straßen sollten vor allem in den Städten Fußgänger und Radfahrer auf kurzen Strecken Vorrang haben.
- Für längere Strecken sollte das öffentliche Verkehrsnetz besser ausgebaut werden, sodass auch ländliche Gebiete regelmäßige und häufige Verkehrsanschlüsse erhalten.
- Wir brauchen andere Anreize. Das heißt zum Beispiel, dass der Straßenbau nicht mehr so stark subventioniert werden darf, dass der öffentliche Verkehr dagegen stärker subventioniert werden muss. Firmenwagen dürfen steuerlich nicht mehr

so begünstigt werden, die Parkgebühren müssen steigen und „Knöllchen“ müssen teurer werden.

- Auch bei der Raumordnung muss man umdenken lernen, z. B. müssen Straßenflächen zu Grünflächen werden, Parkplätze müssen verschwinden, und die Straßen müssen in erster Linie für Fußgänger und Radfahrer da sein, was heißt, dass man breitere Fahrradwege braucht und die Busse ihre eigene Fahrbahn erhalten müssen. Die flächenintensiven Vororte dürfen nicht mehr weiter wachsen, und es dürfen keine Supermärkte auf der grünen Wiese mehr gebaut werden, die wieder nur mit dem Auto zu erreichen sind.
- Immer mehr verdichten sich die Hinweise darauf, dass der Autoverkehr zunimmt, wenn mehr Straßen gebaut werden, während Verkehrsbeschränkungen, ganz entgegen allen Erwartungen, Staus verhindern helfen.

#### WICHTIGE LITERATUR

Davies A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

Fletcher T, McMichael AJ, eds. *Health at the crossroads: transport policy and urban health*. New York, NY, Wiley, 1996.

*Making the connections: transport and social exclusion*. London, Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister, 2003 (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/published.htm>, accessed 14 August 2003).

McCarthy M. Transport and health. In: Marmot MG, Wilkinson R, eds. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999:132–154.

*Transport, environment and health in Europe: evidence, initiatives and examples*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207_1), accessed 14 August 2003).

*Abb. 9: Transport trends 2002: articles (Section 2: personal travel by mode)*. London, Department for Transport, 2002 ([http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft\\_transstats/documents/page/dft\\_transstats\\_506978.hcsp](http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_transstats/documents/page/dft_transstats_506978.hcsp), accessed 18 September 2003).



## Stress

*The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr2001/2001/>, accessed 14 August 2003).

*World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/wrvh1/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/), accessed 14 August 2003).

## Frühe Kindheit

*A critical link – interventions for physical growth and psychosocial development: a review.* Geneva, World Health Organization, 1999 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_CHS\\_CAH\\_99.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_CAH_99.3.pdf), accessed 14 August 2003).

*Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=english>, accessed 14 August 2003).

## Soziale Ausgrenzung

Ziglio E et al., eds. *Gesundheitssysteme stellen sich der Armut.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (Public-Health-Fallstudien, Nr. 1) (<http://www.euro.who.int/document/e80225g.pdf>, eingesehen am 21. November 2003).

## Sucht

Framework Convention on Tobacco Control [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/gb/fctc/>, accessed 14 August 2003).

*Global status report on alcohol.* Geneva, World Health Organization, 1999 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/pubs\\_alcohol.htm](http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm), accessed 14 August 2003).

*Bericht über die Anti-Tabak-Politik in der Europäischen Region der WHO. Kritischer Überblick über den Stand der Umsetzung des Dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa 1997–2001.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e74573G.pdf>, eingesehen am 21. November 2003).

## Lebensmittel

Global strategy for infant and young child feeding [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global\\_strategy.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm), accessed 15 August 2003).

*Globalization, diets and noncommunicable diseases.* Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf>, accessed 15 August 2003).

WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/hpr/global.strategy.shtml>, accessed 15 August 2003).



## Verkehr

*A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe.*

Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>, accessed on 15 August 2003).

*Charta Verkehr, Umwelt und Gesundheit.*

Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4) (<http://www.who.dk/document/e69044G.pdf>, eingesehen am 21. November 2003).

Dora C, Phillips M, eds. *Transport, environment and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89) (<http://www.euro.who.int/document/e72015.pdf>, accessed on 15 August 2003).

Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP) [web pages]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2003 (<http://www.unece.org/the-pep/new/en/welcome.htm>, accessed 15 August 2003).



Arme leben kürzer als Reiche und sind auch häufiger krank. Diese Kluft hat bewirkt, dass man sich zunehmend für die Tatsache interessiert, dass Gesundheit so erstaunlich stark auf soziale Umwelteinflüsse reagiert.

In der vorliegenden Veröffentlichung geht es um das sozial bedingte Gesundheitsgefälle. Erklärt wird, wie sich psychische und soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Lebensdauer auswirken. Erläutert wird auch, was man bisher über die wichtigsten sozialen Determinanten von Gesundheit weiß und welche Rolle die Politik bei der Gestaltung einer gesundheitsförderlicheren sozialen Umwelt spielen kann.

Diese zweite Ausgabe geht bei der Auswahl und Darlegung der wichtigsten sozialen Determinanten von Gesundheit in unserer modernen Gesellschaft von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus. Für jeden einzelnen Bestimmungsfaktor, d. h. Stress, frühe Kindheit, soziale Ausgrenzung, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung, Sucht, gesunde Ernährung und Verkehrspolitik, wird die wichtigste Forschungsliteratur angeführt.

Politik und Gesundheitsmaßnahmen müssen sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit auseinandersetzen und die Ursachen gesundheitlicher Defizite angehen, bevor sich diese zu Problemen auswachsen. Das stellt Entscheidungsträger wie Akteure im Gesundheitswesen und Fürsprecher der öffentlichen Gesundheit vor eine große Aufgabe. Die vorliegende Veröffentlichung liefert ihnen die Fakten und zeigt ihnen die Grundsatzoptionen, die ihnen das Handeln ermöglichen.

ISBN 92 890 3370 3

**Weltgesundheitsorganisation**  
**Regionalbüro für Europa**  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø  
Dänemark  
Tel.: +45 39 17 17 17  
Fax: +45 39 17 18 18  
E-Mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

## Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

### Mitgliedstaaten

Albanien  
Andorra  
Armenien  
Aserbaidschan  
Belgien  
Bosnien-Herzegowina  
Bulgarien  
Dänemark  
Deutschland  
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien  
Estland  
Finnland  
Frankreich  
Georgien  
Griechenland  
Irland  
Island  
Israel  
Italien  
Kasachstan  
Kirgistan  
Kroatien  
Lettland  
Litauen  
Luxemburg  
Malta  
Monaco  
Niederlande  
Norwegen  
Österreich  
Polen  
Portugal  
Republik Moldau  
Rumänien  
Russische Föderation  
San Marino  
Schweden  
Schweiz  
Serbien und Montenegro  
Slowakei  
Slowenien  
Spanien  
Tadschikistan  
Tschechische Republik  
Türkei  
Turkmenistan  
Ukraine  
Ungarn  
Usbekistan  
Vereinigtes Königreich  
Weißrussland  
Zypern