



## **Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Lebenslauf**

**Übersicht der wissenschaftlichen Evidenz und Empfehlungen des DRIVERS-Projekts**



DRIVERS wird von EuroHealthNet koordiniert und hat Förderung aus dem Siebten Rahmenprogramm der Europäischen Union (FP7/2007-2013) unter der Fördernummer 278350 erhalten.

**Herausgeber:**

Peter Goldblatt, Johannes Siegrist, Olle Lundberg, Claudia Marinetti, Linden Farrer, Caroline Costongs

**Mitarbeiter:**

Monica Åberg Yngwe, Kersti Bergqvist, Rebecca Ford, Stephanie Hagan, Hanno Hoven, Sian Jones, Yoline Kuipers, Mafalda Leal, Michael Marmot, Diego Montano, Joana Morrison, Clive Needle, Hynek Pikhart, Demetris Pillas, Milagros Ruiz, Ola Sjöberg, Anne Willmot

**Als Teil des DRIVERS-Projektes veröffentlicht von:**

UCL Institute of Health Equity  
1-19 Torrington Place  
London  
WC1E 7HB  
UK  
Tel.: +44-20-7679 8351  
Korrespondenz: [p.goldblatt@ucl.ac.uk](mailto:p.goldblatt@ucl.ac.uk)

**Und:**

EuroHealthNet  
Rue de La Loi 67  
Brüssel 1040  
Belgien  
Tel. +32 2 235 0330  
Korrespondenz: [c.marinetti@eurohealthnet.eu](mailto:c.marinetti@eurohealthnet.eu)

Januar 2015

**Zitievorschlag**

Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L & Costongs C (2015). Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project. [Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Lebenslauf: Übersicht der wissenschaftlichen Evidenz und Empfehlungen des DRIVERS-Projekts] Der Bericht wurde als Teil des 'DRIVERS for Health Equity' Projektes erstellt, <http://health-gradient.eu/>. Brüssel: EuroHealthNet.

Um den vollständigen Lizenz-Text zu konsultieren, besuchen Sie bitte:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



Die zu diesen Ergebnissen führenden Untersuchungen erfolgten im Rahmen des DRIVERS-Projektes (<http://www.health-gradient.eu>), wurden von EuroHealthNet koordiniert und erhielten Förderung von der Europäischen Gemeinschaft (FP7 2007-2013) unter der Fördernummer 278350.

## **Hintergrund**

Wirtschaftswachstum, Demokratisierung und verbesserte Lebensbedingungen haben zu verbesserter Gesundheit und längerer Lebenserwartung in Europa beigetragen, aber tiefe und systematische Unterschiede in der Gesundheit bleiben. Diese Unterschiede bilden ein Gefälle, das von der Spitze bis zur Basis der Gesellschaft reicht, und dieses Muster gilt für alle Länder Europas (1, 2). Diese Ungleichheiten der Gesundheit gibt es schon seit Jahrhunderten, und mittlerweile ist viel über ihre Ursachen bekannt – von denen viele potentiell vermeidbar sind. Es gibt jedoch Beweislücken in Bezug auf das, was zu ihrer Verminderung effektiv ist sowie bei der Umsetzung von Forschungsergebnissen und Entwicklungen aus andern europäischen Ländern.

Das Hauptziel des DRIVERS Projektes besteht darin, das Verständnis der Beziehungen zu vertiefen, die in einem europäischen Kontext zwischen wichtigen Einflüssen auf die Gesundheit im Laufe des Lebens eines Menschen bestehen – frühe Kindheit, Beschäftigung, und Einkommen sowie soziale Sicherheit – und Lösungen zu finden, um die Gesundheit zu verbessern und die Ungleichheiten bei der Gesundheit zu vermindern.

Dieses Dokument beginnt mit einem Überblick über DRIVERS und seine wichtigsten Befunde. Danach beschreibt es Handlungsprinzipien und Empfehlungen, wie gesundheitliche Ungleichheiten in Europa am besten vermindert werden können. Detailliertere Empfehlungen aus dem Projekt sind in Anhang A und in Befunden aus Fallstudien in Anhang B zu finden. Das Ziel von DRIVERS besteht darin, ein nachhaltiges Dokument zu erarbeiten, welches wissenschaftliche Evidenz darüber liefert, wie Ungleichheiten verringert und soziale Gerechtigkeit verstärkt werden können, indem gezielte sektorenübergreifende Politiken und Programme im Dienste des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Fortschritts für alle umgesetzt werden.

### *Frühere zusammenfassende Berichte*

In den letzten paar Jahren wurden mehrere bedeutende Berichte veröffentlicht, die Evidenz zusammengetragen und Maßnahmen vorgeschlagen haben, welche die gesundheitliche Chancengleichheit verbessern können. Die *WHO-Kommission zu Sozialen Determinanten der Gesundheit* (3) auf globalem ((Welt-)) Niveau, *Fair society, healthy lives: the Marmot Review*

[*Faire Gesellschaft, gesundes Leben: Das Marmot-Review*] (4) in England, und das *Review Soziale Determinanten und das Gesundheitsgefälle in der WHO European Region* (1) unterstreichen alle die Rolle der sozialen Determinanten der Gesundheit sowohl beim Verbessern des Gesundheitszustands ganzer Bevölkerungen und der gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb von Gesellschaften, als auch bei den Empfehlungen, anhand von evidenzbasierten Programmen diese Situation zu verbessern. Einer derartigen Herausforderung kann man sich nur durch kohärente politische Antworten aus dem gesamten Spektrum der Gesellschaft und der Regierung stellen. Viele der erforderlichen Aktionen liegen in der Tat außerhalb des Gesundheitssektors. Bedeutende Lücken im Wissen blieben jedoch in den bisherigen Dokumenten bestehen, nämlich in Bezug auf die Beziehungen zwischen den verschiedenen Determinanten, deren Auswirkungen im Laufe des Lebens sich aufsummieren, und den gesundheitlichen Folgen.

Die 2009er Veröffentlichung der Europäischen Kommission über *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU [Solidarität bei der Gesundheit: Die Verringerung der Ungleichheiten bei der Gesundheit in der EU]* (5) war ein wichtiger Schritt nach vorn bei der Annahme dieser Herausforderung auf EU-Ebene ebenso wie auf den nationalen und subnationalen Ebenen. Seitdem hat die Finanzkrise die sozialen Determinanten der Gesundheit in vielen europäischen Ländern weiter verschärft. Ein neuerer Bericht, *Health inequalities in the EU [Gesundheitsungleichheiten in der EU]* (2), fand heraus, dass die Finanzkrise der Jahre 2007-2009 und die späteren steuerlichen Maßnahmen die Bemühungen verringert hatten, die Ungleichheiten auf dem Gesundheitsgebiet zu verringern. Der Bericht ergab, dass nur eine Minderheit von Ländern Gesundheitsungleichheiten auf nationaler Ebene durch ausdrückliche regierungsübergreifende Aktionspläne gezielt zu verringern schienen, während die Mehrzahl isolierte Politiken entwickelt hatten, ohne sie in einer übergreifenden politischen Strategie zu koordinieren oder überhaupt keine entsprechenden Initiativen ergriffen hatten. Paneuropäische Initiativen wie zum Beispiel ‚Equity Action‘ („Handeln für Chancengleichheit bei der Gesundheit“), untersuchten mögliche politische Maßnahmen, die zur Entwicklung einer Reihe von Mitteln und Informationen darüber führten, wie Politiken auf der nationalen und regionalen Ebene die Chancengleichheit berücksichtigen können. Trotzdem wurden die Ergebnisse der Berichte und anderer Projekte bei der Politikgestaltung weitgehend nicht umgesetzt.

## **Das DRIVERS-Projekt**

DRIVERS (2012-2015) ist ein Forschungsprojekt, das im Rahmen des Siebten Rahmenprogramms der Europäischen Union gefördert wurde, das darauf abzielte, Wissenslücken über Faktoren zu identifizieren und zu schließen, welche die oben erwähnten drei sozialen Determinanten beeinflussen, und welche deren Auswirkungen auf vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten bestimmen. Darüber hinaus zielte das Projekt darauf ab, die Methoden zu analysieren, die zur Bewertung dieser Auswirkungen verwendet werden, so dass sie verbessert werden oder neue Methoden entwickelt werden können, um die unterschiedlichen Ergebnisse von Politiken und Programmen auf die Chancengleichheit bei der Gesundheit besser zu erklären und zu bewerten.

DRIVERS hat:

- das vorhandene Wissen zusammengebracht und Theorien darüber getestet, wie verschiedene Einflüsse während des gesamten Lebenslaufs die Ungleichheiten bei der Gesundheit beeinflussen und beeinträchtigen, und zwar unter Verwendung systematischer Übersichtsarbeiten(sog. Reviews), Metaanalysen und vergleichender Datenanalysen aus Studien, die aus verschiedenen EU-Mitgliedstaaten verfügbar sind;
- die vorhandenen Forschungsmethoden bewertet und weiter entwickelt, um die unterschiedlichen Ergebnisse von Maßnahmen zu bewerten und um gesundheitliche Ungleichheiten durch Verwendung longitudinaler Datensätze besser erkennen und beeinflussen zu können;
- verschiedene Methoden in Fallstudien aus ganz Europa umgesetzt, um die Forschungsergebnisse zu ergänzen und mehr Licht auf sie zu werfen;
- die Beteiligung verschiedener Interessengruppen und Entscheidungsträger angestrebt und realisiert, um von den Sichtweisen der Bürger, Fachleute, praktischen Ärzte und Vertretern der Zivilgesellschaft zu lernen.
- zahlreiche wissenschaftliche Artikel und öffentliche Berichte publiziert (6), etliche Workshops und Abschlussveranstaltungen organisiert und Ergebnisse aktiv an ein breites Spektrum von Interessengruppen verbreitet;

- eine Reihe allgemeiner Handlungsprinzipien und detailliertere praktische Empfehlungen für Politik und Praxis entwickelt, die von Interventionen auf individuellem Niveau bis zur europäischen Ebene reichen, um die Ungleichheiten bei der Gesundheit zu verringern und diesbezüglich die Chancengleichheit zu verbessern.

## **Signifikante Ergebnisse**

### *Frühkindliche Entwicklung (7)*

Das frühe Kindesalter ist eine Hauptursache gesundheitlicher Ungleichheiten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in diesen frühen Lebensstufen die soziale Benachteiligung besonders langfristige negative Auswirkungen auf wichtige Bereiche kindlicher Entwicklung hat: – Kognition, Kommunikation und Sprache, soziale und emotionale Fähigkeiten. Die unzureichende Entwicklung dieser Fähigkeiten hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Ergebnisse im weiteren Lebenslauf. Der wissenschaftliche Nachweis hierzu stammt jedoch in der Hauptsache aus einer kleinen Zahl europäischer Länder und von außerhalb Europas. Vergleichsweise wenig ist über den Umfang soziale Ungleichheiten in der Gesundheit von Kindern im europäischen Maßstab bekannt. Ebenso weiß man wenig darüber, wie die Mechanismen, die diese Ungleichheiten erklären, in verschiedenen Zusammenhängen funktionieren oder welche Auswirkungen, die Programme und Politiken in verschiedenen Kontexten haben, die darauf abzielen, soziale Ungleichheiten in der frühen Kindheit zu verringern.

Um diese Wissenslücke zu überbrücken, wurde eine systematische Überprüfung sozialer Ungleichheiten in der frühkindlichen Entwicklung und frühkindlichen Gesundheit durchgeführt (8). Das Ergebnis zeigte, dass die Vereidlung von Wohnvierteln, niedrigeres Einkommen/Wohlstand der Eltern, Bildungsabschluss, Berufs-Gesellschaftsschicht, höhere Berufsbelastung der Eltern, Arbeitslosigkeit der Eltern, fehlender Hausbesitz und materieller Mangel (Deprivation) im Haushalt alles Schlüsselfaktoren waren, die mit einer großen Anzahl ungünstiger Ergebnisse von Gesundheit und Entwicklung der Kinder verbunden sind. Die Richtung dieser Verbindungen war in den meisten europäischen Ländern ähnlich, mit nur kleineren Unterschieden auf Länderebene. Darüber hinaus traten die Auswirkungen auf die Ergebnisse mit zunehmendem Alter deutlicher hervor.

Zweitens wurde eine systematische Übersicht durchgeführt, um Interventionen zu identifizieren, welche die Gesundheit während der frühen Kindheit verbessern (9). Sie untersuchte Interventionen in EU Mitgliedstaaten von 1999-2013 und fand heraus, dass die meisten Interventionen, die in der wissenschaftlichen Literatur detailliert aufgeführt werden, im Vereinigten Königreich und der Republik Irland durchgeführt wurden. Die meisten beabsichtigten, die Kapazitäten der Kindererziehung durch Unterstützung beider Elternteile zu verbessern, und manche hatten zusätzliche Komponenten wie zum Beispiel Tagesbetreuung, Verbesserung der Wohnverhältnisse, oder Sprachtherapien und psychologische Therapien für Kinder. Günstigere Ergebnisse wurden von Programmen nachgewiesen, die intensive Unterstützung, Informationen und Hausbesuche unter Verwendung einer psychosozialen Vorgehensweise anbieten, und die darauf abzielten, die Fähigkeiten von Kindern und Eltern zu entwickeln. Nur zwei der identifizierten Studien wurden über verschiedene soziale Gruppen hinweg durchgeführt, während alle anderen auf Kinder und Familien abzielten, die in benachteiligten Gebieten wohnten und lebten.

Danach wurden longitudinale Analysen durchgeführt, um diese Ergebnisse weiter zu erforschen, und zwar unter Verwendung von Geburtsjahrgangsdaten aus 12 Ländern in ganz Europa (10). Die aus den meisten Kohorten erhaltenen Resultate deuten darauf hin, dass Kinder, die von Müttern mit einem niedrigen Bildungsniveau geboren wurden, später einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand hatten, obwohl die Größe der Wirkung schwankte. Die Ergebnisse aus den größeren Kohorten deuteten auch darauf hin, dass mehrere soziale Faktoren den Weg zur schlechten Gesundheit beeinflussen. So wurden zum Beispiel Haushaltseinkommen und Verelendung von Wohnvierteln als wichtige Determinanten von Asthma in der Kindheit gefunden, selbst nach statistischer Anpassung weiterer wichtiger Risikofaktoren. Auf ähnliche Art und Weise wurde gefunden, dass psychische Belastung der Mutter und sozioökonomischer Nachteil in den frühen Jahren negative Auswirkungen auf die mentale Gesundheit und das Wohlergehen der Kinder haben.

Zusammengefasst zeigen diese Untersuchungsergebnisse, dass ein komprehensives Versorgungsangebot zur Gewährleistung einer guten Entwicklung während der frühen Kindheit einen entscheidenden Beitrag zur Verringerung sozialer Ungleichheit leisten könnte, den vor allem diejenigen benötigen, die aus benachteiligten Milieus stammen. Um wirksam angeboten zu werden, sollten die Dienstleistungen universell sein, aber auf die sozialen und

wirtschaftlichen Bedürfnisse zugeschnitten sein und das Wissen und die Kapazitäten der Eltern in Bezug auf die Entwicklung ihrer Kinder berücksichtigen.

### *Beschäftigung & Arbeitsbedingungen (11)*

Beschäftigung und Arbeitsbedingungen sind für das Leben vieler Menschen von zentraler Bedeutung. Sie beeinflussen und beeinträchtigen die Gesundheit sowohl direkt (zum Beispiel durch gute oder schlechte Bedingungen) als auch indirekt (zum Beispiel durch das Einkommensniveau). Beide Effekte folgen einem sozialen Gefälle. Menschen mit geringerer Qualifikation oder einer niedrigeren sozioökonomischen Position besitzen eine höhere Wahrscheinlichkeit, belastenden Arbeitsbedingungen exponiert zu sein, ob diese nun körperlicher oder psychosozialer Art sind, als diejenigen, die besser ausgebildet oder von höherer sozialer Herkunft sind.

Mehrere systematische Literaturrecherchen wurden durchgeführt, um eine aktualisierte und umfassende Wissensbasis aufzustellen. In zwei Übersichtsarbeiten gab es Hinweise, dass niedriger qualifizierte Arbeitnehmer höhere Expositionsraten gegenüber chemischen und biologischen Gefahren und eine höhere Häufigkeit von Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen. Eine weitere Übersichtsarbeit von 26 prospektiven Kohorten-Studien (Jahrgangsuntersuchungen) wurde durchgeführt, um den Beitrag belastender psychosozialer Bedingungen in der Arbeitsumgebung zur Entwicklung sozial ungleicher Gesundheit abzuschätzen. Die Ergebnisse zeigten, dass Arbeitsplätze, die durch hohe Anforderungen und niedrige Kontrolle definiert werden und diejenigen, die durch ein Ungleichgewicht zwischen hoher Verausgabung und niedrigen, hierfür erhaltenen Belohnungen charakterisiert sind, in gewissem Ausmaß die Beziehung zwischen niedriger beruflicher Stellung und erhöhtem Risiko schlechter Gesundheit erklärten (12).

Danach wurden sekundäre Datenanalysen neuerer europaweiter Datensätze durchgeführt, um die Verbindungen zwischen Arbeit und ungleicher Gesundheit weiter zu analysieren. Ein wichtiges Resultat war der Nachweis einer nahezu linearen Beziehung zwischen dem von einem Land ausgegebenen Anteil des BIP für aktive Arbeitsmarktpolitiken, die darauf abzielen, benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu integrieren, und dem durchschnittlichen Niveau belastender Arbeit bei den befragten Beschäftigten des jeweiligen Landes. Es zeigte sich, dass die stärker entwickelten Arbeitsmarktpolitiken mit niedrigeren Niveaus belastender Arbeit verbunden sind. Diese Politiken sind in südlichen und östlichen Ländern Europas

weniger entwickelt, und die Last der mit der Arbeit verbundenen Erkrankungen ist dort höher als in westlichen und nördlichen Ländern (13).

Wie effektiv sind Interventionen, die darauf abzielen, durch Verringerung nachteiliger Arbeit das soziale Gefälle zu verringern? Antworten auf diese Frage lieferten zwei systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Eine Arbeit basierte auf 39 Studien zu Interventionen auf Organisationsebene und eine andere fußte auf 36 randomisierten kontrollierten Studien (RCT). Sie zeigten, dass die Effekte individueller Interventionen und von Interventionen auf Organisationsebene im Allgemeinen gering und konsistent sind und dass die Berufsgruppen mit dem höchsten Risiko psychosozialer und physischer Stressoren in den bisher durchgeführten Interventionsstudien unterrepräsentiert sind (14).

Zusammenfassend unterstreicht DRIVERS die Notwendigkeit, die Qualität von Arbeit und Beschäftigung durch strukturelle Maßnahmen auf verschiedenen politischen Ebenen zu verbessern. Derartige Maßnahmen bieten vielversprechende Angriffspunkte für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in der erwerbstätigen Bevölkerung Europas.

### *Einkommen & soziale Sicherheit (15)*

Einkommen und materielle Lebensbedingungen sind für die Gesundheit wichtig und variieren zwischen den sozialen Gruppen beträchtlich. Sozialstaatliche Politikprogramme und breitere wohlfahrtsstaatliche Maßnahmen können die negativen Folgen von Einkommensverlust verringern und sind daher auch in Bezug auf die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten potentiell wichtig. Viele der Untersuchungen, welche die Beziehung zwischen Wohlfahrtssystemen und gesundheitlichen -Ungleichheiten untersuchen, basieren jedoch auf Analysen, die Länder in sogenannte Wohlfahrtssystemtypen gruppieren, das heißt, basierend auf einer Zusammenfassung dessen, wie die Sozialleistungen organisiert sind. Durch Zusammenstellung der Forschungsergebnisse zeigte DRIVERS, dass eine solche Vorgehensweise divergente und unklare Resultate ergibt. Darüber hinaus ist die politische Relevanz derartiger Analysen fragwürdig, weil nicht klar ist, welche spezifischen Komponenten eines Wohlfahrtsystems das Niveau sozial ungleicher Gesundheit in einem Land zu beeinflussen vermögen. Daher ist es nützlicher, solche spezifischen Aspekte von Sozialpolitiken zu untersuchen (16).

Dieser Vorgehensweise folgte eine Serie empirischer Analysen unter Verwendung von europaweiten Datensätzen, wie zum Beispiel der „Europäischen Sozialerhebung“ (European Social Survey) und EU-SILC, um das Wissen darüber zu erforschen und zu vertiefen, wie spezifische Aspekte der sozialen Sicherung mit Ungleichheiten bei der Gesundheit verknüpft sind. Ein wichtiges Ergebnis bestand in der Unterscheidung zweier zentraler Aspekte von Arbeitslosenprogrammen, nämlich dem Anteil der Personen, die berechtigt sind, Arbeitslosenhilfe zu beziehen, und der durchschnittlichen Höhe der gewährten finanziellen Beihilfe, jeweils bezogen auf die Löhne und Gehälter (die sog. Lohnersatzquote). Es zeigte, dass höhere Ersatzquoten mit besserer Gesundheit derjenigen, die Arbeitslosenhilfe beziehen, verbunden sind, und dass diese Beziehung besonders stark bei denjenigen ausgeprägt ist, die einen niedrigeren Bildungsgrad aufweisen. Dieser Zusammenhang gilt jedoch nur dann, wenn das entsprechende Land eine hohe Bezugsrate aufweist, nicht jedoch in Ländern mit niedriger oder mittlerer Bezugsrate. Das weist darauf hin, dass die Höhe von Ersatzquoten für die Gesundheit und die Ungleichheiten bei der Gesundheit vor allem dann wichtig ist, wenn die fraglichen Sozialprogramme einen sehr hohen Anteil der jeweils Bedürftigen einschließen – zum Beispiel im Falle von Arbeitslosenversicherung 90 Prozent oder mehr aller Arbeitslosen. Interessanterweise sind diese positiven Leistungen und Vorteile nicht auf Arbeitslose beschränkt, denn es hat sich gezeigt, dass das Vorhandensein von Programmen sozialer Sicherung selbst die Lebensqualität von Menschen zu verbessern scheint, die sich nicht selbst in einer prekären Lage befinden und auf Hilfe angewiesen sind (17).

In einer weiteren Studie wurde gezeigt, dass eindeutige, aktive Arbeitsmarktpolitiken und höhere Niveaus von Arbeitslosengeld eine positive Auswirkung auf die selbst eingeschätzte Gesundheit junger Erwachsener haben. Sie verminderten das soziale Gefälle bei der Gesundheit jedoch nicht merklich.

Angesichts des starken Einflusses von Armut auf schlechte Gesundheit sind Mindesteinkommensbezüge ein weiterer wichtiger Bestandteil nationaler Sozialpolitik. Eine Analyse, die auf OECD- und anderen Daten basierte, zeigte, dass Länder, die höhere Niveaus von Mindesteinkommensbezügen bereitstellen, niedrigere Sterblichkeitsraten aufweisen (18). Eine separate Analyse, die longitudinale Daten verwendete, zeigte, dass mit dem Einkommen zusammenhängende Politiken im Falle von verfrühtem Verlassen des Arbeitsmarktes relevant sind, zum Beispiel als ein Ergebnis schwerer Krankheit oder Behinderung.

Insgesamt unterstreichen diese Ergebnisse den wichtigen Beitrag, der auf den Ebenen der Gesundheit und der Ungleichheiten der Gesundheit geleistet wird, und zwar sowohl im Hinblick auf den Umfang gewährter Unterstützungsleistungen als auch im Hinblick auf die Höhe der gewährten Ersatzquoten. Ausgebauten Systeme sozialer Sicherung und aktiver Arbeitsmarktpolitik leisten darüber hinaus einen relevanten Beitrag, Menschen (wieder) in bezahlte Arbeit zu bringen.

### *Fallstudien (19)*

Neunzehn Fallstudien wurden als Teil des DRIVERS-Projektes in ganz Europa durchgeführt. Von diesen waren 14 dazu bestimmt, weiteres Licht auf die oben hervorgehobenen Ergebnisse zu werfen, und fünf trugen zu einem besseren Verständnis der Evidenzbasis bei, die erforderlich ist, um Gesundheitschancen zu verbessern - ein weiteres Thema, das im DRIVERS- Projekt ausführlich untersucht wurde. Sie wurden in enger Zusammenarbeit mit Partnern durchgeführt, die den Bereich der öffentlichen Gesundheit, die Zivilgesellschaft und die Unternehmen repräsentieren, und die dazu beitrugen, Informationen über den Kontext und darüber zu liefern, wie Interventionen und Politiken von jenen erlebt werden, die am stärksten beeinträchtigt sind. Auf dieser Basis sollten sodann praktikable Empfehlungen darüber entwickelt werden, wie Aktionen auf die drei zentralen sozialen Determinanten ungleicher Gesundheit optimiert werden können.

Spezifische Ziele waren:

- Interventionen in den frühen Jahren der Kindheit mit der Absicht, Ungleichheiten bei Gesundheit und Entwicklung zu reduzieren, zu identifizieren und zu beschreiben.
- Den potentiellen Gesundheitsgewinn und die psychosoziale Verbesserung von behinderten sowie von obdachlosen Menschen anhand von Programmen zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. zur Rückkehr ins Erwerbsleben, die im ersten Fall in der Schweiz und im zweiten Fall im Vereinigten Königreich durchgeführt wurden, abzuschätzen und zu bewerten.
- Die Wahrnehmung und Erfahrung im Umgang mit sozialen Sicherheitssystemen durch Menschen, die Zugang zu ihnen haben, und die Auswirkungen dieser Systeme auf Ungleichheiten bei der Gesundheit zu erforschen.

Die Hauptergebnisse waren, dass:

- Das Anbieten flexibler Dienstleistungen, von Früherziehung und strukturierten Spielprogrammen, die von einem multidisziplinären Team überwacht werden, die an die Bedürfnisse von Kindern in den frühen Lebensstadien und ihrer Familien angepasst sind, die gesunde Entwicklung verbessert, besonders in den Situationen, in denen solche Angebote bisher nicht zahlreich sind. Ein umfassendes Spektrum von Dienstleistungen für die frühen Jahre sollte im Angebot für alle Eltern und Kinder sein, wobei das Niveau der Unterstützung auf die Bedürfnisse zugeschnitten sein muss, und nach Möglichkeit bereits früh während der Schwangerschaft beginnt. Die zusätzliche, maßgeschneiderte Unterstützung sollte das Potential haben, soziale Ungleichheiten in der frühen Kindheit zu reduzieren.
- Sozial- und arbeitsmarktpolitische Programme sowie Maßnahmen spezialisierter Agenturen die Chancen sozial benachteiligter und gesundheitlicher Risikogruppen erfolgreich verbessern können, eine Arbeit zu finden oder zu erhalten, die ihr Potential voll ausschöpft. Die Arbeitgeber können eine wichtige Rolle spielen, entweder aus eigener Initiative oder veranlasst durch gesetzliche Vorschriften. Das Erreichen dieser Verbesserungen würde die Ungleichheiten im sozialen Bereich und bei der Gesundheit vermindern, die von diesen benachteiligten Erwerbsgruppen erfahren werden.
- Sozialversicherungssysteme lebenswichtige Ressourcen sind, und niedrigere Beteiligungsquoten und Ersatzquoten wahrscheinlich die Lage bedürftiger Menschen weiter verschlechtern und außerdem ihre Gesundheit beeinträchtigen. Menschen mit komplexen Bedürfnissen benötigen personalisierte und maßgeschneiderte Unterstützung, um Zugang zu den Dienstleistungen zu erhalten. Die Leute müssen wissen, dass sie sich auf die Sozialversicherung verlassen können, um zur Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstandards beizutragen, falls und wenn sie mit widrigen Lebensumständen konfrontiert sind. Das Interface, also die Schnittstelle zwischen denjenigen, die Zugang zur Sozialversicherung haben, und den Mitarbeitern an vorderster Front, die sie verwalten, scheint ausschlaggebend zu sein, um den Zugang zu erhöhen und die Beteiligungsschranken zu senken.

## **Methodische Gemeinsamkeiten und Synergien**

*Erstens* verwendeten die drei Forschungsteams vergleichende Daten, die eine große Zahl europäischer Länder abdecken. Dadurch erweiterten sie die Wissensbasis über die sozialen Determinanten der Gesundheit, über die wenigen europäischen Länder hinaus, die bislang die stärksten empirischen Beweise geliefert haben (6). Diese neuen Beweise haben direkte politische Auswirkungen auf nationaler und europäischer Ebene, weil soziale Problemlagen im Allgemeinen in Ländern stärker ausgeprägt sind, in denen Daten und Analysen weniger gut entwickelt sind.

*Zweitens* zeigten durch Nutzung neuerer Fortschritte in der statistischen Analyse (z.B. Mehrebenenanalysen) die Forschungsteams die starken Auswirkungen des größeren sozialen Kontextes auf die Gesundheit des Einzelnen, unabhängig von – und zusätzlich zu – näheren, „eher proximalen“ Umständen, die hauptsächlich in der herkömmlichen Forschung über die Ungleichheiten bei der Gesundheit analysiert wurden. Die Ausweitung des Analyserahmens auf größere soziale Kontexte hat weitreichende Auswirkungen für die Entwicklung bereichsübergreifender Politiken. Insbesondere betont sie die Notwendigkeit für bereichsübergreifende Ansätze und Maßnahmen auf mehreren Ebenen zur Verbesserungen der Chancengleichheit bei der Gesundheit.

*Drittens* wendete jedes Forschungsteam eine Kombination von systematischen Überblicksarbeiten und eigenen Datenanalysen bei der Gewinnung neuer Erkenntnisse an. Das wiederum ermöglichte es den Teams, relevante Lücken in Wissen und Forschung zu identifizieren, Empfehlungen darüber zu entwickeln, wie die Forschung und die Untersuchungen zu verbessern und voranzutreiben sind, und innovative wissenschaftliche Ergebnisse zu generieren. So wurden zum Beispiel neue Aspekte von Sozial- und Wohlfahrtsstaat-Politiken und belastende psychosoziale Bedingungen in der Arbeitsumgebung identifiziert und ihre Assoziationen mit ungleicher Gesundheit bewiesen.

*Viertens* ging aus den systematischen Reviews von Interventionen deutlich hervor, dass randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) nur eine begrenzte Rolle bei der Bewertung größerer Interventionen im Bereich von Public Health spielen. Das ist auch aus der Evaluationsforschung breiterer politischer Programme bekannt. Ergänzende methodische Ansätze müssen daher neben RCTs entwickelt werden. Einige dieser ergänzenden Ansätze

zur Bewertung der Rolle von Determinanten und Effektivität von Interventionen wurden durch die Analyse longitudinaler Daten und durch die Fallstudien in DRIVERS untersucht, wobei auch qualitative Methoden wie zum Beispiel Fokusgruppen und narrative Interviews verwendet wurden.

Insgesamt erbrachten die Forschungsteams neue Belege für die weitere Existenz eines sozialen Gradienten der Gesundheit in Europa. Dieser Gradient wird über den Verlauf des Lebens, von der Befruchtung über die Kindheit, das Arbeitsleben und die Familiengründung bis zum Ruhestand hinweg, festgestellt. Er zeigt, dass Menschen in weniger privilegierten Lebenslagen eine viel schlechtere Gesundheit haben als diejenigen in privilegierteren Lagen. Neben den sozialen Gefällen der Gesundheit in der Gesamtheit einer Gesellschaft wurden bestimmte Bevölkerungsgruppen mit einer hohen Vulnerabilität identifiziert, die außerdem multiplen und kumulativen Nachteilen ausgesetzt waren: Sie wiesen eine besonders schlechte Gesundheit und ein besonders hohes Bedürfnis von Unterstützung auf.

## **Schlussfolgerungen**

DRIVERS hat die vorhandene Evidenzbasis durch eine Reihe systematischer Übersichtsarbeiten und durch neue Datenanalysen erweitert und kritisch ausgewertet. Auf der Grundlage der oben skizzierten Analysen war es möglich, auf früheren Forschungsergebnissen und auf Empfehlungen an die Politik- aufzubauen. In dieser Hinsicht sind die Empfehlungen des European Review der WHO (1) von besonderer Bedeutung. Einige dieser Empfehlungen betreffen direkt die drei zentralen DRIVERS – Themen und haben die nachfolgenden Empfehlungen beeinflusst. Für mehr Klarheit und leichtere Bezugnahme werden diese Empfehlungen in Anhang C detailliert aufgeführt.

Eine allgemeingültige Schlussfolgerung der Forschung und der Untersuchungen in den gesundheitlicher Ungleichheit sollte jeder das Recht auf Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen und Angeboten der Sozialversicherung haben. Das Ziel sollte darin bestehen, hohe Qualität zu erreichen, und zwar in allen untersuchten Bereichen - den frühen Lebensjahren, den Arbeits- und Lebensbedingungen in ganz Europa für alle. Politiken, Maßnahmen und Dienstleistungen sollten universell angeboten werden und zugleich proportional zum Bedarf, sodass für besonders Bedürftige mehr Leistungen zur Verfügung stehen. Das beinhaltet auch personalisierte Unterstützung für diejenigen, die sie benötigen.

Kurz gesagt, Maßnahmen müssen ‚für den Zweck fit sein‘. Frühzeitige vorbeugende Maßnahmen sollten auf jeder Stufe des Lebenslaufs ergriffen werden, um es den Menschen zu ermöglichen, gut und erfolgreich zu leben, mit verbesserter Gesundheit und besserem Wohlbefinden durch alle Schichten der Gesellschaft hindurch, und zwar durch Politiken, die vom Kontext her geeignet und auf gesellschaftliche Aktivposten aufgebaut sind. Insgesamt sollte die Bereitstellung von Dienstleistungen darauf abzielen, es ‚beim ersten Mal richtig zu machen‘, wodurch der Notwendigkeit für weitere, kostspieligere zukünftige Interventionen vorgebeugt wird. Effektive, bereichs- und maßnahmenübergreifende Vorgehensweisen werden benötigt, um die Ressourcen optimal zu nutzen.

DRIVERS verstärkt das Verständnis, dass viele der Ursachen der Ungleichheiten bei der Gesundheit potentiell vermeidbar sind. Der Grund dafür ist, dass sie beide in Beziehung zu den Bedingungen des täglichen Lebens stehen – den Umständen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, wohnen und leben, arbeiten und altern – und den strukturellen Bedingungen in einer Gesellschaft, die zu ungleichen Lebensbedingungen führen und die Chancen des gesunden Lebens beeinträchtigen (3). Diese Faktoren tragen auch zur generationenübergreifenden Übertragung von Ungleichheiten und Lebensstilen sowie Verhaltensweisen bei, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Abgesehen vom direkten Ansprechen dieser Strukturen und Bedingungen des täglichen Lebens muss eine korrekte politische Antwort auch ihre verschiedenen Folgen über alle sozialen Gruppen und den Lebenslauf hinweg ansprechen. DRIVERS verweist darauf, dass dieses die Allgemeingültigkeit des Zugangs sowie das Ansprechen verschiedener Formen von Nachteilen zur Folge haben muss.

## **Empfehlungen**

Die Herausforderung der Verminderung des Ungleichgewichts bei der Gesundheit kann nur durch kohärente politische Antworten der gesamten Gesellschaft und ihrer Regierung Erfolg versprechend beantwortet werden (20). Wie oben angemerkt, haben bislang nur wenige EU-Mitgliedstaaten Ungleichheiten bei der Gesundheit durch ausdrückliche regierungsübergreifende Programme beeinflusst (2). DRIVERS hat das Verständnis der Beziehungen zwischen den drei Schlüsselbereichen vertieft, die im Projekt untersucht wurden, und kohärente Lösungen identifiziert, die sich daraus für Politik und Praxis ergeben. Es wurde auch untersucht, wie man die Effektivität des Erzielens gesundheitlicher

Chancengleichheit verbessern kann, um zu gewährleisten, dass wissenschaftliche Evidenz in stärkerem Maß bei der Entwicklung und Umsetzung politischer Programme berücksichtigt wird.

Die Empfehlungen sind unter vier allgemeinen Prinzipien organisiert:

1. Universalität des Zugangs,
2. Berücksichtigung der Benachteiligung,
3. Berücksichtigung des jeweiligen Kontexts von Problemlagen sowie Respektierung der Rechte und
4. Evidenzbasierte Politik.

Die ersten beiden Prinzipien reflektieren die Notwendigkeit, verschiedene Risikotypen anzusprechen, die mit zwei unterschiedlichen Aspekten gesundheitlicher Ungleichheit zusammenhängen – erstens dem allgemeinen sozialen Gradienten von Gesundheit und zweitens der Kumulation sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in den besonders benachteiligten sozialen Gruppierungen der Bevölkerung. Das Prinzip des proportionalen Universalismus wird daher am wahrscheinlichsten durch einen Satz verschiedener Programme erreicht, die diese beiden Dimensionen in Kombination abdecken. Die letzten beiden Prinzipien berühren Themen, die sich auf die Umsetzung und die Wissensqualität entsprechender Politiken und Programme beziehen. Insgesamt besteht das Ziel darin, hervorzuheben, wie Handlungen über die Bereiche hinweg miteinander zusammenhängen und die größten langfristigen Vorteile im gesamten Lebenslauf erbringen, wenn sie zusammen als Teil einer kohärenten, gesellschaftsweiten Strategie umgesetzt werden.

### ***Universalität des Zugangs***

Universeller Zugang zu Diensten, welche zu qualitativ hochwertigen frühen Jahren während der Kindheit beitragen und zu Diensten, welche die Qualität von Arbeit und Beschäftigung verbessern, fördern ebenso die gesundheitliche Gleichheit wie universelle Angebote des Wohlfahrtsystems. So sollten zum Beispiel Investitionen in Arbeitsmarktpolitiken die Beschäftigungsaussichten für alle erhöhen, durch aktive Arbeitsmarktprogramme und die Förderung von qualitativ hochwertiger Arbeit. Im Gegensatz dazu sind Dienstleistungen, die sich lediglich an spezifische Zielgruppen richten, nicht geeignet, um die Ungleichheiten bei der Gesundheit zu vermindern; vielmehr können sie leicht sozial stigmatisierend wirken, indem sie ‚arme Dienstleistungen für arme Leute‘ werden.

Wir empfehlen:

- Die Förderung bezahlbarer, qualitativ hochwertiger Vorsorge, vorgeburtlich und für die frühen Lebensjahre neben unterstützender Beschäftigungspolitik, Kindererziehungs- und Familienunterstützungsdiensten, um den Eltern zu helfen, Arbeit mit elterlichen Pflichten zu verbinden.
- Die Einführung eines umfassenden Satzes von Maßnahmen zur Förderung fairer Beschäftigung durch Einbeziehung gesundheitsgefährdender Arbeitsbelastungen, die sowohl die traditionellen Bereiche von Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz wie auch die neueren, weitverbreiteten psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz umfassen.
- Die Erwerbsbeteiligung für möglichst viele und die Sicherung von Löhnen und Gehältern, die ein ausreichendes Einkommen für ein menschenwürdiges Leben ermöglichen
- Die Setzung von Prioritäten bei der geeigneten Unterstützung für soziale Sicherheit für Einzelne und Familien bei Budgetvergaben und Besteuerung.
- Die Erhöhung der Zugangsberechtigung zu und der Reichweite von Sozialschutzbündeln und aktiven Arbeitsmarktpolitiken, so dass jeder, insbesondere die am stärksten Gefährdeten und am wenigsten Wohlhabenden von ihnen profitieren können.

### ***Berücksichtigung der Benachteiligung***

Die Exposition gegenüber Belastungen ebenso wie die Häufung günstiger Schutzfaktoren (Qualifikationen, Fähigkeiten, Geld und andere Ressourcen) im Lebenslauf folgt einem sozialen Gradienten. So hängt zum Beispiel soziale Bevorzugung mit geringerer Stressexposition und höherer Verfügbarkeit über Schutzfaktoren während des Lebenslaufes zusammen. Die generationenübergreifende Übertragung von Ungleichheit auf Kinder spielt eine große Rolle beim Zustandekommen dieser Ungleichheiten. Einzelne und Gruppen, die mit multiplen Belastungen und Prozessen sozialer Exklusion in ihrem Leben konfrontiert sind, werden gegenüber schlechter Gesundheit besonders empfindlich. Je größer das Ausmaß erlebter Belastungen ist, desto größer ist der Aufwand, der erforderlich ist, um sowohl die Lebenschancen auf das Niveau jener zu heben, die von sozialen Vorteilen profitieren, als auch die spezifischen Risiken zu berücksichtigen, die von universellen Leistungen vernachlässigt werden. Zugangsbedingungen zu universellen Leistungen schaffen oft Barrieren ausgerechnet bei jenen Gruppen, die den höchsten Bedarf haben.  
ir empfehlen:

- Die Gewährleistung, dass in den frühen Lebensjahren Bildung, Ausbildung und Pflege sowohl universell ist als auch auf Niveaus angeboten wird, die auf soziale Bedürfnisse zugeschnitten sind, um so die sozialen Ungleichheiten bei Gesundheit und Entwicklung von Kindern zu verringern; das beinhaltet das Anbieten von personalisierter Unterstützung und Dienstleistungen, wo angebracht.
- Die frühzeitige Identifizierung von Familien mit dem Risiko von schlechter Gesundheit, ihre Überweisung an entsprechende Dienste und das Unternehmen besonderer Anstrengungen, um die soziale Inklusion von Kindern zu fördern, die am empfindlichsten und mit dem Risiko der Exklusion konfrontiert sind.
- Die stärkere Beachtung und Förderung derjenigen Interventionen im Erwerbsleben, die darauf abzielen, Ungleichgewichte zwischen hoher Verausgabung und niedriger Belohnung und zwischen hohen Anforderungen und niedriger Kontrolle abzubauen, unter besonderer Berücksichtigung sozial schlechter gestellter Berufsgruppen, die zugleich am stärksten durch diese Stressfaktoren gefährdet sind.
- Den verstärkten Einsatz öffentlich finanziert betrieblicher Gesundheitsdienste, die mit ihren Angeboten verstärkt die unversorgten Berufsgruppen erreichen und die von Arbeitgebern unabhängig sind. Das beinhaltet die verstärkte Wiedereingliederung kranker und behinderter Arbeitnehmer in das Erwerbsleben, wobei Modelle guter Praxis anzuwenden sind.
- Die Sicherstellung, dass in einem universellen System der Sozialversicherung verschiedene Arten von Unterstützung angeboten werden, je nach dem GefahrenTyp und Risikoniveau, das Menschen aufweisen. Das umfasst finanzielle Zuwendungen verschiedener Art – sowohl beitragsbezogene als auch ein Mindesteinkommen sichernde Leistungen – sowie Zugang zu qualitativ hochwertigen Wohlfahrtsdiensten und umfassenden Arbeitsmarktprogrammen.
- Die Erleichterung des Zugangs zu – und der Aufnahme von – Sozialversicherungsleistungen. Das beinhaltet die Bereitstellung von Unterstützung für Einzelne und Gruppen mit komplexen Bedürfnissen oder starker Gefährdung, sodass all jene den Zugang zu der Sozialversicherung erhalten, zu dem sie berechtigt sind. Es umfasst auch die Bemühungen, Mitarbeitern der Sozialversicherung in vorderster Front die erforderliche Ausbildung zu gewährleisten, die es ermöglicht, ihre Kunden auf angemessene und professionelle Art zu behandeln.

## ***Berücksichtigung des jeweiligen Kontexts von Problemlagen sowie Respektierung der Rechte***

Europa ist ein Kontinent mit ausgesprochen unterschiedlichen Lebenskontexten. Unter anderem beziehen sie sich auf Kulturen und Normen, soziale Strukturen, Geographie, Regierungsführung und die Bereitstellung von Unterstützung und Pflege. Die Menschen sind einem sehr breiten Bereich von Bedingungen ausgesetzt, und ihre Lebenschancen werden von Faktoren festgelegt, die sich weit über diejenigen Ressourcen hinaus erstrecken, welche sie direkt kontrollieren – Faktoren auf der Ebene von Gemeinden, Staaten und internationalen Systemen. Auf unterschiedliche Arten handeln sie, reagieren sie und passen sie sich an diese Zusammenhänge an. Forschungsevidenz aus DRIVERS weist darauf hin, dass die Umsetzung von Politiken und entsprechende Interventionen an diese unterschiedlichen Kontexte angepasst werden müssen, während zugleich gewährleistet werden soll, dass die aus der Evidenzbasis abgeleiteten Prinzipien beibehalten werden (insbesondere diejenigen, die sich auf Universalität und die Verringerung von Benachteiligung beziehen). Darüber hinaus ist es wichtig, auf die Rechte und Bedürfnisse jedes Einzelnen zu achten, um alle mit Respekt zu behandeln.

Wir empfehlen:

- Die Umsetzung von Interventionen, deren Effektivität in anderen Ländern bewiesen wurde, mit kontextabhängigen Anpassungen in Bezug auf die örtlichen Bedingungen; das erfordert systematische Entwicklung und Auswertung, um zu gewährleisten, dass die Effektivität durch diese Anpassungen nicht beeinträchtigt wird.
- Die Gewährleistung, dass Interventionen in der Arbeitswelt, die auf Organisationsebene erfolgen, einen partizipativen Ansatz enthalten, der alle relevanten Stakeholder beteiligt, so dass die Belange der am stärksten Beeinträchtigten berücksichtigt werden können. Das schließt eine formelle Zusammenarbeit zwischen den Interessengruppen voraus und umfasst ebenso die Umsetzung freiwilliger Vereinbarungen wie die Einrichtung verschiedener Formen des sozialen Dialogs. Eine Voraussetzung dafür ist ein Führungsstil, der auf Mitsprache und Dialog basiert.
- Die Entwicklung und Umsetzung politischer Pläne auf unterschiedlichen Ebenen, wie zum Beispiel auf Organisations- und nationalem Niveau, unter Verwendung

verfügbarer Leitfäden und Materialien, vorhandener wissenschaftlicher Ergebnisse sowie der Erfahrungen der Betroffenen.

### ***Evidenzbasierte Politik***

Die Gewährleistung von Qualität für alle erfordert Politiken, die Beweise aus vielen verschiedenen Quellen verwenden und verschiedene Untersuchungs-, Auswertungs- und Überwachungstypen nutzen. Sie erfordert eine pluralistische Vorgehensweise für qualitativ hochwertige wissenschaftliche Forschung, die auf den europäischen Kontext zugeschnitten ist, das Sammeln vergleichbarer europaweiter nationaler Daten, die konsequente Bewertung der Effektivität neuer Politiken und Initiativen und die regelmäßige Überwachung und Überprüfung von Routine-Politiken und -Praktiken.

Wir empfehlen:

### ***Fokus der Untersuchungen***

- Die Erhöhung der Fähigkeit, Untersuchungen über Ungleichheiten bei der Gesundheit dort durchzuführen, wo die derzeitige Beweislage schwach ist (aber der Handlungsbedarf akut ist), oder wo sie auf neuen Stand gebracht werden muss, um gesellschaftliche Veränderungen zu berücksichtigen. Zurzeit stehen die wenigsten Beweise für diejenigen Länder und gesellschaftlichen Gruppen zur Verfügung, bei denen der Handlungsbedarf am größten ist.
- Die verstärkte Finanzierung länderübergreifender vergleichender Forschung, besonders auf europäischer Ebene.
- Die unter Berücksichtigung des Bezugssystems sozialer Determinanten der Gesundheit erfolgende Analyse, wie Menschen in der Lage sind, ihre Ressourcen so zu nutzen, dass sie die Bedingungen, unter denen sie leben, angemessen bewältigen können.
- Die Erweiterung der Kriterien, welche an die Evidenz von Ergebnissen aus der Public Health-Forschung gelegt werden, um einen pluralistischen Ansatz, der verschiedene Untersuchungsdesigns beinhaltet, die für breit angelegte, bevölkerungsweite Interventionen und Politiken geeignet sind, besonders bevölkerungsweite Kohortenstudien und Multilevel-Analysen.

### *Harmonisierung von Daten, Methoden und Auswertungen*

- Gewährleistung, dass der Aufbau, die Berichterstattung und die Auswertung der Interventionen den besten verfügbaren Verfahren in den Forschungsdesigns der Sozialwissenschaften und der Statistik entsprechen.
- Erhöhung der Investitionen bei der Unterstützung langfristiger, harmonisierter Geburtskohorten - Untersuchungen, um so die Variation – über Länder und Regionen der Europäischen Union hinweg – in den lebenslangen Auswirkungen der Bedingungen der frühen Kindheit auf die Gesundheit und die Entwicklungsergebnisse besser zu verstehen. Diese Investition würde eine Analogie zu bereits geförderten europaweiten Arbeitskräfteerhebungen und Umfragen über Einkommen und Lebensstile sein.
- Ermöglichung einer kombinierten Vorgehensweise für die Analyse von Sozialversicherungsdaten durch Zugang zu guten Daten über institutionelle Vorkehrungen, Sozialausgaben sowie die gesamte Bandbreite individueller Lebensbedingungen, welche die sozialen Determinanten von Gesundheit auf dem Niveau des Einzelnen abbilden.

### *Monitoring und Überprüfung*

- Regelmäßige Überprüfung gesundheitsgefährdender Arbeitsbelastungen anhand qualitätsgeprüfter Messverfahren, unter Einbeziehung aller Verantwortlichen.
- Routine-Monitoring und regelmäßige Überprüfungsverfahren von Programmen und Interventionen zur Verminderung sozialer Benachteiligung zur Stärkung der Gesundheit. Das sollte die Bewertung der Nutzung verfügbarer Modelle von guter Praxis und Informationen über ihre ‚Return on Investment‘ (Kapitalrendite) in Bezug auf wirtschaftliche und soziale Leistungen umfassen, um auf diese Weise die Motivation zur Umsetzung gerechter Politiken zu stärken.
- Berücksichtigung der Chancengleichheit bei der Gesundheit in allen Monitoring- und Überprüfungsaktivitäten.

### *Erhöhung der Wirksamkeit der Empfehlungen*

Während des gesamten Projektes untersuchte DRIVERS, wie wissenschaftliche Evidenz besser aufgenommen werden kann, um die Entwicklung und die Umsetzung politischer Maßnahmen zu unterstützen (21, 22). In diesem Sinne Handelnde sollten:

- Verschiedene Arten von qualitativen und quantitativen Beweisen nutzen, die für verschiedene Zielgruppen relevant sein könnten (z. B. die Medien, die allgemeine Öffentlichkeit, das allgemeine Publikum, verschiedene Politikbereiche usw.) oder verschiedene Forschungsfragen beantworten (z. B. Probleme der Kausalität, des praktischen Nutzens von Interventionen), wobei stets der Ertrag für eine verbesserte Chancengleichheit von Gesundheit im Zentrum steht.
- Etablierte Modelle guter Praxis als Teil des Wissenstransfers und der Übersetzung nutzen, wie zum Beispiel die Vereinfachung von Sprache und Konzepten, der Fokus auf Lösungen anstelle von Problemen und Begrenzungen, und die Förderung von Kontakten zwischen politischen Entscheidungsträgern und Forschern, um die Effektivität von Bemühungen um Fürsprache zu erhöhen.
- Die potentiellen Aufgaben der Fürsprache erkennen, die von einem breiten Spektrum verschiedener Arten von Stakeholdern übernommen werden können, einschließlich Wissenschaftlern, Praktikern, praktischen Ärzten, Zivilgesellschaft und betroffenen Einzelnen, Nichtregierungsorganisationen, Interessenvertretungen, unterstützende politische Entscheidungsträger, Arbeitgeber und die Medien.
- Ziele von Win-win-Situationen oder Kompromissen in Bezug auf die sozialen Determinanten der Gesundheit in Rücksprache mit den betroffenen Bereichen finden, da dieses für erfolgreiche bereichsübergreifende Zusammenarbeit erforderlich ist. Das bedeutet, dass das Ziel wahrscheinlich eher in einer Verbesserung bei einer spezifischen sozialen Determinante der Gesundheit besteht als in einer Verbesserung eines Gesundheitsproblems ohne Bezug auf seine Verursachung.
- Botschaften, die bei Bemühungen um Fürsprache verwendet werden, an das Ziel und den Zusammenhang anpassen. Diese Botschaften können die Gesundheit als einen Wert an sich, die soziale Gerechtigkeit, die nachhaltige Entwicklung, die Menschenrechte allgemein, oder verschiedene wirtschaftliche Argumente umfassen, oder sie können sogar an das Eigeninteresse spezieller Gruppen appellieren.
- Wenn man eine langfristigere Sichtweise einnimmt, daran arbeiten, Schranken zu überwinden, welche die Umsetzung einer Politik zur Verbesserung der Chancengleichheit bei der Gesundheit behindern. Das könnte Ausbildung in Fürsprache und Kommunikation für Gesundheitsberufe, Forschung an der Seite benachteiligter Gemeinschaften in akademischen Lehrplänen und die Förderung der Zunahme des öffentlichen Verständnisses und der Wahrnehmung der sozialen Determinanten der Gesundheit umfassen.

Auf diesen Punkten aufbauend, hat DRIVERS mehrere fokussierte politische Kurzdarstellungen vorbereitet, die darauf abzielen, von Befürwortern benutzt zu werden, um das politische Geschäft in den drei Hauptinteressensgebieten voranzubringen. Sie stehen auf der Website zur Verfügung (6). Zusätzlich finden Sie Links zu allen Veröffentlichungen, die in begutachteten wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert wurden, sowie zusammenfassende Berichte der Fallstudien und der öffentlich zugänglichen Abschlussberichte der wissenschaftlichen Arbeiten, die zu den Themen ‚frühkindliche Entwicklung‘, ‚Beschäftigung und Arbeitsbedingungen‘ sowie ‚Einkommen und soziale Sicherheit‘ durchgeführt wurden.

## Literatur

1. WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. [Überprüfung der sozialen Determinanten und des ‚Gesundheitsgefälles‘ in der Europäischen Region der WHO: Abschlussbericht.] 2014.
2. Marmot M et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium. [Ungleichheiten bei der Gesundheit in der EU: Abschlussbericht eines Konsortiums.] Brüssel: Europäische Kommission, 2013.
3. Commission on Social Determinants of Health WHO. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report. [Das Schließen der Lücke in einer Generation. Chancengleichheit bei der Gesundheit durch Handeln auf die sozialen Determinanten der Gesundheit. Abschlussbericht.] Genf: 2008.
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. [Faire Gesellschaft, gesundes Leben. Der Marmot Review. Strategischer Review der Ungleichheiten bei der Gesundheit in England nach 2010.] London: 2010.
5. Europäische Kommission. Social determinants and health inequalities. [Soziale Determinanten und Ungleichheiten bei der Gesundheit.] Erhältlich von: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm).
6. DRIVERS Website. Erhältlich von: <http://health-gradient.eu/home/publications/>.
7. Pikhart H, Ruiz M, Morrison J, Goldblatt P, Marmot M. DRIVERS final scientific report: Social inequalities in early childhood health and development, evidence and policy implications. Report produced as part of the ‘DRIVERS for Health Equity’ project. [Wissenschaftlicher Abschlussbericht von DRIVERS: Soziale Ungleichheiten bei der Gesundheit und Entwicklung in der frühen Kindheit, Beweise und politische Auswirkungen. Ein Bericht, der als Teil des Projekts „DRIVERS für Chancengleichheit bei der Gesundheit“ erstellt wurde.] Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014. Erhältlich von: <http://health-gradient.eu/>.
8. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. [Soziale Ungleichheiten bei der frühkindlichen Gesundheit und Entwicklung: Eine europaweite systematische Überprüfung.] Pediatr Res. 2014;76(5):418-424.
9. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children’s health and development. [Systematische Überprüfung von Eingriffen bei der Kindererziehung in europäischen Ländern, die darauf abzielen, die sozialen Ungleichheiten bei Gesundheit und Entwicklung der Kinder zu vermindern.] BMC Public Health. 2014;14:1040.
10. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Maternal education and early childhood health: A DRIVERS meta-analysis in 12 European cohorts. [Die Bildung der Mutter und die frühkindliche Gesundheit: Eine DRIVERS Metaanalyse in 12 europäischen Geburtsjahrgängen.] Submitted to [Eingereicht an das] J Epidemiol Community Health.

11. Siegrist J, Montano D, Hoven H. DRIVERS final scientific report: Working conditions and health inequalities, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. [Wissenschaftlicher Abschlussbericht von DRIVERS: Arbeitsbedingungen und Ungleichheiten bei der Gesundheit, Beweise und politische Auswirkungen. Ein Bericht, der als Teil des Projektes ,DRIVERS für Chancengleichheit bei der Gesundheit‘ erstellt wurde.] Centre of Health and Society, Faculty of Medicine (Medizinische Fakultät), Universität Düsseldorf. Düsseldorf: 2014. Available from: <http://health-gradient.eu/>.
12. Hoven H, Siegrist J. Work characteristics, socioeconomic position and health: a systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. [Tätigkeitsmerkmale, sozioökonomische Position und Gesundheit: Eine systematische Überprüfung von Mediations- und Moderationswirkungen in prospektiven Studien.] Occup Environ Med. 2013;70:663-9.
13. Wahrendorf M, Siegrist J. Proximal and distal determinants of stressful work: framework and analysis of retrospective European data. [Proximale und distale Determinanten belastender Arbeit: Rahmen und Analyse retrospektiver europäischer Daten.] LYSE. BMC Public Health. 2014;14:849.
14. Montano D, Hoven H, Siegrist J. A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: Does social stratification matter? [Eine Metaanalyse von Gesundheitswirkungen randomisierter kontrollierter Arbeitsplatz-Interventionen: Ist die soziale Stratifizierung wichtig?] Scand J Work Environ Health. 2014;40:230-4.
15. Lundberg O, Åberg Yngwe M, Bergqvist K, Sjöberg O. DRIVERS final scientific report: The role of income and social protection for inequalities in health, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. [Die Rolle des Einkommens und der sozialen Sicherheit für Ungleichheiten bei der Gesundheit, Beweise und politische Auswirkungen. Ein Bericht, der als Teil des Projektes ,DRIVERS für Chancengleichheit bei der Gesundheit‘ erstellt wurde.] Centre for Health Equity Studies. Stockholm: 2014. Erhältlich von: <http://health-gradient.eu/>.
16. Bergqvist K, Åberg Yngwe M, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review. [Die Aufgabe der Eigenschaften des Wohlfahrtsstaates für die Gesundheit und Ungleichheiten verstehen - eine analytische Überprüfung.] BMC Public Health. 2013;13:1234.
17. Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits. [Aufschließen der Wirkung von Sozialpolitiken auf die Bevölkerungsgesundheit und Ungleichheiten: Ein empirisches Beispiel von Arbeitslosenunterstützungen.] Scand J Public Health. 2014;42(7):635-42.
18. Nelson K, Fritzell J. Welfare states and public health: The role of minimum income benefits for mortality. [Wohlfahrtsstaaten und öffentliche Gesundheit: Die Rolle von Mindesteinkommensleistungen für die Sterblichkeit.] Soc Sci Med. 2014(112):63-71.

19. Morrison J et al. DRIVERS Final case studies report. [DRIVERS Fallstudien-Abschlussbericht.] Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014.
20. WHO. Governance for health in the 21st Century. [Regierungsführung für Gesundheit im 21. Jahrhundert.] Genf: 2013.
21. Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C. Advocacy for health equity: A synthesis review [Fürsorge für Chancengleichheit bei der Gesundheit: Ein Synthesebericht] Submitted to Milbank Q. 2015.
22. Farrer L, Marinetti C. Advocacy for Health Equity: Case Studies Synthesis Report. [Fürsorge für Chancengleichheit bei der Gesundheit: Fallstudien-Synthesebericht.] EuroHealthNet. Brüssel: 2015.

DRIVERS (2012-2015) ist ein Forschungsprojekt, das vom 7. Rahmenprogramm der EU gefördert wird. Es bezweckt, das Verständnis der Beziehungen zwischen einigen der Haupteinflüsse auf die Gesundheit im Lebenslauf eines Menschen zu vertiefen – frühe Kindheit, Beschäftigung, Einkommen und soziale Sicherheit – und Lösungen zu finden, um die Gesundheit zu verbessern und die Ungleichheiten bei der Gesundheit zu vermindern.

Die Forschung wird von einem Konsortium durchgeführt, das führende Forschungszentren und Organisationen umfasst, welche den Bereich der öffentlichen Gesundheit, die Zivilgesellschaft und Unternehmen repräsentieren. Das Projekt wird von EuroHealthNet koordiniert.

