

## Interview with Sir Michael Marmot

Professor for Epidemiology and Public Health at the University College London

Conducted by Dr Thomas Mattig, Director of Health Promotion Switzerland, on 1<sup>st</sup> December 2008

Transcript from Interview → <a href="#">link to download</a>	Translation into German
<p><i>Sir Michael Marmot, you are Professor for Epidemiology and Public Health at the University College London, and you were also the chair of the WHO "Commission on Social Determinants of Health".</i></p> <p><i>What is your definition of health?</i></p>	<p><i>Sir Michael Marmot, Sie sind Professor für Epidemiologie und öffentliche Gesundheit am University College London, und Sie waren auch der Vorsitzende der „Kommission über die sozialen Gesundheitsdeterminanten“ der Weltgesundheitsorganisation<sup>1</sup>.</i></p> <p><i>Was ist Ihre Definition von Gesundheit?</i></p>
<p>Well, we take the WHO definition, which is really rather important because it emphasizes the social and psychological dimensions as well as the physical health dimension. And also, it emphasises the fact that it's not only the absence of disease. It's a positive concept.</p>	<p>Wir nehmen die WHO Definition<sup>2</sup>. Sie ist wichtig, weil sie die sozialen und psychologischen Dimensionen betont, ebenso wie die körperliche Dimension der Gesundheit. Auch hebt sie die Tatsache hervor, dass Gesundheit nicht nur Abwesenheit von Krankheit ist. Sie beinhaltet eine positive Vorstellung.</p>
<p><i>Why are the rich healthier than the poor?</i></p>	<p><i>Warum sind die Reichen gesünder als die Armen?</i></p>
<p>It's a good question! In a way, I would say, it's not quite right way to ask the question – for two reasons: Firstly, if you look at how health is distributed, it's not only that the poor have worse health than the rich, but it's a finely graded phenomenon. In other words, if you, for example, look at tenths of the distribution of income amongst the population, in general what you find is that those second from the bottom have better health than those at the bottom, those third from the bottom have better health than those second from the bottom up, all the way along the distribution. So what we find is people in the middle have worse health than those at the top, but better health than those at the bottom.</p> <p>So asking the question "why are the rich healthier than the poor?" is really not quite the right – it sends the wrong message. And that is very important because people in the middle have worse health than those at the top. It's not so much rich and poor. And in fact I don't think income really is the right way to think about it. I think it's importantly related to where people are in the social hierarchy, and what that allows them to be and to do – the freedoms that allow them to be and to do.</p>	<p>Eine gute Frage! Aber ich würde sagen, dass sie nicht richtig gestellt ist – aus zwei Gründen: Erstens, wenn Sie schauen, wie sich Gesundheit verteilt, dann stellen Sie nicht nur fest, dass die Armen eine schlechtere Gesundheit haben als die Reichen, sondern dass es eine fein abgestufte Erscheinung ist. Mit anderen Worten, wenn Sie zum Beispiel die Verteilung in Zehner-Abstufungen anschauen, dann werden Sie als Regel feststellen, dass jene auf der zweituntersten Stufe eine bessere Gesundheit aufweisen als jene ganz zuunterst, und jene auf der dritten Stufe eine bessere Gesundheit als jene auf der zweiten Stufe, und so weiter über die ganze Verteilung hinweg. So finden wir also, dass die Menschen in der Mitte weniger gesund sind als jene zuoberst, aber gesünder als jene zuunterst.</p> <p>Die Frage also „Warum sind die Reichen gesünder als die Armen?“ ist nicht wirklich richtig – sie sendet die falsche Botschaft. Das ist sehr wichtig, denn Menschen in der Mitte haben eine schlechtere Gesundheit als jene zuoberst. Es geht nicht so sehr um reich oder arm. Und in der Tat, glaube ich nicht, dass Einkommen das richtige Kriterium ist, um darüber nachzudenken.</p>

<p>And I think that this is also a way of thinking why people in rich countries have better health than those in poor countries. And again, it's finely graded. And it's not just income. But I think the social circumstances allow the people the freedoms to be and to do.</p>	<p>Ich denke, es hängt entscheidend damit zusammen, wo sich Menschen auf der sozialen Hierarchie befinden und was ihnen das ermöglicht „zu sein und zu tun“ – die Freiheiten, die ermöglichen „zu sein und zu tun“.</p> <p>Ich denke, dass dies auch ein Ansatz ist zu verstehen, warum Menschen in reichen Ländern eine bessere Gesundheit haben als jene in armen Ländern. Und wieder: es ist fein abgestuft. Und, es geht nicht nur um das Einkommen. Aber ich denke, dass die sozialen Bedingungen den Menschen die Freiheiten geben, „zu sein und zu tun“.</p>
<p><i>How do control and empowerment affect health?</i></p>	<p><i>Wie wirken sich Kontrolle bzw. Gestaltungs- vermögen<sup>3</sup> auf die Gesundheit aus?</i></p>
<p>When I talk about the freedom to be and to do that's a formulation that Amartya Sen<sup>4</sup> used thinking about fundamental freedoms. But it's very consistent with what my own research has shown which is about the importance of control. Now, we've looked at it in the work place and we show that control over working circumstances is very importantly related to biological stress..... You can show this in psychobiological laboratories as well. So we show that people who have more control over work have, in some, lower activities of the hypothalamic-pituitary adrenal axis, the cortisol mechanism, and the balance between sympathetic and para-sympathetic – the sympathetic system, is favourable. In other words the lower sympathetic drive higher parasympathetic ... So if you are asking me how, we have good biological mechanisms that link people's control over their working circumstances.</p> <p>If we look at empowerment more generally and the line we took on the WHO Commission on Social Determinants of Health, we need to think of empowerment as a psychosocial concept along the line such as just being described – “How much control people have over their lives?”</p> <p>But also as a material concept: if you don't have clear running water and have to walk eight kilometres to get water you cannot be empowered. If you haven't the money to feed your children, you cannot be empowered.</p> <p>So material deprivation is a source of disempowerment and, the third, its political empowerment, it's having voice, being heard,</p>	<p>Wenn ich von „der Freiheit zu sein und zu tun“ spreche, dann verwende ich eine Formulierung, welche Amartya Sen in seinen Überlegungen zu den Grundfreiheiten brauchte. Sie stimmt mit meiner eigenen Forschungsarbeit überein, welche die Bedeutung der Kontrolle aufgezeigt hat. Wir haben sie am Arbeitsplatz betrachtet. Wir zeigen, dass die Kontrolle über Arbeitsbedingungen ganz wesentlich mit biologischem Stress Markern verbunden ist. Sie können das auch in psychobiologischen Labororien nachweisen. Wir zeigen also, dass Menschen, die eine höhere Kontrolle über ihre Arbeit verfügen, eine tiefere Aktivität der Hypothalamus -Hypophyse -Nebennieren-rinden-Achse zeigen<sup>5</sup> (der Kortisol Mechanismus) und dass das Gleichgewicht zwischen dem sympathischen und parasympathischen System vorteilhaft ist. Mit anderen Worten, das tiefere sympathische treibt das höhere parasympathische System an. Also, wenn Sie mich fragen „Wie?“: wir haben wirkungsvolle biologische Mechanismen, welche die Kontrolle der Menschen über ihre Arbeitsbedingungen verknüpfen.</p> <p>Betrachten wir nun das Gestaltungsvermögen etwas genereller sowie den Ansatz, den wir in der WHO Kommission über die sozialen Gesundheitsdeterminanten gewählt haben, dann müssen wir das Gestaltungsvermögen als ein psycho-soziales Konzept sehen, gemäss dem soeben beschriebenen Ansatz: „Welche Kontrolle haben die Menschen über ihr Leben?“</p> <p>Aber wir müssen es auch als ein materielles Konzept sehen: wenn Sie kein sauberes</p>

<p>actually affecting the conditions that affect your community.</p> <p>And we see, for example, in British Columbia looking at first nation's aboriginal communities, and classifying them according to the degree of empowerment of the community, and you can see that those communities that are more empowered, that actually control more of the fundamental factors that influence daily life, the more empowered the community, the lower the youth suicide rate. So empowerment is quite fundamental.</p>	<p>fließendes Wasser haben und acht Kilometer zu Fuss gehen müssen, um Wasser zu holen, dann vermögen Sie Ihr Leben nicht zu gestalten. Wenn Sie kein Geld haben, um Ihre Kinder zu ernähren, dann können Sie kein Einfluss auf Ihr Leben nehmen. Materielle Entbehrung ist also eine Ursache der Entmündigung. Und drittens geht es um das politische Gestaltungsvermögen, es geht darum, eine Stimme zu haben, gehört zu werden, und darum, die Bedingungen wirksam zu beeinflussen, welche Ihre Gemeinschaft und Ihren Lebensraum beeinflussen.</p> <p>Wenn wir zum Beispiel in Britisch Kolumbien [Kanada] die Gemeinden der Ureinwohner der Ersten Welt betrachten und sie nach dem Grad ihrer Gestaltungsvermögen einteilen, dann sehen wir, dass jene Gemeinden über ein höheres Gestaltungsvermögen verfügen, die tatsächlich mehr Kontrolle über die Grundlagen haben, welche ihr tägliches Leben bestimmen. Je höher das Gestaltungsvermögen einer Gemeinschaft, desto tiefer liegt bei ihr die Selbstmordrate bei Jugendlichen. Das Gestaltungsvermögen ist also grundlegend.</p>
<p><i>Aren't social differences and therefore social inequalities in health inevitable? What are social determinants of health?</i></p>	<p><i>Sind soziale Unterschiede und damit ungleiche Gesundheitschancen unvermeidlich? Was sind die sozialen Determinanten der Gesundheit?</i></p>
<p>It is certainly true that all societies have inequalities and it is certainly true that some countries are rich and some countries are less rich, and some countries are bit poorer and some are more poor. But these change. Look at a country such as Argentina. Argentina in the early part of the 20<sup>th</sup> century was one of the richest countries, and now it's a low income country. 20% of the Argentine population live on two dollar a day or less. It had a dramatic, catastrophic change in its economic fortune. So if we look at health for example, in Argentina, a country that once was rich and now isn't – I mean it's not bad. It doesn't look like a typical low income country but it's not right up there with the richer countries.</p> <p>And then we look at a country like Chile that was a poor country. It was a poor developing country: rapid population growth, high infant mortality – absolutely dramatic improvement in health! It actually went from being a poor developing to –</p>	<p>Es ist sicherlich richtig, dass alle Gesellschaften Ungleichheiten kennen und es ist sicherlich richtig, dass es reiche und weniger reiche Länder gibt. Es gibt ärmere und noch ärmere Länder. Aber diese Ungleichheiten ändern sich. Schauen Sie sich ein Land wie Argentinien an: Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war Argentinien eines der reichsten Länder und heute ist es ein Land mit tiefem Einkommen. 20% der argentinischen Bevölkerung leben mit einem Einkommen von \$2 pro Tag oder weniger. Es hat einen dramatischen, ja katastrophalen, wirtschaftlichen Wandel durchlaufen. Betrachten wir nun, zum Beispiel, die Gesundheit in Argentinien, diesem Land, das einst reich war und es nun nicht mehr ist: Ich meine, sie nicht schlecht. Sie sieht nicht aus wie in einem typisch armen Land, aber sie ist natürlich auch nicht ganz oben, auf dem Niveau der reichen Länder.</p> <p>Betrachten wir nun ein Land wie Chile, das ein armes Land war. Es war ein armes Entwicklungsland mit hohem Bevölkerungswachstum und hoher Kindersterblichkeit. Und jetzt? Eine absolut dramatische Verbesserung in gesundheitlicher</p>

<p>in terms of health – looking a respectable rich country. In fact in income it's still a middle income country.</p> <p>So firstly when we look among countries, between countries, these things can change very rapidly. So we shouldn't say "There were always social inequalities, so there will always be social inequalities in health."</p> <p>Life expectancy in Chile now is longer than in the United States of America, despite having about a quarter of the income purchasing power parities. So these things can change dramatically.</p> <p>When we look within countries, I don't know of a society where there are no socio-economic differences. There are always going to be socioeconomic differences. There will always be inequalities. There will always be hierarchies. But the important thing is, that the magnitude of those hierarchies, the magnitude of those differences, and the link to the place in the hierarchy, can vary, and the health differences vary; they can be bigger or smaller.</p> <p>So for example, look at what has happened in Russia. When the Soviet Union collapsed and health got worse in Russia, life expectancy got shorter, mortality rates went up – but it looks very different depending on where you were in the hierarchy. People with university education had an improvement in life expectancy in adulthood. People with elementary education had deterioration in life expectancy in adulthood. So the gap between those with more and those with less education widened dramatically. So there will always be inequalities in society, but the implication of those inequalities for health differences is not fixed, they can widen and, if they can widen, they can get narrower.</p> <p>A country like Bangladesh for example, we have seen the under five mortality, the social gradient (and I emphasize that there we shouldn't only be looking at the difference between top and the bottom – but it's a graded phenomenon) – the social gradient of the under five mortality in Bangladesh got shallower.</p>	<p>Hinsicht! Es mauserte sich vom armen Entwicklungsland zu einem Land, das, hinsichtlich Gesundheit, wie ein ehrbares reiches Land aussieht. Hinsichtlich Einkommen gehört es immer noch zum Mittelfeld.</p> <p>Wenn wir also Länder untereinander vergleichen, stellen wir fest, dass sich die Verhältnisse sehr rasch ändern. Also können wir nicht sagen „Es hat schon immer soziale Ungleichheiten gegeben und somit wird es immer soziale Ungleichheiten im Wohlbefinden geben“.</p> <p>Die Lebenserwartung in Chile heute ist höher als in den Vereinigten Staaten von Amerika, obwohl sein Einkommen (Kaufkraft bereinigt) etwa einen Viertel von jenem der USA beträgt. Diese Verhältnisse können sich also beträchtlich ändern.</p> <p>Betrachten wir die Verhältnisse innerhalb der Länder, dann kenne ich keine Gesellschaft, in der es keine sozio-ökonomischen Unterschiede gibt. Es wird immer sozio-ökonomische Unterschiede geben. Es wird immer Ungleichheiten geben. Es wird immer Hierarchien geben. Aber das Wichtige ist, dass das Ausmass der Hierarchien, das Ausmass dieser Differenzen, und die Stellung in der Hierarchie, sich wandeln können wie auch die Unterschiede im Wohlergehen. Sie können grösser oder kleiner werden.</p> <p>Schauen Sie beispielsweise was in Russland geschehen ist: Als die Sowjet-Union zusammenbrach und die Gesundheit der Menschen schlechter wurde – die allgemeine Lebenserwartung sank, die Mortalitätsrate stieg an – kam es sehr darauf an, wo in der Hierarchie Sie sich befanden. Die Lebenserwartung von Erwachsenen mit Universitätsabschluss verbesserte sich. Erwachsene, die lediglich eine Grundschulausbildung hatten, erfuhren eine Verschlechterung ihrer Lebenserwartung. Die Kluft zwischen jenen mit hoher und weniger hoher Bildung weitete sich erheblich. Es wird also immer gesellschaftliche Ungleichheiten geben, aber die Folgen dieser Ungleichheiten für die Gesundheit sind nicht von vornherein festgelegt. Die Kluft kann weiter werden, und wenn sie weiter werden kann, kann sie auch schmaler werden.</p> <p>In einem Land wie Bangladesh, zum Beispiel, stellen wir fest, dass die Sterberate der unter 5-Jährigen, oder vielmehr das soziale Gefälle der Sterberate der unter 5-Jährigen, flacher geworden ist. Ich betone nochmals, dass wir hier nicht nur</p>
---	---

<p>In other words people second to bottom improved more than those at the top and those at the bottom improved more than those at the top. So the gap between the top and second bottom and the bottom decreased. The gradient got narrower.</p> <p>So, to come back to your question; Yes, there will always be social inequalities in society. But the way those translate into health differences depend on the differences in what we think are the key drivers at health inequalities and how they are associated with social positioning.</p>	<p>die Unterschiede zwischen oben und unten anschauen dürfen, denn es handelt sich hier um ein abgestuftes Phänomen!</p> <p>Mit anderen Worten, die Leute an zweitunterster Stelle verbesserten sich zu einem höheren Mass als jene zuoberst und jene zuunterst verbesserten sich zu einem höheren Mass als jene zuoberst. Die Kluft zwischen oben, zweit unterst und ganz zuunterst verkleinerte sich. Das Gefälle wurde flacher.</p> <p>Um auf Ihre Frage zurückzukommen: Gewiss, es wird immer gesellschaftliche Ungleichheiten geben. Aber wie stark sich diese als gesundheitliche Unterschiede zeigen, hängt von den uns erkannten Schlüsselfaktoren ab und deren Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Positionierung.</p>
<p><i>How do the various social determinants interact and what does this mean for successful action to improve the population's health?</i></p>	<p><i>Wie beeinflussen sich die verschiedenen sozialen Determinanten gegenseitig, und was muss man berücksichtigen, um bei Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erfolgreich zu sein?</i></p>
<p>On the commission of Social Determinants of Health we defined social determinants of health as</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Firstly the conditions of daily life, the circumstances in which people are born, grow, live, work and age, and</li> <li>• Secondly the structural drivers of those conditions of daily life: inequality and resources, money, power, education, gender inequities and stuff linked to inequalities, resources, money, power.</li> </ul> <p>So that's what we understand by it. And they of course interact. If you are born to parents with low education your chances of getting a good education are less. That's what the data show. There is a close link between how well children do in school and the literacy level they develop and the parents' education. If you do less well at school, the chances of getting a university education or skills get less and you then find yourself in a worse job, so your employment situation may be more precarious, the quality of the work might be worse. You find yourself living in a less salubrious neighbourhood. You have lower income which goes along with that, and so on.</p> <p>So you can see that it's a bit artificial to isolate one and to say, well, it's just the education, it's just the work, or it's just the neighbourhood. They link.</p> <p>We think that all of those for example are</p>	<p>In der Kommission zur Studie der sozialen Gesundheitsdeterminanten definierten wir die sozialen Gesundheitsdeterminanten wir folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstens die täglichen Lebensbedingungen, die Bedingungen, in welche Menschen hineingeboren werden, in welchen sie aufwachsen, leben, arbeiten und alt werden.</li> <li>• Zweitens die strukturellen Treiber<sup>6</sup> dieser Lebensbedingungen: Ungleichheiten und Ressourcen, Geld, Macht, Bildung, geschlechtliche Ungleichheit und alles, was damit zusammenhängt.</li> </ul> <p>Das verstehen wir also darunter. Und natürlich stehen sie in einer ständigen gegenseitigen Wechselbeziehung zueinander. Das zeigen uns die Forschungsdaten. Es besteht eine enge Verbindung zwischen dem schulischen Erfolg von Kindern und deren Lese- und Schreibfähigkeit und dem Bildungstand der Eltern. Wenn Sie in der Schule nicht gut fahren, vermindern sich Ihre Chancen auf eine Hochschulbildung oder Berufsausbildung, Sie finden sich dann in einer entsprechend schlechteren Arbeitsstelle mit unsicheren und schlechten Bedingungen. Sie leben in einer weniger gesunden Wohngegend. Ihr Einkommen ist entsprechend tiefer, usw.</p> <p>Sie sehen also, dass es etwas künstlich ist, einen einzigen Faktor herauszunehmen und zu sagen: es liegt nur an der Bildung, es liegt nur an der Arbeit, oder nur an der Wohngegend. Diese Faktoren hängen alle zusammen.</p>

<p>affected by early child development, before children get into school. I am not saying that this is the only driver – but that is important. And that in return is related to the quality of parenting and it's related to the parent's economic fortunes as well as what they know about parenting.</p> <p>Yes, all these social determinants are interlinked but that doesn't make it impossibly complicated, it just means that we need to be clear minded in our analyses and clear minded about where the potential interventions are that can make a difference.</p>	<p>Wir glauben, zum Beispiel, dass alle diese Faktoren von der frühkindlichen Entwicklung abhängen, also bevor die Kinder zur Schule gehen. Ich sage nicht, dass dies der einzige Faktor ist, aber er ist wichtig. Und das wiederum ist abhängig von der Qualität der Kindererziehung und das wiederum hängt vom wirtschaftlichen Vermögen der Eltern ab und davon, was sie über Elternschaft und Kindererziehung wissen.</p> <p>Ja, all diese sozialen Determinanten hängen miteinander zusammen, aber das macht die Dinge nicht unmöglich kompliziert. Es bedeutet nur, dass wir uns klar sein müssen, wo wir stehen und dass wir uns darüber klar sein müssen, welche möglichen Intervention wirksam sind.</p>
<p><i>When people think about disparities in health they come to think, it's not a problem of us. Why should the individuals be concerned?</i></p>	<p><i>Viele Leute glauben, Ungleichheit und Gesundheit sei ein Problem, das sie nicht betreffe. Warum soll sich der Einzelne überhaupt um solche Fragen kümmern?</i></p>
<p>It's a problem of all of us, the implications of the gradient, the social gradient, the fact, that people second from the top have higher mortality than those at the top.</p> <p>I started doing research on this topic in British Civil Servants. Now, in the British Civil Service no one is poor! If you think of poverty in global context of living on \$2 a day there is no one in the Civil Service that lives on \$2 a day or less.</p> <p>People that classify as professionals or senior executives, who have good university degrees, have good stable white collar jobs, they are not at the top level, they are not the senior administrators, have worse health and higher mortality than those above them. So those are people with good university degrees, good stable jobs, clear career paths, never a day's unemployment, no threat of job insecurity – and they have worse health and higher mortality than those above them. And those junior executive officers have higher mortality than the senior executives. And the clerical officers have higher mortality than the junior executives. And the paper keeper and the door keepers, they have higher mortality than the clerical officers.</p> <p>And it's not just the British Civil Service. Robert Erikson in Sweden showed that people with a master's or a professional degree have higher mortality rate than those with a PhD!</p> <p>So, is this a problem for us? It's a problem for all of us. Unless you think you are the Queen of England – or let you think you are right at the top</p>	<p>Das Problem betrifft uns alle, d.h. die Verwicklungen der sozialen Abstufung, der Tatsache, dass Menschen an zweithöchster Stelle eine höhere Sterberate aufweisen als jene zuoberst.</p> <p>Ich begann meine Studien beim British Civil Service [<i>öffentliche Verwaltung Gross-britanniens</i>]. Nun in der britischen Verwaltung ist niemand arm! Wenn Sie an Armut im globalen Sinne denken, d.h. mit \$2 im Tag oder weniger leben zu müssen, dann finden Sie in der britischen Verwaltung niemanden, der in solchen Bedingungen lebt.</p> <p>Leute, welche in der Verwaltung als höher qualifizierte Beruflente oder Führungskader gut eingereihte Positionen bekleiden, Inhaber eines Hochschulabschlusses mit guten festen Anstellungen, die aber nicht in der obersten Führungsposition sind, sind gesundheitlich angeschlagener und weisen eine höhere Sterberate auf als ihre Vorgesetzten. Es sind also Leute mit guten universitären Abschlüssen, gutbezahlten und sicheren Stellen, einer klaren beruflichen Laufbahn, von keiner Arbeitslosigkeit bedroht – und sie haben eine schlechtere Gesundheit und eine höhere Sterberate als jene über ihnen. Und deren Unterstellten, in den unteren Führungspositionen, ihrerseits haben eine höhere Sterberate als sie. Und die Türsteher und einfachen Bürokräfte haben eine höhere Sterberate als die unteren Führungskräfte.</p> <p>Und das ist nicht nur im British Civil Service so. Robert Erikson<sup>7</sup> in Schweden wies nach, dass Leute mit einem Mastertitel oder einem</p>

<p>– for the rest of us, where there are always people above us in the hierarchy. This affects all of us.</p> <p>That's one way of thinking about it. Well, me, John, Mary, we are not the highest, so John and Mary are affected by it.</p> <p>But a second way of thinking about it, and it's linked, is, if you want to take action to address the social gradient in health – not just the poor health of the people at the bottom, but the social gradient – that implies action across the whole of society. That action implies doing something that will improve the nature of this society in which we are born, live, work and age – and that affects all of us. It affects me, so I might as well be part of the process as well.</p>	<p>Berufsabschluss eine höhere Sterberate aufweisen als Leute mit einem Dokortitel!</p> <p>Ist das etwa unser Problem? Das Problem geht uns alle etwas an. Ausser Sie glaubten Sie seien die Königin von England, oder sonst ganz oben – aber für uns übrigen gilt: Es gibt immer jemanden, der in der sozialen Hierarchie über uns steht. Das betrifft uns alle.</p> <p>Die eine Art, darüber nachzudenken ist: Ich, John, Mary usw., wir stehen nicht zuoberst, also betrifft es John und Mary.</p> <p>Die zweite Art, darüber nachzudenken ist mit der ersten verbunden: Wenn Sie Massnahmen ergreifen wollen, welche das soziale Gesundheitsgefälle angehen – also nicht nur die schlechte Gesundheit der Armen zuunterst, sondern das soziale Gefälle an sich – dann müssen diese Massnahmen quer durch die ganze Gesellschaft wirken. Diese Massnahmen müssen die Natur der Gesellschaft verbessern, in die wir hineingeboren werden, in der wir leben, arbeiten und älter werden. Das betrifft uns also alle. Es betrifft mich, also sollte ich doch auch am Gestaltungsprozess teilnehmen.</p>
--	--

<p><i>What factors contribute to achieve an equitable and healthy society? What are the greatest obstacles?</i></p>	<p><i>Auf welche Faktoren kommt es an, wenn man eine gerechte und gesunde Gesellschaft erreichen will? Welches sind dabei die grössten Hindernisse?</i></p>
<p>The Commission on the Social Determinants of Health identified, as they laid out a moment ago,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the certain conditions in which people live, are born, grow, work and age, and</li> <li>• the structural drivers of those conditions.</li> </ul> <p>One obstacle to taking action is ignorance, is actually not knowing what to do: “Well Ok, we’ve got these problems but what do we do about them”. Particularly, if I say, in a country such as Switzerland, the United Kingdom or other European countries where we are not dealing with material deprivation. The people at the bottom in the UK or Switzerland don’t die of cholera, they don’t die of malaria or of diarrheal disease, they die of heart disease and cancer and dementias, the same things people at the top die of, only they just die earlier. So we are not dealing with absolute poverty – and that means that it’s quite challenging to know what to do, which is why we have the Commission on Social Determinants of Health.</p> <p>Now, there is one set of factors that we do know about: whether you smoke, whether you drink to excess, whether you eat healthy food or you are obese, physically active, etc. We know about those, and they are very important.</p> <p>On the Commission we said we should think not only about the causes such as smoking, drinking, exercise, etc. but the causes of the causes. Why do people continue to smoke? Everybody in Britain, at least, and I would guess everybody in Switzerland knows smoking is bad for health. Given that they have this knowledge, one of the causes of smoking, and it’s not just ignorance. We have to look at the social conditions that give rise to the fact that people smoke, eat fast foods, don’t take exercise, put on weight and so on.</p> <p>So one way to think about it is to look at the causes of these proximate causes. But a different way of thinking about it ...– and it comes back to what I said right at the beginning: the freedom to be and to do. I think that empowerment, freedoms are fundamental. How much control you have over your life is fundamental. Whether you are fully engaged as a full social participant in society is fundamental. It may act through</p>	<p>Die Kommission zur Studie der sozialen Gesundheitsdeterminanten identifizierte, wie soeben dargelegt,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die bestimmten Bedingungen, in denen Menschen leben, geboren werden, aufwachsen, arbeiten und altern, und</li> <li>• die strukturellen Treiber dieser Bedingungen</li> </ul> <p>Ein Hindernis zu handeln ist Unwissenheit, ist nicht zu wissen, was zu tun ist. „Ja klar, wir haben diese Probleme, aber was sollen wir dagegen tun?“ Das gilt besonders für Länder wie die Schweiz oder Großbritannien, wo wir es nicht mit materieller Entbehrung zu tun haben. Die Leute der untersten sozialen Schichten in Großbritannien oder der Schweiz sterben hier nicht an der Cholera, oder an Malaria, oder Diarrhöe. Sie sterben an Herzkrankheiten, an Krebs und an Demenz<sup>8</sup>, an denselben Dingen wie Leute der obersten Schichten, nur sterben sie früher. Wir haben es nicht mit absoluter Armut zu tun. Es ist also eine rechte Herausforderung zu wissen, was zu tun ist. Deshalb haben wir die Kommission zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten.</p> <p>Nun, es gibt eine Gruppe von Faktoren, die wir kennen: ob Sie rauchen, übermässig Alkohol trinken, sich gesund ernähren oder übergewichtig sind, physisch aktiv sind. Wir kennen sie, und sie sind wichtig.</p> <p>Doch in der Kommission sagten wir uns, dass wir nicht nur darüber nachdenken sollten, was die Ursachen von Rauchen, Trinken, Bewegung, usw. sind, sondern auch über die Ursachen der Ursachen. Warum fahren die Leute fort zu rauchen? Jedermann in Britannien, und ich vermute auch in der Schweiz, weiss, dass Rauchen der Gesundheit schadet. Sie wissen es, also kann Unwissen nicht der einzige Grund sein. Wir müssen die sozialen Bedingungen betrachten, welche dazu führen, dass die Leute rauchen, sich mit Fastfood ernähren, sich körperlich nicht betätigen, Gewicht ansetzen, usw.</p> <p>Ein Ansatz darüber nachzudenken ist, die Ursachen dieser unmittelbaren Ursachen anzuschauen. Aber ein anderer Ansatz kommt auf das zurück, was ich ganz am Anfang gesagt habe: die Freiheit zu sein und zu tun. Ich denke, Gestaltungsvermögen und Freiheit sind</p>

<p>whether you are indulging in healthy behaviours but it may relate, for example, to stress pathways. And I think these are very important too. And that's why we need the knowledge, that's why we need the experiments and the examples that show what good action looks like.</p>	<p>grundlegend. Wieviel Kontrolle Sie über Ihr Leben haben, ist grundlegend. Ob Sie als vollwertiges Mitglied in der Gesellschaft sich voll engagieren, ist grundlegend. Es [<i>das Gestaltungsvermögen</i>] kann sich darin äussern, dass Sie gesunden Lebensweisen nachgehen. Es kann, zum Beispiel mit Stresswegen in Zusammenhang stehen. Ich denke, diese sind ebenfalls sehr wichtig</p> <p>Deshalb brauchen wir das Wissen, deshalb brauchen wir Experimente und Beispiele die zeigen, wie wirksames Handeln aussieht.</p>
<p><i>Could you recount the most important recommendations of the WHO Commission? Who are they addressed to?</i></p>	<p><i>Können Sie uns die wichtigsten Empfehlungen der WHO- Kommission nennen? Und an wen richten sich diese?</i></p>
<p>Well, we had three classes of recommendations that follow from what I was laying out:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the conditions of daily life</li> <li>• the structural drivers, and</li> <li>• the third, was the importance of monitoring, of training and research.</li> </ul> <p>And the question is: how do you take action on this?</p> <p>A first message was that health does not equal health care! Commonly when people think about inequities in health they assume you mean inequities in health care. Inequities in health care are very important, and certainly we said in our Commission's report that everyone should have access, there should be universal access, to primary health care, regardless of the ability to pay.</p> <p>But if everybody did have access to primary health care regardless of the ability to pay, there would still be inequities in health as much of it arises of these other circumstances of daily life and the structural drivers. And that means that action has to take place outside the health sector. We think it's of key importance to have the Government involved. But if action is going to take place outside the health sector, you really need the Prime Minister or the President to sign up to the importance of this.</p> <p>Now, when we had a big conference in London in November 2008 to, in a sense, launch the report of the Commission on Social Determinants of Health, the Prime Minister, Gordon Brown, came and opened the conference and made a strong</p>	<p>Also, wir machten drei Arten von Empfehlungen, die sich aus dem Dargelegten ergeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Bedingungen des täglichen Lebens</li> <li>• die strukturellen Treiber, und</li> <li>• das Dritte war die Wichtigkeit der Überwachung sowie der Ausbildung und Forschung</li> </ul> <p>Und die Frage lautet: wie geht man aufgrund dieser Empfehlungen vor?</p> <p>Eine erste Botschaft lautet: Gesundheit ist nicht gleich Gesundheitsversorgung! Gewöhnlich, wenn Leute über Ungleichheiten in der Gesundheit nachdenken, nehmen sie an, Sie meinten damit Ungleichen in der Gesundheitsversorgung. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung sind sehr wichtig. Im Bericht unserer Kommission haben wir klar festgehalten, dass jeder Mensch, ungeachtet seiner Zahlungsfähigkeit Zugang zur medizinischen Grundversorgung haben müsse.</p> <p>Aber auch wenn jeder Mensch ungeachtet seiner Zahlungsfähigkeit Zugang zur medizinischen Grundversorgung hätte, gäbe es weiterhin gesundheitliche Ungleichheit, da vieles davon den anderen Bedingungen des täglichen Lebens und ihren strukturellen Treibern entspringt. Und das bedeutet, dass ausserhalb des Gesundheitswesens gehandelt werden muss. Wir denken, es ist von entscheidender Bedeutung, dass die gesamte Regierung einbezogen wird. Wenn also ausserhalb des Gesundheitssektors gehandelt werden soll, ist es unabdingbar, dass der Premierminister oder der Präsident der Bedeutung entsprechend dafür verantwortlich zeichnet.</p> <p>Als wir im November 2008 die grosse Konferenz in</p>

speech about the importance of health equity, globally and nationally. So we had the Prime Minister sign up. We had our Minister of Health, Secretary of State for Health, but we also had the Minister from the Environment Department and the Department for International Development. Very important! So, in other words: we aimed our recommendations

- Firstly at Government but across all the organs of Government, not just the Health Ministry.
- Secondly we pointed to the importance of grassroots' organisations of civil society. Where governments can't act or won't act, or even if they will, you need community organisation, you need action at the grassroots. Both because it's good in itself and also as it might encourage, stimulate, even shame governments into taking action.
- Thirdly, we aimed our recommendations at the World Health Organisation, but not just WHO, also, and it relates to what I was saying, within a country: it's not just the ministry of health which is concerned but the wider organs of Government, we feel that the other international organisations should get involved, the United Nation's Department Economic and Social Affairs, the World Bank, UNICEF, OECD. We find it very important that other international organisations, such as the European Commission, not just those concerned with health care, get involved.

And we had this general recommendation, one of our key recommendations, was that all policies should be evaluated for their impact on health inequity, not just their impact on health, it's not just health impact assessment, but health inequity impact assessment.

So whether it is a trade agreement under the auspices of the World Trade Organisation or whether it's a decision made by the Minister of Finance within a country, or the Secretary for the Environment within a country, we should look at all decisions with regard to their impact on health inequity.

London durchführten, um den Bericht der Kommission zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten zu lancieren, eröffnete der Premierminister, Gordon Brown, die Konferenz und er hielt eine starke Rede zur Bedeutung der Gerechtigkeit in der Gesundheit, global und national. Wir hatten also den Premierminister, der verantwortlich zeichnete. Wir hatten auch unseren Gesundheitsminister, den Umweltminister und den Minister für Entwicklungshilfe dabei. Sehr wichtig! Mit anderen Worten: Wir richteten unsere Empfehlungen

- Erstens an die Regierung und zwar an alle Regierungsorgane, nicht nur an die Gesundheitsministerien.
- Zweitens wiesen wir auf die Bedeutung der zivilen Basisorganisationen an der Wurzel der gesellschaftlichen Initiative<sup>9</sup> hin. Dort, wo die Regierungen nicht handeln können oder nicht handeln wollen Und selbst wenn sie handeln wollten, braucht es die gemeinschaftliche Organisation, es braucht die Initiative an der Basis. Beides ist für sich gut, und es kann Regierungen anstossen oder gar aus beschämung dazu bringen, zu handeln und Massnahmen zu ergreifen.
- Drittens, haben wir unsere Empfehlungen an die Weltgesundheitsorganisation gerichtet, aber nicht nur! Hier gilt auch, was ich in Bezug auf die Verhältnisse innerhalb eines Landes gesagt habe: Es sind nicht nur die Gesundheitsministerien angesprochen, sondern das ganze Spektrum der Staatsorgane. Entsprechend sind wir der Ansicht, dass die anderen internationalen Organisationen sich beteiligen müssen: Die Abteilung für Wirtschaft und Soziales der Vereinten Nationen<sup>10</sup>, die Weltbank, UNICEF, OECD. Wir finden es sehr wichtig, dass sich weitere internationale Organisationen beteiligen, so namentlich die Europäische Kommission, nicht nur jene, welche sich mit der Gesundheitsversorgung befassen.

Dann haben wir diese allgemeine Empfehlung, eine unserer Schlüsselempfehlungen, nämlich, dass alles politische Handeln auf seine Wirkung im Hinblick auf die gesundheitliche Ungleichheit hin geprüft wird. Es geht nicht nur um die Wirkung auf die Gesundheit („Gesundheits-verträglichkeits-Prüfung“), sondern um die Wirkung auf die

	<p>Ungleichheit des Wohlbe-findens („<i>Gesundheitsungleichheitsverträglichkeits-Prüfung</i>“).</p> <p>Ob es nun um den Abschluss eines Handelsabkommens unter dem Patronat der Welthandelsorganisation (WTO) geht, oder um einen Ent-scheid des Finanzministers innerhalb eines Landes, oder des Staatssekretärs für Umwelt innerhalb eines Landes, wir müssen alle Ent-scheide mit Blick auf ihre Wirkung auf die gesundheitliche Ungleichheit treffen.</p>
<p><i>Can you name one two examples of good practice from countries where social determinants were successfully changed?</i></p>	<p><i>Können Sie mir Beispiele nennen, bei denen sich soziale Determinanten des Gesundheitswesens erfolgreich verändern liessen?</i></p>
<p>What we did in the report of the Commission on Social Determinants of Health was look globally and rather than say that country A is a good one and country B is a bad one, we found good examples from different countries in different domains.</p> <p>So we would point to an example from the United States on reading, encouraging children to read. We would take an example from the Nordic countries on their welfare policies; we took an example from Bangladesh on women’s empowerment and micro credit schemes, and so on. We took examples from countries from all over.</p> <p>We did point to countries that actually made this explicit, in Sweden for example, in its national public health goals – explicitly set goals for the nature of society improving social capital, investing in the society.</p> <p>In Britain now, we are concerned with how we take action – I am not saying by pointing to our country that we are a model example but at least it’s an example of concern to ask how can we do things better. So if you look in our report you’ll see examples from every region of the world of good practice in different domains.</p>	<p>Im Bericht der Kommission zu den Sozialen Gesundheitsdeterminanten nahmen wir eine globale Sicht ein, und statt dass wir Vergleiche anstellten der Art, Land A ist gutes und Land B ist ein schlechtes Beispiel, fanden wir gute Beispiele in verschiedenen Ländern in unterschiedlichen Bereichen.</p> <p>Also haben wir auf ein Beispiel aus den Vereinigten Staaten hingewiesen, bei dem es darum ging, Kindern das Lesen näher zu bringen. Wir haben als Beispiel die Wohlfahrtspolitik der Nordischen Länder hervorgehoben oder ein Beispiel aus Bangladesh zur Befähigung von Frauen und Mikrokrediten, usw. Wir nahmen Beispiele von überall.</p> <p>Wir haben auf Länder hingewiesen, welche, wie Schweden zum Beispiel, sich explizite nationale Gesundheitsziele gesetzt haben – explizit gesetzte Ziele, welche die Grundlagen der Gesellschaft angehen und das soziale Kapital verbessern und so in die Gesellschaft investieren.</p> <p>In Britannien befassen wir uns mit der Frage, wie wir handeln wollen – ich sage nicht, dass unser Land ein Modell ist, aber es ist ein Beispiel, wie man die Frage angeht, wie man es besser machen kann. Wenn Sie sich unseren Bericht anschauen, dann finden Sie Beispiele von guter Praxis aus jeder Gegend der Welt zu verschiedenen Bereichen.</p>
<p><i>In order to achieve more health equity what country specific recommendations would you make for Switzerland.</i></p>	<p><i>Was würden Sie der Schweiz empfehlen, um mehr Gleichheit in der Gesundheitsversorgung zu erreichen?</i></p>
<p>The last thing I would like to do is set myself up as an expert on Switzerland, because surely I am not. But I can tell you what we are doing in the UK and I can tell you what is happening in some</p>	<p>Ich möchte mich auf keinen Fall als Experte für die Schweiz aufspielen. Das bin ich sicherlich nicht. Ich kann Ihnen aber sagen, was wir in Grossbritannien tun und was in einigen anderen</p>

other countries. Which is they took the report of the Commission on Social Determinants of Health and in a sense took what we saw as problem and made it a virtue.

The problem was, we were concerned with health inequities within and between countries – including some parts of Africa, and rural and urban India, and Latin America, and Glasgow, and Washington D.C., and Russia, and everybody and everything else – a huge possible agenda.

For example we know that education is important – you don't need a commission to say education is important. In the state of Gujarat in India their problem is: how do you create the conditions so that girls can stay in school. They know that education is important. But if they get married off at twelve, or they looking after younger siblings, then they can't stay in school. That's a different problem from Glasgow in Scotland where the problem there is, the girls can go to school, they drop out, they don't do well, and they take blanks on their future carriers, because they don't do well depending on their social background. So in both cases education is important. The way you deal with the problem is quite different.

What we are doing in Britain – the Prime Minister, when he came to the conference in November in London, announced that he invited me to set up a review, to take the report of the Commission on Social Determinants on Health, and ask how we can develop policies specific to Britain. I would hope policies specific to Britain will have a broader application, the very least, to other European countries because we are not that different.

So to come back to Switzerland: I would hope that what might be done in Switzerland would be to take the Commissions report and perhaps look at what we are doing in Britain and say: "Ok, we agree with the domains to which the commission has pointed. What would specific policies look like in the Swiss context that would improve education, and employment, and early child development, and urban settings, and so on?"

So rather than say "Aha, this is what Switzerland ought to do", which to me would be trivial, I would say: "We have laid out all the important areas, my guess is they do apply to Switzerland. Now

Ländern geschieht. Sie entnahmen dem Bericht das, was wir als Problem erkannten und machten es zu einer Tugend.

Das Problem war, wir befassten uns mit gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb und zwischen Ländern. Das umfasste Teile Afrikas, ländliches und städtisches Indien, Lateinamerika, und Glasgow, und Washington D.C, und Russland – nun alles und jedes – eine riesige Aufgabenliste.

Zum Beispiel, wir wissen, dass Bildung wichtig ist – um das festzustellen, braucht es keine Kommission. Im indischen Bundesstaat Gujarat haben sie folgendes Problem: Wie schafft man die Bedingungen, damit die Mädchen in der Schule bleiben? Sie wissen, dass Bildung wichtig ist. Aber wenn die Mädchen mit zwölf Jahren verheiratet werden oder zu den jüngeren Geschwistern schauen müssen, können sie nicht in der Schule bleiben. Das ist ein anderes Problem als jenes, das sie in Glasgow, Schottland, haben. Dort können die Mädchen zwar zur Schule gehen, aber sie steigen aus, versagen und verbauen sich ihre Zukunft, weil sie wegen ihres sozialen Hintergrunds versagen. In beiden Fällen ist die Bildung wichtig. Aber die Art und Weise, wie man mit dem Problem umgeht, ist recht verschieden.

In Grossbritannien passiert folgendes. Der Premier Minister hat im November an der Konferenz in London öffentlich angekündigt, dass er mich beauftragt habe, den Bericht der Kommission zu sichten und die Frage zu bearbeiten, wie wir spezifisch auf unser Land zugeschnittene Lösungsansätze entwickeln können. Ich hoffe aber sehr, dass die auf Grossbritannien zugeschnittenen Ansätze eine breitere Anwendung finden werden, zumindest in anderen Europäischen Ländern, denn wir sind nicht so anders.

Um auf die Schweiz zurückzukommen: Ich hoffe, dass man den Bericht der Kommission nimmt und vielleicht schaut wie wir es in Grossbritannien tun, und sagt: „Wir sind einverstanden mit den Problemen, auf welche die Kommission hinweist. Welches sollten also die spezifisch schweizerischen Ansätze sein, welche die Bildung, Beschäftigung, frühkindliche Erziehung, städtische Verhältnisse, usw. verbessern können?“

Statt zu sagen: „Aha, das ist es, was die Schweiz tun sollte“, was ich trivial fände, würde ich Folgendes sagen: „Wir haben alle wichtigen

<p>take the report and say: how can we develop specific policies for the Swiss context?"</p>	<p>Bereichen ausgelegt, meine Vermutung ist, dass sie auch auf die Schweiz anwendbar sind, Nun nehmt den Bericht stellt euch die Frage: Wie können wir spezifische, auf die schweizerischen Verhältnisse zugeschnittene Anätze entwickeln?"</p>
<p><i>What can individuals do to make a difference?</i></p>	<p><i>Was können einzelne Menschen tun, um etwas zu verändern?</i></p>
<p>We need to be careful about this! One of the points that have been put to me several times "When you are talking about social determinants of health, where is the individual in all this? Doesn't that disempower individuals?" And my response is: "Exactly the opposite! We are trying to create the conditions where individuals can have the freedoms to choose for themselves. And that's what empowerment means. So if you want to go hang gliding as an individual, and that's dangerous, or do winter alpine climbing, and that's dangerous, fine, we are creating the conditions in which you can make these choices. We are not saying everybody should make choices that minimise risk and maximise good health but create the conditions where they can decide for themselves. So the individual is central to our thinking. But where you have gross inequities in power and money, and resources and education, individuals can't choose for themselves. So the individual is crucial in all this because in the end what we are trying to do is to give the individuals the freedoms to decide, to create the conditions where they have that freedom.</p> <p>Secondly, as individuals – we are individuals but we are members of society, we belong to organisations where, firstly we are in families, have responsibilities to our families, we are in communities where, members of organisations, we vote in elections – we have responsibilities.</p> <p>And I would say that if you look at most social advances, by and large, it's the people who drive them, not the politicians who drive them. If the society says "We want to head off in that direction" then eventually the politicians will run round in front in the march and pretend they would be leading it. So the individual has a real responsibility.</p> <p>And to come back to the central premise of the report of the Commission on the Social Determinants of Health and that was that fairness matter. That fairness should be the key element</p>	<p>Wir müssen hier sorgfältig sein! Einer der Fragen, die einige Male an mich herangetragen wurde, war: "Wenn Sie von sozialen Bedingungen der Gesundheit reden, wo bleibt der Einzelne in dieser Geschichte? Werden die einzelnen Personen dadurch nicht von ihrer Selbstverantwortung entbunden und entmündigt?" Und meine Antwort darauf lautet: „Genau das Gegenteil! Wir versuchen die Bedingungen zu schaffen, in welchen die Einzelnen die Freiheit haben, selber zu entscheiden.“</p> <p>Und das ist mit Gestaltungsvermögen gemeint. Wenn Sie also als Individuum Gleitschirm fliegen oder im Winter bergsteigen wollen, beides ist gefährlich, dann ist das in Ordnung, denn wir schaffen die Bedingungen in denen Sie eine solche Wahl treffen können. Wir sagen also nicht, alle Menschen müssten Entscheide treffen, welche das Risiko minimieren und die Gesundheit maximieren, sondern welche die Bedingungen schaffen, so dass Sie für sich entscheiden können. Der Einzelne ist in unseren Überlegungen also von zentraler Bedeutung. Aber wenn grobe Ungleichheiten in der Verteilung von Geld und Macht, von persönlicher Energie und Bildung bestehen, dann können Einzelne gar nicht für sich entscheiden. Das Individuum ist in dieser Geschichte also entscheidend, denn schlussendlich versuchen wir, den Individuen die Entscheidungsfreiheit zu geben, die Bedingungen zu schaffen, in denen sie diese Freiheit haben.</p> <p>Als Individuen tragen wir Verantwortung: Wir sind Individuen aber auch Mitglieder der Gesellschaft. Wir gehören Organisationen an, so namentlich einer Familie. Wir gehören Gemeinschaften an, wo wir als Mitglied von Organisationen [<i>als Bürger im Staat, als Mitglied in einem Verein</i>] wählen und abstimmen.</p> <p>Ich möchte meinen, wenn Sie die meisten sozialen Fortschritte anschauen, dass es, im Grossen und Ganzen, die Leute sind, die sie antreiben und nicht die Politiker. Wenn die Gesellschaft sagt: „Wir wollen in <u>diese</u> Richtung gehen“, dann</p>

<p>in all of this. And the way we are organising our affairs at the moment does not privilege fairness over other concerns. Now, if the populations as well as all the individual in this, if the individual says "I care about fairness, I want a good enough society where everybody could have an equal chance of good health, good education, reasonable job", and we are not doing that, the individual then can be part of the movement that says "I want a society that places fairness at the centre of all considerations."</p>	<p>werden sich die Politiker schliesslich an die Spitze des Zugs setzen und so tun, als führten sie ihn. Der Einzelne hat also eine echte Verantwortung.</p> <p>Um auf den zentralen Punkt des Berichts der Kommission zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten zurückzukommen: Auf die Fairness kommt es an. Fairness sollte das Schlüsselement dieser ganzen Geschichte sein. Die Art und Weise, wie wir unsere Angelegenheiten heute handhaben lässt die Fairness nicht an erster Stelle kommen, vor anderen Anliegen. Wenn nun aber die Bevölkerung wie auch der Einzelne darin sagen "Ich halte Fairness für wichtig. Ich will in einer Gesellschaft leben, in der jeder eine gleiche Chance hat für gute Gesundheit, gute Bildung und eine anständige Arbeit", und wir tun das nicht, dann kann der Einzelne Teil der Bewegung werden, die sagt: „Ich will eine Gesellschaft, welche die Fairness ins Zentrum aller Überlegungen stellt“.</p>
--	---

<p><i>We are hosting the 20<sup>th</sup> IUHPE World conference for Health Promotion. One of the questions we plan to address is whether Health Promotion action on social determinants is an effective means to achieve equity and sustainable development. What is your opinion on that?</i></p>	<p><i>Wir werden in der Schweiz die 20. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung abhalten. Eine der Fragen, die wir ins Zentrum stellen wollen, heisst: "Kann Gesundheitsförderung ein Mittel sein, um Gerechtigkeit und nachhaltige Entwicklung zu fördern?" Was ist Ihre Meinung dazu?</i></p>
<p>We shouldn't get tied up in words or movements. In a way, one way of looking at health promotion that it is about social determinants of health. But I think, correct me if I am wrong, most of the people within health promotion are in the health sector. Now the role of the health sector is vital! And I would say the health sector is important in at least three ways – in the social determinants' health agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Firstly, we need to put our own house in order. We need to make health service more prevention oriented, more health promotion oriented, guarantying universal access regardless to the ability to pay. So there is much we can do within the health sector, and health promotion is important in that.</li> <li>• Secondly, we need to be the advocates. So those of us who work in the health sector need to be the advocates across Government who have a broader approach along the lines that we have been discussing: transport, early child development, education, environment, the treasury, trade, business, etc.</li> <li>• Thirdly, we need measurement, evaluation, research. And we care about that, that's part of what we do. We need to make sure we have the measurement systems, the monitoring mechanisms and the research that actually underpin our whole strategy on social determinants on health</li> </ul>	<p>Wir sollten uns nicht in Wörtern verheddern oder uns auf Bewegungen verpflichten. Auf eine Weise, können wir Gesundheitsförderung so verstehen dass es um die soziale Bedingungen der Gesundheit geht. Ich denke – korrigieren Sie mich, wenn ich mich irre – dass die meisten Leute, die sich für die Gesundheitsförderung engagieren, sich im Gesundheitswesen befinden. Nun die Funktion des Gesundheitswesens ist lebenswichtig! Und ich möchte sagen, dass das Gesundheitswesen mindestens in dreierlei Hinsicht wichtig ist – im Kontext der Aufgaben, welche sich aus den sozialen Gesundheitsdeterminanten ergeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstens: Wir müssen in unserem eigenen Haus Ordnung schaffen. Wir müssen die Leistungen des Gesundheitswesens vermehrt präventionsorientiert und gesundheitsförderlich ausgestalten und dabei den umfassenden Zugang unabhängig von der Zahlungsfähigkeit sicherstellen.</li> <li>• Zweitens: Wir müssen die Anwälte sein. Jene von uns, die im Gesundheitswesen arbeiten, müssen als die Anwälte mit dem breiteren Ansatz – im Sinne des soeben Diskutierten – über das ganze Spektrum der Staatsaufgaben hinweg für die Anliegen der frühkindlichen Erziehung, Bildung, Umwelt, Finanzwesen, Handel, Wirtschaft, usw. eintreten.</li> <li>• Drittens: Wir benötigen Messung, Evaluation und Forschung. Wir kümmern uns darum, das ist Teil unserer Arbeit. Wir müssen sicherstellen, dass wir das Messsystem und die Überwachungsmechanismen sowie die Forschung haben, welche unsere ganze Strategie zu den sozialen Bedingungen von Gesundheit unterlegen.</li> </ul>
<p><i>Thank you very much Sir Michael. It's been a great pleasure talking with you.</i></p> <p>Pleasure to me, thank you.</p>	<p><i>Vielen Dank, Sir Michael. Es war mir eine grosse Freude, mich mit Ihnen zu unterhalten.</i></p> <p>Die Freude liegt ganz meinerseits, danke.</p>

---

**Endnoten**

---

<sup>1</sup> “Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health”  
Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, WHO, 2008 → [Link](#)

<sup>2</sup> Präambel der WHO Satzung vom 22. Juli 1946 → [offizielle deutsche Übersetzung im Schweizer Recht](#)

<sup>3</sup> Das englische Empowerment wird in der deutschen GF-Literatur kaum übersetzt, sondern meistens als „Empowerment“ übernommen. Wenn ein wichtiger Lebenstatbestand, der eng mit der Würde und der Freiheit verknüpft ist, nicht übersetzt werden kann, wenn es nicht möglich ist die kulturelle Entsprechung in der eigenen Sprache auszudrücken, dann ist es ein Indiz, dass etwas nicht verstanden wird. Gefahr ist, dass das übernommene Fremdwort zu einer ideologisch aufgeblasenen Leerformel verkommt. Ich schlage hier stattdessen den Begriff „Gestaltungsvermögen“ vor, denn es geht, wie die Kommission sagt, um die Fähigkeit und die Möglichkeit, das eigene Leben zu gestalten, so dass es Sinn macht.

<sup>4</sup> Amartya Sen, member of the Commission is Lamont University Professor and Professor of Economics and Philosophy at Harvard University. In 1998, he was awarded the Nobel Prize in Economics.

<sup>5</sup> Hypothalamic-pituitary-adrenal\_axis → [Link wikipedia](#)

<sup>6</sup> Diese wörtliche Übersetzung „Treiber“ scheint mit treffend, da Treiber, im Gegensatz zu Faktor oder Kräfte, die Vorstellung einer gerichteten Kraft und eine Dynamik enthält, welche der Dynamik des Weltgeschehens gerecht wird.

<sup>7</sup> Robert Erikson, Professor für Soziologie am Institut für soziale Forschung an der Universität Stockholm → [Link](#)

<sup>8</sup> Vgl. Schweizer Todesursachenstatistik 2007, Bundesamt für Statistik: Herzkreislaufkrankheiten, Krebs und Demenz sind die drei häufigsten Todesursachen.

<sup>9</sup> Grassroots organisations lässt sich schlecht übersetzen, sie beinhalten das Bild der Organisation, die dort entsteht, wo die Anliegen entstehen – an den Graswurzeln. Der Begriff der deutsche Begriff „Grasswurzelbewegung“ hat eine ideologisch-politische Bedeutung welche in der angloamerikanischen Verwendung nicht vorhanden ist. Vgl. dazu unterschiedlichen Begriffsbeschreibungen in der deutschen und englischen Fassung des wikipedia → [link de](#) → [link en](#)

<sup>10</sup> <http://www.un.org/esa/desa/>