

Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa

Lotte Kaba-Schönstein¹

¹ Hochschule Esslingen, Esslingen, Germany

Abstract

Die Gesundheitsförderung hat sich seit der Ottawa-Charta von 1986 zu einem globalen Anliegen entwickelt. In internationalen Konferenzen und Deklarationen wie Jakarta, Bangkok, Shanghai wurden die Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Betont wird die Bedeutung von Gesundheit in einer globalisierten Welt und die Notwendigkeit, Gesundheitsdeterminanten durch politische Maßnahmen und Partnerschaften zu beeinflussen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit Rahmenprogrammen wie „Gesundheit21“ und „Gesundheit 2020“ die Gesundheitspolitik in Europa und weltweit geprägt. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den Sustainable Development Goals (SDGs) führen die wirtschaftlichen, sozialen, ökologischen und gesundheitlichen Aspekte zusammen.

Keywords: Chancengleichheit, Settingansatz, Health in All Policies (HiAP), Empowerment, Soziale Determinanten, Globale Gesundheit

Einleitung

Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986 fasste mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung die bis dahin erfolgte Konzeptentwicklung in einem Aktionsprogramm zur Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zusammen. Die Charta wurde zum Schlüsseldokument und Grundsatzpapier für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung.

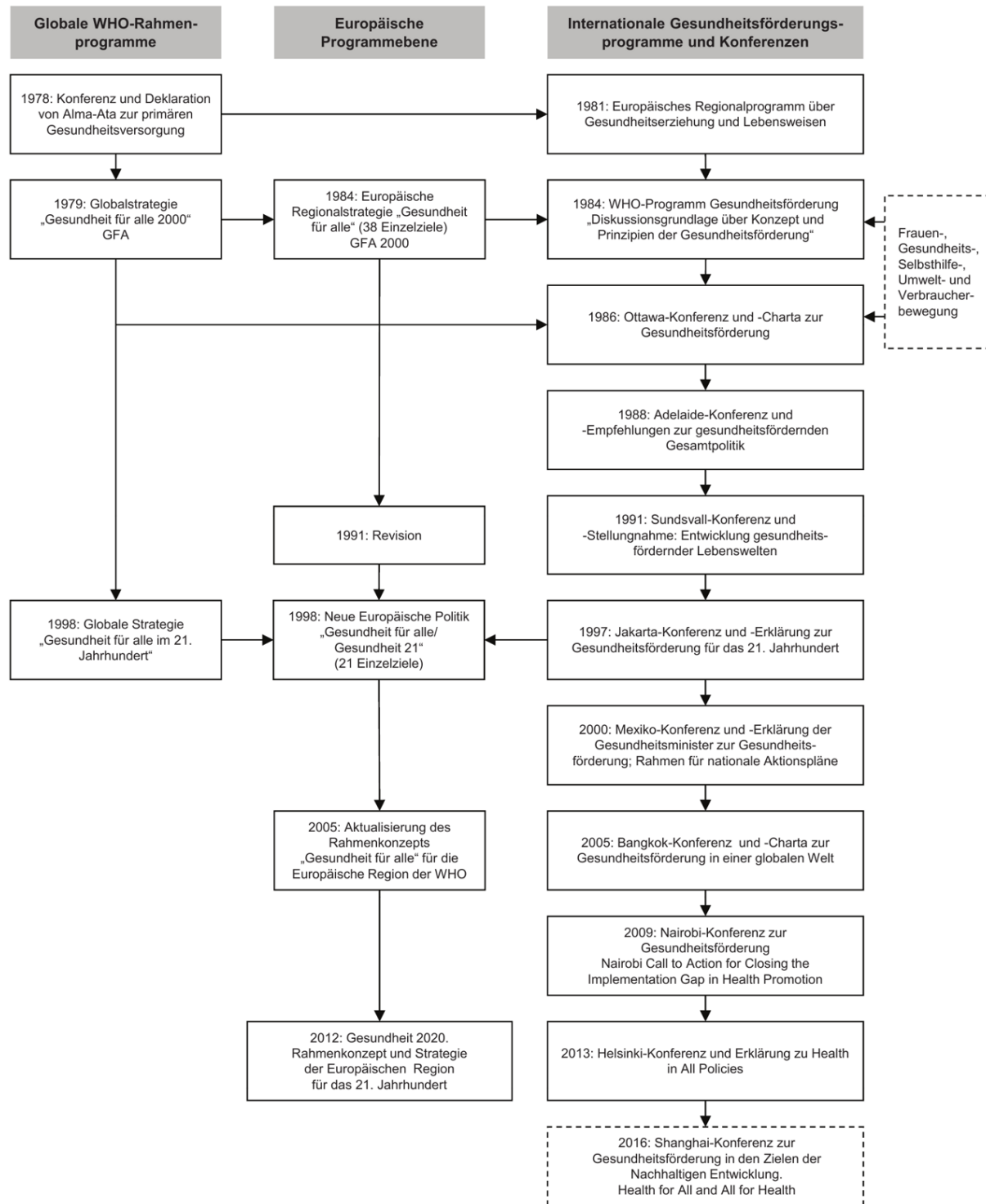
Das Konzept und die Handlungsbereiche wurden in den Folgejahren über weitere internationale Konferenzen, die jeweils mit Erklärungen und Empfehlungen abgeschlossen wurden (und die eine immer größer werdende Anzahl von Delegierten aus möglichst vielen Ländern und Regionen repräsentierten), differenziert, bilanziert und weiterentwickelt. Diese Konferenzen werden insbesondere seit der Konferenz von Bangkok (2005) im Bewusstsein der zunehmenden Globalisierung von Gesundheit sowie der Transition von „International (Public) Health“ zu „Global (Public) Health“ als „Globale“ Konferenzen bezeichnet und konzipiert [1] ([Global Health/Globale Gesundheit](#)). Sie bilden den Grundstock („das Erbe“/„Legacy“) für die Fortentwicklung von Konzept und Strategien und bauen aufeinander auf (siehe Abbildung).

Für die Entwicklung und Fortschreibung des Konzeptes Gesundheitsförderung im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren die Konferenzen von Ottawa (1986) und Jakarta (1997) und die mit ihnen verbundenen Konferenzdokumente und Chartas ausschlaggebend. Ihre Ergebnisse werden in den Leitbegriffen Gesundheitsförderung 1 [2] und 2 [3] ([Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#), [Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#)) dargestellt.

Im Folgenden werden zunächst die weiteren internationalen Konferenzen mit ihren Entschlüssen vorgestellt. Soweit andere Programme und Aktivitäten der WHO oder ihrer jeweiligen Kooperationspartner und -partnerinnen für die Entwicklung relevant sind, werden sie an geeigneter Stelle mitbehandelt (siehe auch die Abb.).

Die zentralen Konferenzen waren die:

- 2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Adelaide**, Australien (1988)
- 3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Sundsvall**, Schweden (1991)
- 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Jakarta**, Indonesien (1997)
- 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Mexiko-City**, Mexiko (2000)
- 6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Bangkok**, Thailand (2005)
- 7. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Nairobi**, Kenia (2009)
- 8. Internationale (Globale) Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Helsinki**, Finnland (2013)
- 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Shanghai**, China (November 2016)



Daneben und dazwischen gab es 1989 eine Arbeitsgruppe und einen Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern und 1993 die WHO-Initiative zur Investition in die Gesundheit von Frauen. 1998 wurde die gesundheitspolitische Rahmenprogrammatische der Gesundheitsförderung Gesundheit für alle 2000 aktualisiert und als „Gesundheit21“ bestätigt.

Seit Mitte der 1980er-Jahre wurden vielfältige Projekte nach dem [Settingansatz/Lebensweltansatz](#) [4] sowie internationale, nationale und regionale Setting-Netzwerke aufgebaut. Die zweite und die dritte internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide (1988) und Sundsvall (1991) dienten der Differenzierung und Weiterentwicklung der innovativen und politisch besonders brisanten Handlungsfelder der Ottawa-Charta.

2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide, Australien (1988)

Der Aktionsbereich gesundheitsfördernde Gesamtpolitik [5] ([Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#)) wurde weiterentwickelt auf der von der WHO und dem australischen Ministerium für soziale Dienste und Gesundheit gemeinsam veranstalteten zweiten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide, Australien (1988), die die Adelaide-Empfehlungen verabschiedete. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist nach den Adelaide-Empfehlungen gekennzeichnet durch die ausdrückliche Sorge um Gesundheit und Chancengleichheit auf allen Gebieten der Politik, einschließlich der Verantwortung für ihre Gesundheitsverträglichkeit [6] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)). Hauptziel dieser multisektoral angelegten Politik ist die Schaffung von unterstützenden physischen und sozialen Umwelten, um die Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen bzw. ihnen die Wahl gesünderer Alternativen zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Als diesbezüglich vorrangige Aktionsfelder wurden vorgeschlagen:

- Die Unterstützung der Gesundheit der Frauen
- Lebensmittel und Ernährung
- Tabak und Alkohol
- Schaffung unterstützender Umwelten
- Entwicklung neuer Bündnisse für Gesundheit und
- die Verpflichtung zu einer globalen Verantwortung für öffentliche Gesundheit

WHO-Arbeitsgruppe zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern in Genf (1989): 1989 berief das WHO-Hauptbüro in Genf eine Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ nach Genf, die Gesundheitsförderung als auch ein für die Entwicklungsländer relevantes Konzept anerkannte und einen „Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ verabschiedete. Die spezifischen Interessen der „Entwicklungsländer“ wurden auch seit der Sundsvall-Konferenz (1991) deutlich artikuliert und fanden ihren Niederschlag in den Konferenzergebnissen. Die internationale Konferenz „Investment in Health“ (1990) in Bonn hat Gesundheitsförderung ausdrücklich als eine „positive Investition in die Zukunft“ und nicht als bloßen „Kostenfaktor“ thematisiert und auf die Tagesordnung der 1990er-Jahre gesetzt [3] ([Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#)).

3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Sundsvall, Schweden (1991)

Supportive environments wurde auch als „unterstützende Umwelten für Gesundheit“ übersetzt. Die Sundsvall-Konferenz war eine gemeinschaftliche Veranstaltung der Weltgesundheitsorganisation, des Umweltprogramms der Vereinten Nationen und des Nordischen Ministerrats. Sie war die erste Konferenz für Gesundheitsförderung mit globaler Beteiligung aus 81 Ländern sowie einer gleichgewichtigen Teilnahme von Mitgliedern aus Entwicklungs- und Industrieländern und von Männern und Frauen. In der Sundsvall-Stellungnahme wurden alle Gemeinden, Städte, Länder und Regierungen dazu aufgerufen, solche unterstützende Umwelten zu schaffen. Dazu gehörten auch die Themen „gesundheitliche Chancengleichheit“, „Armut“ und „Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung“. Das Erreichen einer globalen Rechenschaftspflicht zur Erhaltung von unterstützenden Umwelten für die Gesundheit war ein weiteres zentrales Thema.

WHO-Initiative und Konferenz „Investition in die Gesundheit von Frauen“ in Wien (1993): 1993 rief die WHO die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ ins Leben. 1994 veranstaltete das Regionalbüro mit der Weltbank und der norwegischen und österreichischen Regierung als Co-Sponsoren in Wien eine Konferenz zum Thema „Die Gesundheit von Frauen zählt“. Die notwendigen Prioritäten und Strategien wurden von den Konferenzteilnehmenden in der „Wiener Erklärung zur Investition in die Gesundheit von Frauen in mittel- und osteuropäischen Ländern“ zusammengefasst. Sie ist für viele Initiativen der Frauengesundheitsförderung, auch in den westeuropäischen Ländern, wegweisend geworden. In Deutschland wurde dadurch der erste Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Auftrag gegeben und veröffentlicht. Auch die Netzwerke zur Gesundheit von Frauen und Mädchen in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt wurden durch diese Initiative angeregt.

4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta, Indonesien (1997)

Die letzten Jahre des 20. Jahrhunderts waren durch die Aktualisierung und Anpassung der vorhandenen internationalen gesundheitspolitischen Programmatik und des Gesundheitsförderungskonzepts an die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts gekennzeichnet. Die 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung – „Neue Partner für eine neue Ära: Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert“ („New partners for a new era“) – fand im Juli 1997 in Jakarta, Indonesien, statt, erstmalig in einem Entwicklungsland und unter Einbeziehung des privatwirtschaftlichen Sektors in die Unterstützung der Gesundheitsförderung. Während die 2. und 3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide und Sundsvall jeweils Handlungsbereiche der Ottawa-Charta spezifiziert und weiterentwickelt hatten, sollte sie, elf Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta, die Erfahrungen mit effektiver Gesundheitsförderung bilanzieren und die Einflussfaktoren der Gesundheit [7] ([Determinanten der Gesundheit](#)) sowie Konzepte und Strategien neu bewerten.

Die Gesundheitsförderungskonferenz von Jakarta verabschiedete die „Jakarta-Erklärung“ zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert. Sie bestätigte die gesundheitspolitischen Kernaussagen der vorangegangenen Konferenzen, insbesondere der Ottawa-Charta, und setzte folgende Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert:

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenzen des Einzelnen sowie
- Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung [2] (Ausführlicher, auch zu dem neu eingeführtem Konzept „Gesundheitsgewinn“ [Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#)).

Als Jakarta-Nachfolgekonferenz fand 1998 in Magdeburg die Internationale WHO-Konferenz „Neue Partner für Gesundheit“ statt. Sie verabschiedete die Magdeburger „Empfehlungen zu neuen Partnerschaften in der Gesundheitsförderung“ [8] ([Partnerschaften für Gesundheit](#)).

1. Resolution zur Gesundheitsförderung (1998): In der 5. Weltgesundheitsversammlung 1998 wurden mit der Verabschiedung der ersten Resolution zur Gesundheitsförderung die Aussagen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) und die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert (1997) bestätigt. Die Länder verpflichteten sich und die WHO, dem nächsten Exekutivrat über die Fortschritte bei der Umsetzung zu berichten.

5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Mexiko City, Mexiko (2000)

Im Jahr 2000 wurde in Mexiko die 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung durchgeführt zum Thema „Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten“ („Bridging the equity gap“). Das zweigeteilte Programm war ein Novum: Ein zweitägiges ministerielles Programm war ganz auf die Delegationen der Gesundheitsministerien und anderer Ministerien ausgerichtet. Das fünftägige Fachprogramm für die ca. 800 ausgewählten Experten und Expertinnen sowie Entscheidungsträger und -trägerinnen aus Wissenschaft, Politik und Praxis der Gesundheitsförderung fand parallel statt mit zwei gemeinsamen Sitzungen.

Die Konferenz verabschiedete erstmalig eine Erklärung nicht nur der geladenen Delegierten, sondern der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung: „Die Lücke der Gleichstellung schließen“ und den „Rahmen für nationale Aktionspläne zur Gesundheitsförderung“. Insgesamt haben 87 Länder die Erklärung verabschiedet, auch Deutschland. In der Erklärung verpflichteten sich die Ministerien, nationale Aktionspläne für Gesundheitsförderung zu entwickeln. Während der Konferenz wurde der Rahmen für diese Aktionspläne entwickelt und verabschiedet (siehe Abbildung).

Schwerpunkte und Strategien in der Mexiko-Erklärung der Gesundheitsminister und Gesundheitsministerinnen zur Förderung der Gesundheit (2000)

Die Mexiko-Erklärung „Die Lücke der Gleichstellung schließen“ und der Rahmen für die landesweiten Aktionspläne haben *drei Schwerpunkte*:

- Soziale, wirtschaftliche und umweltbezogene Determinanten für Gesundheit
- Mechanismen der Kooperation über alle gesellschaftlichen Sektoren und Ebenen
- Abbau gesundheitlicher Chancengleichheiten in armen und reichen Ländern

Sechs *allgemeine Strategien* bilden die Grundlage:

- Soziale Verantwortung für Gesundheit fördern (z. B. mithilfe von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen - auf lokaler wie nationaler Ebene)
- Investitionen für Gesundheitsentwicklung erhöhen. Lokale Kapazitäten für die Förderung von Gesundheit erhöhen. Empowerment von Individuen und Gemeinschaften
- Infrastrukturen für Gesundheitsförderung schaffen
- Die „Evidenz“-Basis von Gesundheitsförderung stärken (in zwei Bereichen: Determinanten von Gesundheit/Gesundheitsressourcen)
- Gesundheitsförderungspolitiken und -programme am wissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren
- Gesundheitsdienste neu orientieren in Richtung Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Folgende Punkte der Erklärung sind besonders hervorzuheben:

- Die Festlegung der Förderung der Gesundheit als grundlegende Priorität im Hinblick auf Politiken und Programme von lokaler bis internationaler Ebene.
- Die Verpflichtung zur Übernahme der Führungsrolle seitens der Nationalen Gesundheitsministerien, unter besonderer Berücksichtigung folgender Prozesse:
 - der aktiven Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen und Sektoren
 - von Maßnahmen, die Partnerschaften stärken und
 - der Bildung und Stärkung von effektiven Netzwerken

Es wird darauf hingewiesen, dass die Anwendung der Gesundheitsförderungsstrategien und -methoden in vielen Ländern, auch in Europa, noch unzureichend ist. Die Verbindung der Umsetzung der Mexiko-Erklärung mit aktuellen Prozessen zur Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen und -indikatoren im Rahmen der Umsetzung von „Gesundheit21“ wird betont.

6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok, Thailand (2005)

Der Themenschwerpunkt der 6. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, die 2005 in Bangkok (Thailand) stattgefunden hat, war Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt: „Neue Akteure für eine neue Ära: Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ („Policy and Partnership for Action: Determinants of Health“). Die Konferenz diskutierte die Globalisierung in ihren Auswirkungen auf Gesundheit, insbesondere die Möglichkeiten, die Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt durch Gesundheitsförderung zu beeinflussen. Eine Mehrheit von Teilnehmenden kam aus Asien und Afrika. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung sowohl für die Industriestaaten, als auch für die Entwicklungs- und Schwellenländer wurde hervorgehoben.

Die auf der Konferenz verabschiedete „Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt“ betont die Bedeutung von Gesundheitsförderung in der Globalisierung und beschreibt die nötigen Maßnahmen, Verpflichtungen und Forderungen, um Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können. Sie betont, dass strategische Orientierung und Partnerschaften, die zum Empowerment [9] ([Empowerment/Befähigung](#)) von Gemeinschaften sowie zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen, im Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen stehen sollten. Sie versteht sich als Ergänzung und Weiterentwicklung der Werte, Prinzipien und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [3] ([Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#))

und in den Empfehlungen der nachfolgenden Weltgesundheitsförderungskonferenzen festgeschrieben und von den Mitgliedstaaten in der Weltgesundheitsversammlung bestätigt wurden. Der globale Kontext der Gesundheitsförderung habe sich seit der Entwicklung der Ottawa-Charta gewandelt.

Einige der aktuellen Haupteinflussfaktoren auf die Gesundheit [7] ([Determinanten der Gesundheit](#)) sind die zunehmende Ungleichheit zwischen den Ländern, neue Konsum- und Kommunikationsmuster, globale Umweltveränderungen und Verstädterung. Andere Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, sind rasche und häufig ungünstige soziale, ökonomische und demografische Veränderungen, die die Arbeitsbedingungen, das Lernumfeld, Familienstrukturen sowie den kulturellen und sozialen Aufbau von Gemeinschaften beeinträchtigen. Es wird betont, dass Frauen und Männer von diesen Entwicklungen unterschiedlich betroffen sind. Die Gefährdung von Kindern, die Ausgrenzung von Minderheiten, von Menschen mit Behinderungen sowie von indigenen Menschen und Bevölkerungsgruppen habe zugenommen. Globalisierung eröffne neue Möglichkeiten der Kooperation zur Gesundheitsverbesserung und zur Reduzierung grenzüberschreitender Gesundheitsrisiken: erweiterte Informations- und Kommunikationstechnologie, verbesserte globale Führungsmechanismen und Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs.

Um den Herausforderungen der Globalisierung begegnen zu können, müssen die Vorgehensweisen quer durch alle Politikbereiche abgestimmt werden. Es wird als Fortschritt hervorgehoben, dass Gesundheit bereits verstärkt ins Zentrum der Entwicklung gerückt werden konnte, z. B. durch die Entwicklungsziele für das 21. Jahrhundert (Millennium Developmental Goals). Die Charta formuliert Strategien für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt [1] ([Global Health / Globale Gesundheit](#)).

Die Bangkok-Charta betont die Verpflichtung zur „Gesundheit für alle“. Dem Gesundheitssektor kommt eine Schlüsselrolle beim Aufbau von Strategien und Partnerschaften zur Gesundheitsförderung zu. Wesentliche Voraussetzungen für die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten sind ein integrierter Politikansatz innerhalb von Regierungen und internationalen Organisationen sowie eine Verpflichtung zur settingübergreifenden Kooperation und zur Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor. Gesundheitsförderung muss in diesem Zusammenhang in vier Schlüsselbereichen positioniert werden:

1. Gesundheitsförderung muss ein zentraler Punkt auf der globalen Agenda werden.
2. Gesundheitsförderung muss zu einer wesentlichen Verantwortung aller Regierungsebenen werden.
3. Gesundheitsförderung muss zu einem wesentlichen Kern von Gemeinschaften und Zivilgesellschaft werden.
4. Gesundheitsförderung muss ein Verantwortungsbereich guter Führung und Steuerung werden.

In der Bangkok-Charta wird darauf hingewiesen, dass seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta eine bemerkenswerte Anzahl von Gesundheitsförderungsresolutionen unterzeichnet worden ist, aber nicht immer konkrete Maßnahmen daraufhin erfolgt sind. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ersuchen deshalb die Mitgliedstaaten und die WHO ausdrücklich, diese „Umsetzungslücke“ zu schließen und den Schritt in Richtung handlungsorientierter Politiken und Partnerschaften zu gehen.

Die Konferenz und Charta von Bangkok hat besondere Bedeutung für die Entwicklung der Perspektive Global Health/ Globale Gesundheit und globale Gesundheitsförderung erhalten und hat die Diskussion um primäre Gesundheitsversorgung [10] ([Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care](#)) in den Entwicklungs- und Schwellenländern wiederbelebt). In Europa bildete sie, gemeinsam mit dem (2005) aktualisierten Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA) einen wesentlichen Handlungsrahmen für die Entwicklung einer Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten („Zugewinn an Gesundheit“), dem das WHO-Regionalkomitee für Europa 2006 durch Resolution zugestimmt hat.

Die Strategie setzt sich für ein umfassendes und integriertes Konzept zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten ein, das gleichzeitig Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf Bevölkerungsebene befürwortet, das darüber hinaus stark gefährdete Gruppen und Personen aktiv ins Visier nimmt und eine effektive Behandlung und Versorgung für einen möglichst großen Anteil der Bevölkerung gewährleistet und dabei systematisch Konzepte und Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich miteinander verbindet.

7. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Nairobi, Kenia (2009) Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap (Gesundheitsförderung und Entwicklung: die Lücke der Implementation schließen)

Als erste Globale Gesundheitsförderungskonferenz auf dem afrikanischen Kontinent wurde 2009 von der WHO und der Republik Kenia/dem kenianischen Ministerium für Public Health die 7. Internationale Welt-Konferenz zur Gesundheitsförderung in Nairobi, Kenia, veranstaltet und die globale Perspektive der Gesundheitsförderung damit vervollständigt. Teilgenommen haben über 600 Expertinnen und Experten aus mehr als 100 Ländern und aus allen Ebenen und Bereichen der Gesundheitsförderung: Politik, Gesundheitsminister und -ministerinnen, Forschung, Lehre und Praxis sowie Repräsentanten und Repräsentantinnen von Gemeinschaften/Gemeinden. Sie wurden ergänzt durch eine gleiche Anzahl von virtuell Teilnehmenden, die sich auf einer neuen „Social networking site“ registrierten.

Die Konferenz ging davon aus, dass seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta und durch die nachfolgenden sechs internationalen Gesundheitsförderungskonferenzen inzwischen genug Erfahrung und Evidenz vorliege, um die Bedeutung der Gesundheitsförderung als integrative und kostengünstige Strategie und essentielle Komponente von Gesundheitssystemen zu belegen. Jetzt gehe es vorrangig darum, wie „die Lücke der Implementierung in der Gesundheitsförderung und Entwicklung“ (endlich) geschlossen werden könnte.

In der Abschlusserklärung, dem „Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion“, fordern die Delegierten die Regierungen, die Zivilgesellschaft, die Entwicklungsorganisationen und die Gesundheitsdienste auf, ihre Gesundheitsförderungsprogramme gemeinsam zu stärken und zu implementieren, um so die hohe Zahl von vermeidbaren Krankheiten und Todesfällen zu reduzieren. Der Aktionsaufruf bezieht sich auf die Deklaration von Alma-Ata (Gesundheit für alle) und die Empfehlungen der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit. Er bestätigt die Werte, Prinzipien und Aktionsstrategien der Ottawa-Charta und ihrer globalen Nachfolgekonferenzen in Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Mexico-City, einschließlich der Bangkok-Charta, die durch die Mitgliedstaaten in der Weltgesundheitsversammlung bestätigt worden ist.

Angesichts der globalen Herausforderungen für Gesundheit und Entwicklung werden Regierungen und Entscheidungsträger aufgefordert, das ungenutzte Potenzial der Gesundheitsförderung zu erschließen und Gesundheitsförderungsprinzipien zum integralen Bestandteil der Politik- und Entwicklungsagenda zu machen sowie geeignete effektive und nachhaltige Umsetzungsmechanismen zu entwickeln.

Die vorgeschlagenen *Strategien* orientieren sich an den fünf Konferenzthemen:

1. [Capacity Building / Kapazitätsentwicklung](#) für Gesundheitsförderung [11]: Die Entwicklung einer nachhaltigen Infrastruktur für Gesundheitsförderung und Kapazitätsentwicklung auf allen Ebenen ist grundlegend für das Schließen der Implementationslücke.
2. *Gesundheitssysteme stärken*: Um nachhaltig zu sein, müssen Gesundheitsförderungsinterventionen eingebettet sein in Gesundheitssysteme, die auf Chancengleichheit und Qualität ausgerichtet sind. Die Integration von Gesundheitsförderung in alle Bereiche und alle Ebenen der Gesundheitssysteme erhöht die Gesamtleistungsfähigkeit der Systeme.
3. *Partnerschaften und Intersektorale Aktion*: Die effektive Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit und Herstellung von Chancengleichheit erfordert Aktionen und Partnerschaften über die Sektorengrenzen hinweg, um Formen der Zusammenarbeit und Integration zu implementieren.
4. *Empowerment von Gemeinschaften / Gemeinden* (Community Empowerment): Um Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit sicherzustellen und aufrechtzuerhalten, müssen Gemeinschaften/Gemeinden Macht, Ressourcen und Entscheidungsfindung teilen.
5. [Gesundheitskompetenz/Health Literacy](#) [12] und *Gesundheitsverhalten* [13] ([Gesundheitsverhalten](#), [Krankheitsverhalten](#), [Gesundheitshandeln](#)): Eine grundlegende Bildung ist ein essentieller Baustein für Entwicklung und Gesundheitsförderung. Interventionen zur Förderung der Health Literacy/ Gesundheitskompetenz müssen auf der Grundlage von gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen sowie Bedarfen entwickelt werden.

„Acting together“ / *Gemeinsam handeln*: Abschließend wird hervorgehoben, dass sich sowohl Entwicklungsländer als auch entwickelte Länder mit einem Anstieg vermeidbarer Erkrankungen

konfrontiert sehen, der ihre zukünftige wirtschaftliche Entwicklung zu untergraben droht. Für Regierungen und Entscheidungsträger werden fünf dringliche Verantwortlichkeiten benannt:

- *Führung und Fachkräfte stärken*
- *Mainstream Health Promotion (Gesundheitsförderung zum durchgängigen Prinzip aller Politikbereiche machen)*
- *Empowerment von Gemeinschaften/Gemeinden und Individuen*
- *Partizipatorische Prozesse verstärken*
- *Wissen schaffen und anwenden*

8. Internationale (Globale) Konferenz zur Gesundheitsförderung „Health in all policies - Gesundheit in allen Politikbereichen. 2013 Helsinki, Finnland

Die 8. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung wurde vom 10.-14. Juni 2013 in Helsinki, Finnland von der Weltgesundheitsorganisation und dem finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit veranstaltet zum Thema Health in All Policies (HiAP) (Gesundheit in allen Politikbereichen) und verabschiedete die gleichnamige Helsinki-Stellungnahme (Statement). Die ca. 700 geladenen Teilnehmenden kamen aus ca. 140 Ländern und aus verschiedenen politischen Sektoren (Gesundheit, Bildung, Umwelt, Arbeit, Finanzen etc.) und verschiedenen politischen Ebenen der Mitgliedstaaten aber auch aus der Zivilgesellschaft und Wirtschaft.

Health in All Policies ist als Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und intersektorale Zusammenarbeit von Anfang an ein wichtiger Ansatz in der Gesundheitsförderung und wurde als „Gesundheit in allen Politikbereichen“ während der finnischen EU-Präsidentschaft 2006 auf die politische Ebene gehoben [[14](#)] ([Gesundheitsförderung 4: Europäische Union](#)).

Die Konferenz und das Helsinki-Statement zur Gesundheit in allen Politikbereichen beziehen sich unter der Perspektive „Auf unserem Erbe aufbauen, in die Zukunft blicken“ explizit auf die Grundlagen der Alma Ata-Deklaration zur Primären Gesundheitsversorgung (1978) und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986), die schon intersektorale Strategien und Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als zentrale Elemente der Förderung der Gesundheit, der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Verwirklichung von Gesundheit als Menschenrecht identifiziert hatten.

Es wurde auch aufgebaut auf den Ergebnissen der Konferenzen von Adelaide (1998), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico City (2000), Bangkok (2005) und Nairobi (2009). Das Helsinki Statement verweist darauf, dass die in diesen Konferenzen erarbeiteten Kernprinzipien der Gesundheitsförderung bestätigt und verstärkt werden durch die Politische Erklärung von Rio zu Sozialen Determinanten von Gesundheit (Rio de Janeiro 2011), durch die Politische Erklärung des UN-High-Level Meeting der Generalversammlung zur Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen von 2011 sowie durch das Rio+20 Outcome Document (The Future we want 2012). Die Kernprinzipien werden auch als Beitrag zu den Post-2015 Entwicklungszielen gesehen: „Gesundheit für alle ist ein wesentliches gesellschaftliches Ziel von Regierungen sowie der Eckpfeiler von nachhaltiger Entwicklung.“

Das Statement betont, dass das Erreichen einer bestmöglichen Gesundheit für alle Menschen, unabhängig von ethnisch-kultureller Herkunft/Hautfarbe („Race“), Religion, politischer Überzeugung, ökonomischen oder sozialen Bedingungen eines der fundamentalen Menschenrechte sei, dass die Regierungen Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerungen haben und dass gesundheitliche Chancengleichheit ein Ausdruck sozialer Gerechtigkeit sei. Die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Ländern und innerhalb der Länder seien politisch, sozial und wirtschaftlich inakzeptabel und vermeidbar. Es sei bekannt, dass gute Gesundheit die Lebensqualität [[15](#)] (Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt) erhöht, die Fähigkeit zu lernen verbessert, Familien und Gemeinschaften stärkt und die Arbeitsproduktivität steigert. Aktivitäten zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit ihrerseits tragen zu Gesundheit, Reduktion von Armut, sozialer Inklusion und Sicherheit bei. Die Vielfalt der Determinanten der Gesundheit in einer verbundenen Welt (demographischer Wandel, schnelle Urbanisierung, Klimawandel und Globalisierung), die über die Verantwortung und den Einfluss des Gesundheitssektors hinausgehen, erfordere den politischen Willen, das gesamte Regierungshandeln auf Gesundheit zu verpflichten (to engage „the whole of government“ in health.)

Gesundheit in allen Politikbereichen wird als Ansatz für eine öffentliche Politik gesehen, die über einzelne

Sektoren hinweg systematisch die gesundheitlichen Implikationen von Entscheidungen in Betracht zieht, Synergien sucht und schädliche Gesundheitseffekte vermeidet, um Gesundheit und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Dieser Ansatz verbessert die Rechenschaftspflicht von politisch Handelnden für Gesundheitswirkungen auf allen Politikebenen. Das beinhaltet die Betonung der Konsequenzen öffentlicher Politik auf Gesundheitssysteme und auf die Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden [6] (Health Impact Assessment / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung). Es wird an Regierungen appelliert, sicherzustellen, dass im Rahmen einer Bandbreite von Prioritäten gesundheitsbezogene Erwägungen transparent in der Politikgestaltung mitberücksichtigt werden sowie Möglichkeiten für zusätzliche Vorteile (co-benefits) über mehrere Sektoren hinweg und für die Gesellschaft als Ganzes eröffnet werden. Gesundheit in allen Politikbereichen kann einen Rahmen bereitstellen für Regulierungen und praktische Instrumente, die Gesundheit, soziale und gerechtigkeitsbezogene Ziele mit wirtschaftlicher Entwicklung verbinden und Interessenskonflikte transparent managen. Die Konferenzteilnehmer sehen Gesundheit in allen Politikbereichen als konstituierenden Bestandteil der Länderbeiträge zur Erreichung der Millennium-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. HiAP müsse auch eine Schlüsselüberlegung beim Entwerfen der Post-2015 Entwicklungsagenda bleiben. Sie appellieren an Regierungen, ihre Verpflichtungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Bevölkerungen zu erfüllen, indem sie folgende Maßnahmen ergreifen:

- Selbstverpflichtung zu Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit als politischer Priorität
- Sicherung effektiver Strukturen, Prozesse und Ressourcen
- Stärkung der Kapazität von Gesundheitsministerien, andere Regierungssektoren mit in Dienst zu nehmen
- Aufbau institutioneller Kapazitäten und Fertigkeiten
- Einführung transparenter Prüfungs- und Rechenschaftsmechanismen
- Einführung von Maßnahmen bei Interessenkonflikten
- Einbeziehen von Gemeinschaften, sozialen Bewegungen und der Zivilgesellschaft

An die WHO wird appelliert, die Mitgliederstaaten darin zu unterstützen, Gesundheit in allen Politikbereichen in die Praxis umzusetzen, ihre eigene Kapazität in Gesundheit in allen Politikbereichen zu stärken und diesen Grundsatz in allen ihren Arbeitsbereichen und mit allen ihren Kooperationspartnern anzuwenden und zu fördern. Um die Umsetzung der Health in All Policies in den Ländern zu erleichtern, wurde von der WHO 2014 ein Health in All Policies (HiAP) - Framework for Country Action als Starthilfe veröffentlicht. Im November 2016 (30 Jahre nach der Ottawa-Konferenz von 1986) findet in Shanghai, China die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung unter dem Titel Health Promotion in the Sustainable Development Goals statt mit dem zusätzlichen Slogan: Health for All and All for Health.

Während bis hierher die Entwicklung anhand der internationalen Konferenzen und ergänzender Ereignisse und Dokumente dargestellt wurde, sollen im Folgenden die wichtigsten Programme beschrieben und bei Bedarf durch andere relevante Aspekte der Entwicklung ergänzt werden. Dabei werden angesprochen: Die Rahmenprogramme der WHO „Gesundheit21“ und „Gesundheit 2020“ sowie die Programme, die für den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung besonders relevant sind.

9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung: Promoting Health, Promoting Sustainable Development: Health for all and all for Health. (Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung. Gesundheit für alle und alle für Gesundheit) 2016, Shanghai, China

Vom 21. – 24. November 2016 wurde in Shanghai, China, die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung unter dem Titel Health Promotion in the Sustainable Development Goals (SDG) veranstaltet mit dem zusätzlichen Slogan: Health for All and All for Health (Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung: Gesundheit für alle und alle für Gesundheit). Die Konferenz wurde von der WHO gemeinsam mit der staatlichen Kommission für Gesundheit und Familienplanung der Volksrepublik China organisiert, 30 Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta, die weiterhin als Erbe und Orientierung für die Zukunft der Gesundheitsförderung eingeschätzt wurde. Die Konferenz sollte der Frage nachgehen, wie Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung verwirklicht werden kann.

Zur 9. Globalen Konferenz waren über 1260 hochrangige Entscheidungsträger und Fachleute aus 131 Ländern nach Shanghai gekommen, darunter 123 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen. Zusammen mit den Experten und Expertinnen der Gesundheitsförderung waren Minister und Ministerinnen der Ressorts Landwirtschaft, Entwicklungszusammenarbeit, Finanzen, Auswärtiges, Gesundheit und Handel mit der Frage befasst, wie die Gesundheitsförderung in die Maßnahmen der Länder zur Verwirklichung der SDG einbezogen werden kann. Die Mitgliedsländer der WHO in der Europäischen Region waren durch hochrangige Delegationen vertreten. Starke politische Unterstützung erhielt die Konferenz vom Gastgeber, der mit hochrangigen Politikern und Politikerinnen vertreten war und auf die Verknüpfung der SDG mit der kürzlich verabschiedeten Strategie Healthy China 2030 verwies.

Die Shanghai-Erklärung über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung hebt hervor, dass Gesundheit und Wohlbefinden entscheidende Voraussetzungen für nachhaltige Entwicklung und die Verwirklichung der Agenda 2030 der Vereinten Nationen und der darin enthaltenen Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) sind. Diese Ziele begründen die Verpflichtung, in Gesundheit zu investieren, eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu verwirklichen (universal coverage), gesundheitliche Benachteiligung für Menschen jeden Alters abzubauen: „Wir sind entschlossen, niemanden zurückzulassen“.

Die Förderung der Gesundheit erfordert Maßnahmen zu allen Zielen der nachhaltigen Entwicklung und kann nur durch den Einsatz der gesamten Gesellschaft erreicht werden.

Die Strategien der Ottawa-Charta dienen dabei als Kompass. Die Ergebnisse der vorhergegangenen globalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung in der Folge der Ottawa-Charta werden als Grundlage und „Erbe“ ausdrücklich benannt und berücksichtigt (Adelaide 1998, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexiko-City 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009 und Helsinki 2013).

Es werden mutige politische Entscheidungen für mehr Gesundheit gefordert. Gesundheitsförderung hat es mit einem neuen globalen Kontext zu tun. Die Gesundheit der Menschen kann nicht länger getrennt von der Gesundheit unseres Planeten gesehen werden, Neue Bedrohungen der Gesundheit nehmen zu, auch mächtige kommerzielle Interessen. Die Ungleichheiten machen politisches Handeln in vielen verschiedenen Politikbereichen und gemeinsames Handeln auf globaler Ebene notwendig. Dabei sind die Rechte von Frauen, von in Migration befindlichen Menschen und die zunehmende Anzahl von Personen, die von humanitären und ökologischen Krisen betroffen sind, besonders zu berücksichtigen.

Prioritäten: Drei Säulen der Gesundheitsförderung

1. Verantwortungsbewusste Regierungsführung trägt wesentlich zur Gesundheitsförderung bei (good governance).
Die Interdependenzen und Universalität der Ziele für nachhaltige Entwicklung versprechen Vorteile von Investitionen in allen Bereichen. Gesundheit ist grundlegende Verantwortung und Verpflichtung von Regierungen.
2. Städte und Gemeinden sind wesentliche Umgebungen für die Förderung der Gesundheit.
Gesundheit ist Indikator für Erfolge in anderen Bereichen, Gesundheitsförderung trägt dazu bei, Städte für die gesamte Bevölkerung inklusiv, sicher und widerstandsfähig zu machen.
3. Befähigung der Menschen zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ermöglicht und stärkt die gesundheitliche Chancengleichheit.

Die Shanghai-Erklärung schließt mit einem Handlungsappell: Gesundheit ist eine politische Entscheidung. Die Konferenzteilnehmenden stellen sich gegen Interessen, die sich schädlich auf die Gesundheit auswirken und werden Barrieren beseitigen, die der Befähigung der Menschen (insbesondere Mädchen und Frauen) zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit entgegenstehen.

Die mehr als 100 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen verabschiedeten am 21. Nov. 2016 außerdem den Shanghai-Konsens zu gesunden Städten (Shanghai consensus on Healthy Cities). Sie betonen die Bedeutung von Kommunen, die für Gesundheit und Wohlbefinden arbeiten für die nachhaltige Entwicklung und verpflichten sich zu verantwortungsbewusster Regierungsführung (Good governance).

Der offizielle Bericht zur Shanghai-Konferenz 2016 kommt zu der Einschätzung, dass Gesundheitsförderung niemals zuvor so deutlich im Zentrum der globalen politischen Agenda gestanden hat, die die Welt transformieren wird.

Rahmenprogramme: Während bis hierher die Entwicklung anhand der internationalen Konferenzen und ergänzender Ereignisse und Dokumente dargestellt wurde, sollen im Folgenden die wichtigsten Programme beschrieben und bei Bedarf durch andere relevante Aspekte der Entwicklung ergänzt werden.

Dabei werden angesprochen: Die Rahmenprogramme der WHO „Gesundheit21“ und „Gesundheit 2020“ sowie die Programme, die für den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung besonders relevant sind.

Rahmenprogramm Gesundheit21 (1998) und Gesundheitsförderung

Auf der Ebene der internationalen Gesundheitspolitik wurde 1998 von der WHO das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA) aktualisiert und die grundsätzliche Strategie von Alma-Ata bestätigt. Das Konzept „Gesundheit21“ für die 870 Millionen Menschen in 51 Ländern der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation ist durch die folgenden Hauptelemente gekennzeichnet: Das konstante oberste Ziel ist seit Alma Ata (1978), für alle Menschen das gesundheitliche Potenzial zu erreichen (Chancengleichheit).

Die Bemühungen, dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, orientieren sich an zwei Hauptzielen für bessere Gesundheit:

- Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens
- Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden

Die ethische Grundlage wird von drei Grundwerten gebildet:

- Gesundheit als fundamentales Menschenrecht
- Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen zwischen Ländern, Bevölkerungsgruppen innerhalb von Ländern und zwischen Männern und Frauen sowie
- Partizipation und Rechenschaftspflicht des Einzelnen wie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren in der gesundheitlichen Entwicklung

Die 38 Einzelziele der Vorläuferprogramme von 1984 und 1991 wurden auf 21 Ziele (für das 21. Jahrhundert) konzentriert. Das Rahmenkonzept Gesundheit21 ist in acht Kapitel im Sinne von Programmteilen gegliedert. Im ersten Kapitel wird die GFA-Vision beschrieben. Kapitel 2 konzentriert sich auf Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität. Kapitel 3 und 4 erläutern die erwünschten gesundheitlichen Ergebnisse für die Bevölkerung der Region. Kapitel 4 „Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen“ schlägt Strategien vor, um die Inzidenz, Prävalenz und die Auswirkungen von spezifischen Krankheiten und anderen Ursachen für eine schlechte Gesundheit zu verringern.

Das für die Gesundheitsförderung zentrale Programm ist Kapitel 5: „Multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit“. Es konzentriert sich auf Handlungsansätze vieler Sektoren, um ein gesundheitsförderliches natürliches, wirtschaftliches, soziales und kulturelles Umfeld sicherzustellen. Hier werden die früher getrennten Bereiche der „Lebensweisen“ und der „Umwelt“ enger verknüpft und der Begriff der „nachhaltigen Gesundheit“ eingeführt [16] ([Nachhaltige Gesundheitsförderung](#)). Nach den biologischen Grundlagen von Gesundheit und den natürlichen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit werden „Gesunde Lebensweisen“ behandelt, die in „Gesunde Entscheidungen und gesundes Verhalten“ und „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“ gegliedert sind.

Settings zur Förderung der Gesundheit werden als Ansatz hervorgehoben, der davon ausgeht, dass gesundheitliche Entscheidungen im Alltagsrahmen, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft des Nahbereichs getroffen werden. Der Settingansatz bedeute, dass man

- die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Stellen konzentriert, wo Gesundheit gefördert und erhalten wird,
- den Maßnahmen deutlich erkennbare Grenzen setzt,
- es leicht macht, mögliche Partner zu finden,
- die Möglichkeit bietet, zu beobachten und zu messen, wie sich Interventionen zum Vorteil der Gesundheit auswirken und
- eine gute Möglichkeit erhält, Pilotversuche durchzuführen und einen nachhaltigen gesellschaftlichen Wandel zu bewirken.

Der Settingansatz wird als bewährte und selbstständige Strategie bezeichnet und für viele unterschiedliche Lebensbereiche gefordert.

Zu *Settingprojekten, internationalen, nationalen und regionalen Netzwerken* ist in diesem Zusammenhang folgendes zu ergänzen: Für die Gesundheitsförderungssettings Städte, Krankenhäuser, Schulen und Betriebe wurden seit Mitte der 1980er-Jahre in Umsetzung des Settingansatz der Gesundheitsförderung [4] ([Settingansatz/Lebensweltansatz](#)) und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung umfangreiche internationale und nationale Netzwerke aufgebaut.

Begonnen hat diese weltweite Entwicklung schon 1986 mit dem „Healthy Cities-Projekt“ und dem Internationalen Gesunde Städte-Netzwerk, aus dem sich weitere Projekte und internationale, nationale und regionale Netzwerke für die Settings Krankenhaus und Gesundheitseinrichtungen, Schule, Hochschule, Betriebe, Regionen sowie - bisher allerdings noch nicht in Deutschland - für Inseln, Dörfer und für Gefängnisse entwickelt haben [17], [18], [19] (Gesundheitsförderung und Betrieb, [Gesundheitsförderung und Schule](#), [Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen](#), [Gesundheitsförderndes Krankenhaus](#), Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt).

Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO wurde 2005 aktualisiert. Es handelte sich dabei nicht um eine neue Strategie, sondern um die dritte Aktualisierung seit der erstmaligen Annahme durch die europäische Region 1980. Die vorangegangene Aktualisierung „Gesundheit21“ wurde dabei überprüft und erneut bekräftigt. Das seitdem gewonnene Wissen und die gesammelten Erfahrungen wurden einbezogen. Die Aktualisierung ist mit einem Aufruf zu einem „unbefristeten GFA-Prozess“ verbunden.

Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert (2012)

2012 wurde mit „Gesundheit 2020“ das neue Rahmenkonzept für die Gesundheitspolitik in der europäischen Region der WHO für eine Bevölkerung von 900 Millionen in 53 Ländern beschlossen. Es baut auf den Erfahrungen auf, die mit dem vorangegangenen Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ gewonnen worden sind und stützt sich auf ein breites Spektrum an Erkenntnissen, die sowohl aus traditionellen, als auch aus neu entstehenden Bereichen der Gesundheitspolitik stammen. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass es zwar signifikante Verbesserungen in Gesundheit und Wohlbefinden gegeben hat, dass sie aber nicht überall gleichmäßig verteilt stattgefunden haben. So bestand beispielsweise zwischen der höchsten und niedrigsten Lebenserwartung bei Geburt ein Unterschied von 16 Jahren in der Europäischen Region. Als vorrangige gesundheitliche Herausforderungen sieht die WHO die Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit in und zwischen den Ländern, eingeschränkte öffentliche Ausgaben aufgrund der Finanzkrise und eine wachsende Krankheitslast bei den nichtübertragbaren Erkrankungen (Noncommunicable Diseases), inklusive Adipositas, Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen. Diese geänderten Umstände und gesundheitlichen Herausforderungen würden neue Ansätze für Gesundheit erfordern und Absprachen zwischen Institutionen aller Sektoren und der Gesellschaft insgesamt (Action across government and society). Der mögliche Beitrag der Gesundheit zu wirtschaftlicher Produktivität und Prosperität werde nicht ausgeschöpft. Die gesellschaftliche Solidarität und der allgemeine Zugang zur Versorgung seien bedroht.

Vor diesem Hintergrund wurde das neue Rahmenkonzept in einem zweijährigen intensiven und beteiligungsorientierten Entwicklungsprozess mit drei ineinander verwobenen Strängen entwickelt: Sammeln von Erkenntnissen, Dokumentation von Erfahrungen und Prüfung durch eine große Anzahl von Akteuren und Fachkollegen. Zur Evidenzbasierung des Konzepts haben in Auftrag gegebene Studien über Maßnahmen gegen Benachteiligung und die sozialen Determinanten der Gesundheit sowie zu Führungs- und Steuerungsfragen (governance) im Gesundheitsbereich beigetragen. Die aufeinander folgenden Entwürfe wurden überarbeitet und übersetzt und in einem zweijährigen Konsultationsprozess durch Tausende von Akteuren in den Ländern der Region und darüber hinaus erprobt.

Das neue Rahmenkonzept wurde im September 2012 vom WHO-Regionalkomitee für Europa angenommen. Es soll zeigen, wie sich die Politik auf wirksamere und effizientere Weise mit den heutigen sozialen, demografischen und epidemiologischen Herausforderungen auseinandersetzen kann, durch neue Prioritäten, Anstoßen von Maßnahmen in anderen Bereichen und Einführen neuer Konzepte in die Organisation des Gesundheitswesens.

Ein Schwerpunkt liegt im Bereich der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ für die Europäische Region sind:

1. Senkung der vorzeitigen Mortalität
2. Erhöhung der Lebenserwartung
3. Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten
4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung
5. Sicherung einer universellen Versorgung und des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit
6. Aufstellung nationaler Ziele und Vorgaben für die Gesundheit in den Mitgliedstaaten

Der Politik werden zwei strategische Ziele und vier vorrangige Handlungsfelder aufgezeigt.

Die Ziele sind:

1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten
2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit (governance for health)

Die vier vorrangigen Handlungsfelder sind:

Priorität 1:	Investitionen in einen Lebensverlaufsansatz (life-course approach) und die Handlungsfähigkeit der Menschen
Priorität 2:	Bekämpfung der wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen in der Europäischen Region
Priorität 3:	Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge, Surveillance und Gegenmaßnahmen für Notlagen
Priorität 4:	Schaffung eines stützenden Umfeldes und widerstandsfähiger Gemeinschaften

Gesundheit 2020 unterstützt gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln für mehr Gesundheit und Wohlbefinden (whole-of-government and whole-of-society-approach). Dadurch sollen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Bevölkerungen verbessert werden, gesundheitliche Benachteiligung abgebaut, die öffentliche Gesundheit gestärkt werden, sowie bürgernahe, nachhaltige und flächendeckende Gesundheitssysteme gewährleistet werden, die gleiche Chancen auf qualitativ hochwertige Leistungen bieten.

Auf der europäischen Ebene ist Gesundheit 2020 das richtungweisende Rahmenprogramm. Die Österreichischen Rahmengesundheitsziele wurden ausdrücklich in einer HiAP - Perspektive entwickelt und gelten als Good Practice-Beispiel für einen nationalen Umsetzungsprozess von Gesundheit 2020. Auf der Grundlage der Rahmengesundheitsziele wurde die Gesundheitsförderungsstrategie entwickelt und im März 2014 beschlossen [20] ([Gesundheitsförderung 6: Österreich](#)).

Ergänzend ist hier auf den Europäischen Gesundheitsbericht hinzuweisen: Er ist eine Flaggshipublikation des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation. Er erscheint alle 3 Jahre. Mit dem Bericht von 2012 „Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden“ (Charting the way to well-being) wurde die Umorientierung zu WHO-Zielen für Gesundheit und Wohlbefinden [21] ([Wohlbefinden / Well-Being](#)) verdeutlicht. Mit der Annahme von Gesundheit 2020 beauftragten die Mitgliedstaaten das Regionalbüro, das Wohlbefinden der Bevölkerung in der Region zu messen und ganzheitlich darüber Bericht zu erstatten. Im Europäischen Gesundheitsbericht 2015 werden die seitdem erzielten Fortschritte und Herausforderungen bei der Umsetzung von Gesundheit 2020 beschrieben.

Strategien zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen/Noncommunicable diseases (NCD): Parallel und in Ergänzung zur Strategie Gesundheit 2020 wurden auch wichtige programmatische Entwicklungen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen und für Psychische Gesundheit beschlossen. Aufgrund der zunehmenden epidemiologischen Herausforderungen durch die nichtübertragbaren Erkrankungen (noncommunicable diseases (NCD)) wurde 2011 von dem High-Level Meeting der Generalversammlung der Vereinten Nationen (United

Nations, UN) eine Politische Erklärung zur Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Erkrankungen angenommen und 2014 erneuert. Der 2012 von der WHO-Europa verabschiedete Aktionsplan zur Umsetzung der europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten für den Zeitraum 2012-2016 wird fortgeführt im aktuellen Aktionsplan 2016 – 2020. Er enthält auch die Implikationen der inzwischen verabschiedeten Sustainable Development Goals (SDG).

Für die Weltebene veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (Genf) 2013 (auf der Grundlage der Politischen Erklärung des UN-High Level Meetings von 2011) den Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases (2013 – 2020). Die Strategien und Aktionspläne kombinieren Ansätze der Prävention [22] ([Prävention und Krankheitsprävention](#)) mit solchen der Gesundheitsförderung (z. B. Empowerment, Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten.)

Der wachsenden Bedeutung und gestiegenen Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheit wurde von der WHO-Europa 2013 mit dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit entsprochen. Er stimmt überein mit den Zielen der Europäischen Rahmenstrategie Gesundheit 2020 und solle zu ihrer Verwirklichung beitragen.

Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit, Agenda 21 und Agenda 2030, Sustainable Development Goals

Die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und dem Leitkonzept der Nachhaltigkeit sowie der im Umweltbereich im Anschluss an die Konferenz von Rio 1992 entwickelten Agenda 21 ist im 5. Kapitel von Gesundheit21 auf der internationalen und programmatischen Ebene am ausgeprägtesten. Obwohl ein systematischer Vergleich von Gesundheitsförderung und Agenda 21 hinsichtlich ihrer Prinzipien und Arbeitsprozesse große Übereinstimmungen ergibt (z. B. Chancengleichheit, intersektorale Aktion, Bürgerbeteiligung etc.), spielte Gesundheit bei der tatsächlichen Umsetzung der Agenda 21 auf der lokalen Ebene in Deutschland nur in Ausnahmefällen (Healthy Cities) eine Rolle. Dies wird auch auf die unterschiedlichen Finanzierungsquellen für Gesundheits- und Umweltprojekte zurückgeführt. Die Lokale Agenda 21 erschien für einige Zeit politisch zugkräftiger als Gesundheitsförderung, die Umsetzung zahlreicher Beschlüsse und Strategien hat sich jedoch als langwierig erwiesen. Eine Belebung erhielt der Nachhaltigkeitsdiskurs auf der Bundesebene über den 2010/2011 angelegten „Nachhaltigkeitsdialog“ der Bundesregierung. Auch in den inzwischen entwickelten Nachhaltigkeitsstrategien der Bundesländer spielt Gesundheit eine Rolle und trägt damit zur Verknüpfung von Nachhaltigkeits- und Gesundheitsförderungsaktivitäten bei.

Auf der internationalen Ebene wurde die Verbindung von Gesundheit, Chancengleichheit, Klimaschutz und nachhaltiger Entwicklung verstärkt thematisiert, z. B. über die Internationale Union für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, insbesondere aber durch die Entwicklung der Post-2015-Sustainable Development Agenda des United Nations Development Programme (UNDP) und die Entwicklung von den (2015 ausgelaufenen) Millennium Development Goals (MDG) zu den Sustainable Development Goals (SDG) [1] ([Global Health / Globale Gesundheit](#)).

Besondere Bedeutung hat die Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung (2015) mit den Sustainable Development Goals (SDG) (Nachhaltige Entwicklungsziele) der Vereinten Nationen für die Gesundheit(sförderung). Die Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (SDG) bauen auf den Millenniums-Entwicklungszielen (MDG) auf und sind für alle Länder relevant. Sie behandeln die wirtschaftlichen, umweltbezogenen und sozialen Grundlagen einer nachhaltigen Entwicklung, wobei ein bedeutsamer Schwerpunkt auf Verteilungsgerechtigkeit gelegt wird und die grundlegenden Ursachen der Armut adressiert werden. Sie werden in einen Zusammenhang gestellt, der verdeutlicht, dass eine nachhaltige Entwicklung die Zusammenarbeit der vielen Sektoren und Systeme eines Landes voraussetzt. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den 17 SDGs und 169 Zielvorgaben wurde von den Staats- und Regierungschefs der 193 Mitgliedsstaaten der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2015 angenommen. Sie verpflichten sich zur Umsetzung bis 2030. Die Ziele verknüpfen Armutsbekämpfung mit nachhaltiger Entwicklung.

Das 3. Entwicklungsziel bezieht sich explizit auf Gesundheit und Wohlergehen: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlbefinden fördern“ und ist in 13 Gesundheitsunterziele gegliedert. Angesichts der sozialen Determinanten von Health for All und Health in All Policies sind jedoch ausnahmslos alle Nachhaltigkeitsziele implizit auch Gesundheitsförderungsziele, da sie die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Determinanten der Gesundheit betreffen: 1) Armut beenden, 2) Hunger beenden, 3) gute gesundheitliche Versorgung, 4) hochwertige Bildung, 5) Geschlechtergerechtigkeit, 6) Wasser- und sanitäre Versorgung, 7) erneuerbare Energien, 8) gute Arbeit

und nachhaltiges wirtschaftliches Wachstum, 9) Infrastruktur und Innovation, 10) Verringerung der Ungleichheiten innerhalb von und zwischen Ländern, 11) nachhaltige Städte und Gemeinschaften, 12) verantwortungsvoller Konsum und Produktion, 13) verantwortungsbewusstes Klimahandeln, 14) Erhalt des Lebens im Wasser, 15) Erhalt und Förderung der Land-Ökosysteme 16) Frieden und Gerechtigkeit, 17) globale Partnerschaften für nachhaltige Entwicklung.

Der integrative Ansatz erfordert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung über die Sektoren hinweg, aber auch der internationalen Organisationen und Institutionen. Die Umsetzung in die nationale Gesundheitsförderung erfolgt über die Integration in die nationalen Gesundheitsziele. Erleichtert wird dies, wenn es Rahmenziele gibt, die an Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP) orientiert sind, wie z. B. in Österreich. Dort werden die Nachhaltigen Entwicklungsziele durch Abgleich mit den Gesundheits-Rahmenzielen umgesetzt. Neben der WHO und den großen internationalen Organisationen der Nachhaltigkeitspolitik werden im Folgenden noch zwei weitere Organisationen ausdrücklich angesprochen, weil sie für die internationale Praxis und Politik insbesondere der Umsetzung von Gesundheitsförderung wesentliche Bedeutung haben, im Fall der Internationalen Union weltweit, bei der Initiative D-A-CH für die deutschsprachigen Länder.

Internationale Union für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (IUHPE)

Im nichtstaatlichen Bereich versucht die 1951 gegründete Union für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung als Fachorganisation der Professionellen im internationalen Austausch auf der Grundlage der Ottawa-Charta wirkungsvolle Ansätze der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Sie hat seit den 1990er-Jahren Konferenzen und vergleichende Studien zur Effektivität und Effizienz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und zur Qualitätsentwicklung durchgeführt. Sie gibt eine Fachzeitschrift heraus und veranstaltet regelmäßig internationale (globale und europäische) Fachtagungen zu überregional und global aktuellen Themen der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. Die 22. IUHPE- World Conference wurde im Mai 2016 in Curitiba, Brasilien, durchgeführt zum Thema Promoting health and equity. Die Weltkonferenzen bieten ein globales Forum für Fachkräfte aus Wissenschaft, Politik, Forschung und Praxis und sollen den internationalen Meinungsaustausch voranbringen. Die 23. IUHPE - Weltkonferenz ist für April 2019 in Neuseeland geplant zum Thema: Waiora: Promoting Planetary Health and Sustainable Development for all.

Die IUHPE hat (2009 – 2013) mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms [14] ([Gesundheitsförderung 4: Europäische Union](#)) im Projekt „CompHP - Developing Competencies and professional standards for Health Promotion Capacity Building in Europe“ ein Handbuch zu den Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung entwickelt. Eine deutsche Kurzfassung der IUHPE-Dokumente wurde als „CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen - Professionelle Standards - Akkreditierung“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) herausgegeben und wird seither in Gesundheitsförderungsfachkreisen diskutiert [23] ([Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung](#)).

D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung

Das D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung wurde 2011 in Wien gegründet und umfasst Fachpersonen der Gesundheitsförderung aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Es dient dem fachlichen Austausch von Wissenschaft, Praxis und Politik, der Vernetzung und Entwicklung transnationaler Perspektiven für die deutschsprachigen Regionen. Das Netzwerk führt jährliche Fachtagungen mit lokalen Partnerorganisationen durch. Die letzte gemeinsame Tagung fand im März 2018 im Zusammenhang mit dem Kongress Armut und Gesundheit und der Fachtagung „Lebendige Stadt – gesunde Menschen“ in Berlin statt.

Aktuelle Herausforderungen und Diskussion

Seit der Jahrtausendwende stehen in der Praxis und in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion (auch in der Nachbereitung und Weiterentwicklung der durch die Konferenzen von Jakarta, Bangkok, Nairobi, Helsinki und Shanghai sowie von „Gesundheit21“ benannten Probleme und Prioritäten) insbesondere die folgenden Herausforderungen sowie Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung auf der Tagesordnung:

- Weiter bestehende gesundheitliche Ungleichheiten und Aktualisierung der Strategien zur Erhöhung der Chancengleichheit mit Orientierung an sozialen, kommerziellen und politischen Determinanten der Gesundheit
- Der Beitrag der Gesundheit zur sozialen, wirtschaftlichen und nachhaltigen Entwicklung und zum Wohlstand, Gesundheit als soziales Kapital und globales öffentliches Gut
- Erweiterung der Perspektive von der globalen Gesundheit zur „planetaren Gesundheit“ (Planetary health), Entwicklung der One Health -Perspektive (Verbindung der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt)
- Orientierung an Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden [21] ([Wohlbefinden / Well-Being](#)) und Lebensqualität [15] (Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt)
- Prioritäten („Pfeiler“) der Gesundheitsförderung in der nachhaltigen Entwicklung: Verantwortungsbewusste Regierungsführung (Governance) - Gesunde Städte und Gemeinden - Gesundheitskompetenz/Health Literacy
- Weiter steigende Bedeutung einer intersektoralen Gesamtpolitik zur Förderung der Gesundheit auf allen Ebenen: Global, national, regional, kommunal
- „Gesundheit ist eine politische Entscheidung“: Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP) als gesamtpolitische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

(Siehe hierzu die [www.bioeg.de/Leitbegriffe Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#) [24], Chancengleichheit, [Determinanten der Gesundheit](#) [7], [Soziales Kapital](#) [25]).

Bezüglich der Implementation und Umsetzung konzentrieren sich Diskussion und Praxis auf Gesundheitsergebnisse, Effektivität und Effizienz, [Evaluation](#) [26], [Qualitätssicherung](#), [Qualitätsentwicklung](#), [Qualitätsmanagement](#) [27] von Gesundheitsförderung sowie auf die Forderungen nach einer stärkeren Evidenzbasierung/Evidenzorientierung der Gesundheitsförderung). Die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und der intersektoralen Kooperation sowie Partnerschaften und Allianzen in Verbindung mit einer nachhaltigen Gesundheitsförderungspolitik wird aufgegriffen und betont im Zusammenhang einer „Health in All Policies“- und „All for health“-Perspektive.

Die finnische EU-Präsidentschaft hatte schon 2006 einen determinantenbasierten Gesundheits(förderungs)ansatz zu ihrer Priorität erklärt und damit „Health in All Policies“ (HiAP) auch auf die Tagesordnung der Europäischen Union gesetzt [14] ([Gesundheitsförderung 4: Europäische Union](#)).

Das Adelaide-Statement on Health in All Policies fasst die Ergebnisse einer internationalen Expertenkonferenz von WHO und Government of South Australia vom Frühjahr 2010 in Adelaide, Australien, zusammen. Es benennt die Verantwortung des Gesundheitssektors, in der Unterstützung der „Health in All Policies“ die Gesundheit in die anderen Bereiche und Sektoren der Politik zu integrieren (Mainstreaming Health). Die Adelaide-Stellungnahme benennt erfolgreiche Beispiele der Verknüpfung von Gesundheit mit anderen Politikbereichen wie Ökonomie und Beschäftigung, Bildung und frühe Kindheit. Die Stellungnahme war ein Vorbereitungstext für die Weltkonferenz zu den sozialen Determinanten von Gesundheit (2011 in Brasilien) und für die 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung mit dem Fokus „Health in All Policies“ (2013 in Finnland). Im Helsinki Statement on Health in All Policies wurde dieser Ansatz weiter ausdifferenziert und (2012) im Rahmenkonzept Gesundheit 2020 bestätigt. Der Ansatz wurde außerdem um die Perspektiven des gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Handelns erweitert (whole of government und whole of society approach) sowie durch die Betonung der neuen Steuerung und Führung (governance) ergänzt.

Durch die Entwicklung und Verabschiedung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den Nachhaltigen Entwicklungszielen werden die determinantenorientierten Ansätze der Health in All Policies und des Health Mainstreaming bestätigt und verstärkt. Armutsbekämpfung, nachhaltige Entwicklung und Gesundheitsförderung werden integriert.

Die zum 30jährigen Jubiläum der Ottawa-Charta im November 2016 in Shanghai, China, durchgeführte 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat diese Entwicklungen aufgegriffen und zusammengeführt unter dem Tagungstitel Health Promotion in the Sustainable Development Goals, vereinfacht in dem offiziellen Slogan: Health for All and All for Health. Diese Perspektive wurde fortgeführt durch eine 2017 in Adelaide veranstaltete internationale Konferenz zum Thema: Health in All Policies – Progressing the Sustainable Development Goals und der von dieser verabschiedeten Adelaide II - Stellungnahme: Implementing the Sustainable Development Goals through good governance in health and wellbeing : building on the experience of Health in All Policies (Implementierung der nachhaltigen Entwicklungsziele durch verantwortungsbewusste Regierungsführung im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden: Auf den Erfahrungen von Health in All Policies aufbauen).

Internetadressen:

- World Health Organisation (WHO). Europe. Available from: <https://www.euro.who.int/en>
- Health promotion. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
- United Nations Development Programme (UNDP). Available from: <https://www.undp.org>
- Arbeitskreis, Gesundheitsfördernde Hochschulen. Available from: <https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>
- Gesundheitsförderung Schweiz. Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen. Available from: <https://www.gesundheitsfoerderung.ch>
- Fonds Gesundes Österreich. Available from: <https://www.fgoe.org>
- Gesundheit Österreich GmbH. Available from: <https://www.goeg.at>
- IUHPE – UIPES. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE): For a world where all people achieve optimum health and wellbeing. Available from: <https://www.iuhpe.org>
- Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung – Voneinander Lernen, Gemeinsam Impulse Setzen. Available from: <https://www.dreilaendertagung.net/start>

Literatur:

- Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa- Charta 1986 und den Folgekonferenzen). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methode. 2011. p. 145–50.
- Altgeld T, Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer; 2012. p. 187–96.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), editor. Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags. Wien; 2014.
- Franzkowiak P, Sabo P, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung. 1: Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. In Mainz: Sabo; 1993. (Blickpunkt Gesundheit; 1).
- Franzkowiak P, Luetkens C, Sabo P, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013. Duisburg; 2013.
- Hölling G, editor. Gesundheit gemeinsam gestalten – Allianz für Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2001.
- Göpel E, editor. Nachhaltige Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2010. (Gesundheit gemeinsam gestalten; 4).
- Hurrelmann K, Laaser U, Richter M. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Razum O, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6 edn. Weinheim: Beltz; 2016. p. 661–91.
- Laverack G, editor. Gesundheitsförderung & Empowerment: Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Werbach-Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung; 2010.
- Trojan A, Legewie H. Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt am Main: VAS; 2001. (Psychosoziale Aspekte in der Medizin).
- WHO – World Health Organisation. Gesundheit 21: das Rahmenkonzept 'Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen; 2005. (Europäische Schriftenreihe 'Gesundheit für alle'; 6).
- World Health Organisation (WHO). Gesundheit 21: das Rahmenkonzept 'Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen; 1999. (Europäische Schriftenreihe 'Gesundheit für alle'; 6).
- World Health Organisation (WHO). Zugewinn an Gesundheit: die europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Kopenhagen; 2006.
- World Health Organisation (WHO). Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. Geneva; 2009.
- WHO Regionalbüro für Europa. Der europäische Gesundheitsbericht. 2012. Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen; 2014.

- WHO Regionalbüro für Europa. Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen; 2013.
- World Health Organization (WHO), editor. Der Europäische Gesundheitsbericht 2015: der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz. 2015.
- World Health Organisation (WHO). Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. 2017.

References

1. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0)
2. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0)
3. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I034-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I034-1.0)
4. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0)
5. Geene R, Köckler H, Trojan A. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I032-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I032-2.0)
6. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0)
7. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0)
8. Alayli A, Köckler H. Partnerschaften für Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I086-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I086-2.0)
9. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0)
10. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0)
11. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0)
12. Jordan S. Gesundheitskompetenz / Health Literacy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0)
13. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0)
14. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 4: Europäische Union. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2017. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I036-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I036-1.0)
15. Noll HH. Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der

- Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I072-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I072-1.0)
16. Trojan A, Süß W. Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I079-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I079-2.0)
 17. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0)
 18. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I039-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I039-3.0)
 19. Dietscher C, Metzler B, Pelikan JM. Gesundheitsförderndes Krankenhaus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I046-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I046-3.0)
 20. Rohrauer-Näf G, Waldherr K. Gesundheitsförderung 6: Österreich. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I040-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I040-2.0)
 21. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0)
 22. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0)
 23. Biel V, Göpel E. Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I057-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I057-2.0)
 24. Geyer S. Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I109-1.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I109-1.0)
 25. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I111-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I111-2.0)
 26. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0)
 27. Kolip P. Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I100-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I100-2.0)

Korrespondenz: Prof., Dipl.-Sozialwirtin, Dipl.-Sozialpäd. Lotte Kaba-Schönstein, Hochschule Esslingen, Flandernstr. 101, 73732 Esslingen, Deutschland, E-mail: lotte.kaba-schoenstein@hs-esslingen.de

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i035-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i035-1.0)

Copyright: © 2026 Lotte Kaba-Schönstein

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>