

Basiswissen Gesundheitsförderung

Historische Entwicklung und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung

Autoren:	Diana Siebert, Prof. Dr. Thomas Hartmann
Titel/ Untertitel:	Basiswissen Gesundheitsförderung/ Historische Entwicklung und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung
Auflage:	2
Stand:	26. Januar 2010
Institution:	Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Ort:	Magdeburg
Website:	http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/
Signatur:	B1_1-34

Internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung

Im Folgenden soll ein Überblick über die internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung gegeben werden. Dabei spielen vor allem die Weltgesundheitskonferenzen zur Gesundheitsförderung als wichtige Meilensteine eine bedeutende Rolle. Die [Weltgesundheitsorganisation](#) (WHO) ist eine internationale Organisation der [Vereinten Nationen](#) (vgl. Abb. 1), gegründet 1948 in Genf, die alle, über den Rahmen nationaler Gesundheitsorganisationen hinausgehenden, gesundheitspolitischen Fragen bearbeitet, mit dem Ziel, allen Völkern den bestmöglichen Gesundheitszustand zu ermöglichen. Die derzeit 192 Mitgliedsstaaten der WHO werden in sechs große Regionen zusammengefasst, die jeweils über ein Regionalbüro verfügen:

- [Afrikanische Region \(Regionalbüro Brazzaville/Kongo\)](#)
- [Amerikanische Region \(Regionalbüro Washington, DC/USA\)](#)
- [Europäische Region \(Regionalbüro Kopenhagen/Dänemark\)](#)
- [Östliche Mittelmeer-Region \(Regionalbüro Kairo/Ägypten\)](#)
- [Südostasiatische Region \(Regionalbüro Neu Delhi/Indien\)](#)
- [Westpazifische Region \(Regionalbüro Manila/Philippinen\)](#)

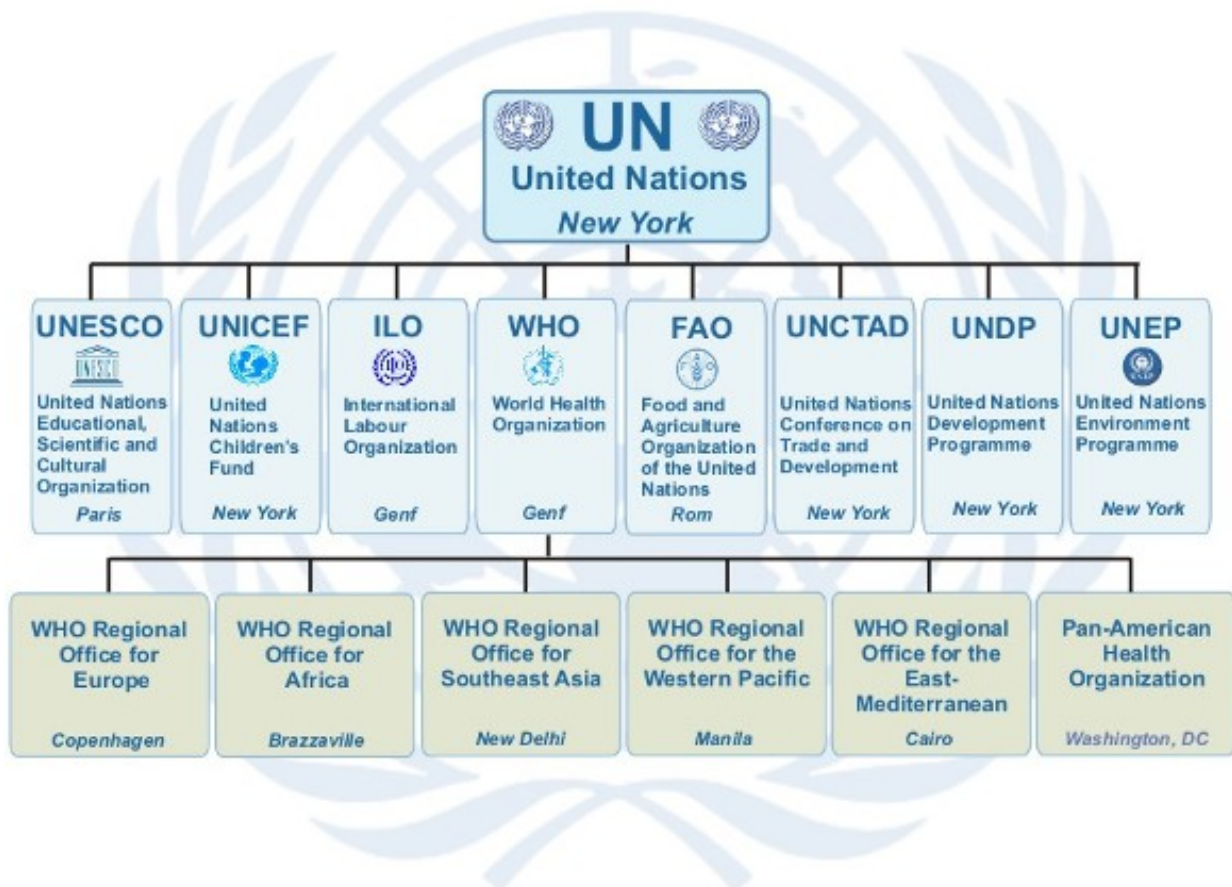


Abb. 1: Ausgewählte Unterorganisationen und Unterabteilungen der Vereinten Nationen (UN) / Die WHO und ihre Regionalbüros (modifiziert nach Franzkowiak, Sabo 1993)

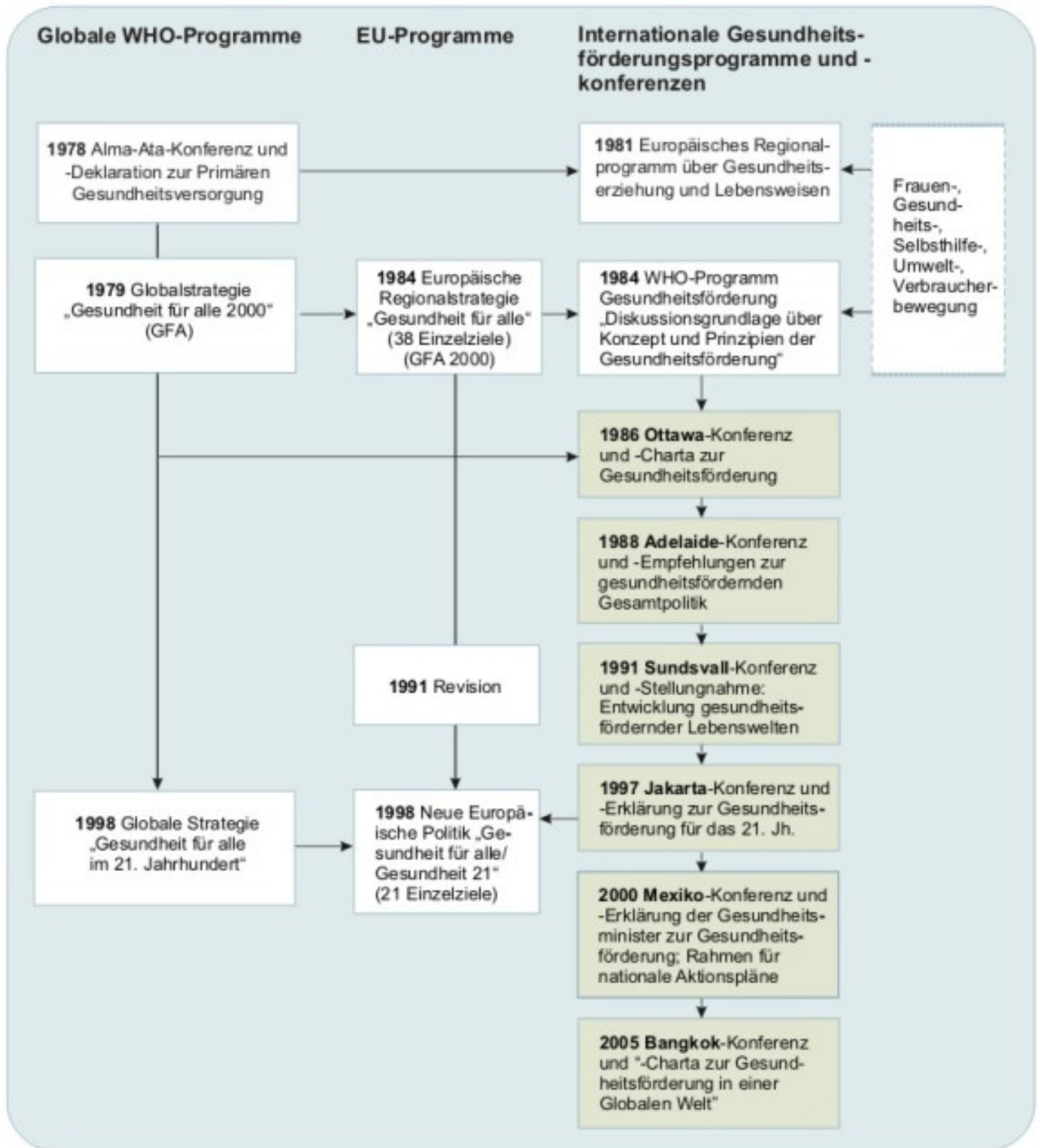


Abb. 2: Historische Wendepunkte und Einflüsse der Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene (modifiziert nach Kaba-Schönstein 2003a)

Die WHO-Gesundheitskonferenzen (vgl. Abb. 2, Tab. 1) verstehen sich in erster Linie als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Beginnend mit der Deklaration von Alma-Ata (UdSSR) 1978, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, beschäftigen sich die Konferenzen vorrangig mit Erfordernissen in den Industrieländern. Darüber hinaus werden Probleme aller anderen Regionen erörtert. Die Alma-Ata nachfolgenden Konferenzen be-

schäftigen sich in immer stärkerem Maße mit den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und dem Setting-Ansatz. Speziell zu diesem Themenkomplex haben sechs Konferenzen stattgefunden (Hering 2003).

Das Konzept und die Prinzipien der Gesundheitsförderung wurden in den 80er Jahren in den Industriestaaten Europas, Nordamerikas und Australiens entwickelt. Für die Entwicklung und Fortschreibung des Konzepts der Gesundheitsförderung waren die Konferenzen von **Ottawa** (1986) und **Jakarta** (1997) ausschlaggebend.

Tab. 1: Überblick über die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung der Gesundheitsförderung

1946 New York/ USA	Verfassung der WHO
<p>„Die Präambel der WHO-Verfassung (1946, Dokument 4.1) enthält die vielzitierte Umschreibung von Gesundheit als ‚Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen‘...Über diesen Definitionsversuch hinaus enthält die WHO-Verfassung aber bereits wesentliche Elemente, die die Präventionsdiskussion und -praxis bis heute geprägt haben. Gesundheit wird als allgemeines, globales Menschen- und Grundrecht festgeschrieben, wobei jedwede Diskriminierung aufgrund von Unterschieden der Rasse, Religion, Politik, des Geschlechts und der gesellschaftlichen Stellung geächtet werden. Desweiteren wird die Beseitigung aller gesellschaftlichen und globalen Ungleichheiten eingeklagt und die politischen Entscheidungsträger aller Länder ausdrücklich dazu verpflichtet“ (Franzkowiak, Sabo 1993, S.20).</p> <p>Verfassung der WHO, 1946 (PDF) (Deutsch) (Franzkowiak, Sabo 1993)</p>	
1977 Genf/ Schweiz	30. Weltgesundheitsversammlung Programm: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ 02. - 19. 05. 1977
<p>„Die Entschließung der 30. Weltgesundheitsversammlung von 1977 (Dokument 4.2) hat eine ähnlich wegweisende Wirkung wie die WHO-Gesundheitsdefinition drei Jahrzehnte zuvor. Die Versammlung bekräftigt Gesundheit als ‚grundlegendes Menschenrecht‘ und erinnert die WHO an ihr ‚letztendliches verfassungsmäßiges Ziel‘ weltweit auf das Erreichen des höchstmöglichen Grades von Gesundheit von allen Menschen hinzuarbeiten. Doch die Bedeutung des Dokuments geht weit über eine bloße Reanimation der Gesundheitsutopie hinaus: die 30. Weltgesundheitsversammlung verabschiedete die Strategie ‚Gesundheit für alle‘ und schuf damit eine Keimzelle für die Gesundheitsförderung“ (Franzkowiak, Sabo 1993, S.20).</p> <p>30. Weltgesundheitsversammlung: Resolutionen (PDF) (Deutsch) (Franzkowiak, Sabo 1993)</p> <p>World Health Assembly: Resolutions and Decisions (HTML) (Englisch) (WHO 1977)</p>	
1978 Alma-Ata/ UdSSR	Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung 06. - 12. 09. 1978
<p>Auf der Konferenz von Alma-Ata wird Gesundheit als ein grundlegendes Menschenrecht deklariert und die Primäre Gesundheitsversorgung zu einem Schlüsselkonzept der WHO erklärt. Neben dem Gesundheitssektor werden erstmalig auch Sozial- und Wirtschaftssektoren als Verantwortliche für die gesundheitliche Entwicklung benannt und das Zusammenwirken der verschiedenen Sektoren sowie die Beteiligung der Bürger/-innen als notwendig erachtet. Die Deklaration von Alma-Ata ist ein Schlüsseldokument in der Entwicklung und Weiterentwicklung der Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Sie ist Grundlage der daraus abgeleiteten Gesundheitsförderung (Franzkowiak, Sabo 1993).</p> <p>Deklaration von Alma-Ata (PDF) (Deutsch) (Franzkowiak, Sabo 1993)</p> <p>Declaration of Alma-Ata (PDF) (Englisch) (WHO 1978)</p>	

Tab. 1: Überblick über die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung der Gesundheitsförderung

1979 Genf/ Schweiz	32. Weltgesundheitsversammlung Globalstrategie Gesundheit für alle 2000 07. - 25. 05. 1979
<p>Auf der 32. Weltgesundheitsversammlung der WHO in Genf wurde entschieden, dass „das vorrangige soziale Ziel von Regierungen und WHO in den kommenden Jahrzehnten das Erreichen eines Grades von Gesundheit für alle Bürger/-innen der Welt bis zum Jahr 2000 sein soll, das ihnen erlaubt, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen“. Diese Globalstrategie bildete den Rahmen für alle folgenden regionalen Strategien und Programme.</p> <p>World Health Assembly: Resolutions and Decisions (HTML) (Englisch) (WHO 1979)</p>	
1984	Europäische Regionalstrategie „Gesundheit für alle“
<p>Im Jahr 1984 verabschiedeten die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation in der Europäischen Region auf Grundlage der WHO-Globalstrategie „Gesundheit für alle 2000“ das europäische Grundsatzprogramm „38 Einzelziele für Gesundheit 2000“. Die formulierten Ziele zum Programm „Gesundheit für alle“ wurden 1991 vom WHO-Regionalkomitee für Europa revidiert und aktualisiert.</p>	
1986 Ottawa/ Kanada	1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 17. - 21. 11. 1986
<p>Die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (mit 240 Teilnehmern aus 35 Ländern) ist ein Aktionsprogramm zur Verwirklichung der Ziele der WHO-Globalstrategie „Gesundheit für alle 2000“. Die Ottawa-Charta ist Schlüsseldokument der weiteren konzeptionellen Entwicklung und der internationalen Verbreitung von Gesundheitsförderung. In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.</p> <p>Die Ottawa-Charta benennt für die Gesundheitsförderung drei zentrale Handlungsstrategien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interessen vertreten 2. Befähigen und ermöglichen 3. Vermitteln und vernetzen <p>sowie fünf zentrale Aktionsbereiche für ein aktives gesundheitliches Handeln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik 2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten 3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen 4. Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen 5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste <p>Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (PDF) (Deutsch) (Franzkowiak, Sabo 1993)</p> <p>Ottawa-Charter for Health Promotion (PDF) (Englisch) (WHO 1986)</p>	
1988 Adelaide/ Australien	2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 05. - 09. 04. 1988
<p>Auf der zweiten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide wurde der Handlungsbereich „Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ weiterentwickelt und spezifiziert. Die Adelaide-Empfehlungen postulieren Gesundheit und Chancengleichheit als zentrale Elemente aller Politikbereiche sowie die Schaffung von unterstützenden physischen und sozialen Umwelten, in denen Menschen durch die Zusammenarbeit aller Politikbereiche befähigt werden, ein gesundes Leben zu führen. Es wurden folgende vorrangige Handlungsfelder benannt:</p>	

Tab. 1: Überblick über die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung der Gesundheitsförderung

<ol style="list-style-type: none"> 1. Unterstützung der Gesundheit von Frauen 2. Essen und Ernährung zur Überwindung von Hunger und Mangelernährung 3. Tabak- und Alkoholgebrauch sowie Missbrauch 4. Schaffung unterstützender Umfelder und Umwelten 5. Entwicklung neuer Bündnisse und Partnerschaften für Gesundheit 6. Verpflichtung zu einer globalen Verantwortung für öffentliche Gesundheit <p>Adelaide-Empfehlungen (PDF) (Deutsch) (Franzkowiak, Sabo 1993)</p> <p>Adelaide-Recommendations (PDF) (Englisch) (WHO 1988)</p>	
1991 Sundsvall/ Schweden	3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 09. - 15. 06. 1991
<p>Die dritte Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Sundsvall war die erste mit globaler Beteiligung aus 81 Ländern und einer gleichgewichtigen Teilnahme von Industrie- und Entwicklungsländern. Die Delegierten riefen in Ihrer Stellungnahme auf, sich aktiv an der Schaffung und Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu beteiligen und den Gesundheits- und Umweltbereich miteinander zu verknüpfen, wobei auch die Themen „gesundheitliche Chancengleichheit“, „Armut“ sowie „Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung“ eine wichtige Rolle spielten. Ferner wurde festgestellt, dass das Ziel von Alma-Ata „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ nicht zu erreichen ist. Im nächsten Schritt sollte daher das psychische, soziale, wirtschaftliche und politische Umfeld gesundheitsförderlich gestaltet werden. Erstmals wurde der Begriff „New Public Health“ definiert (Kaba-Schönstein 2003a).</p> <p>Sundsvall-Stellungnahme (PDF) (Deutsch) (Franzkowiak, Sabo 1993)</p> <p>Sundsvall-Statement (PDF) (Englisch) (WHO 1991)</p>	
1992	Our Planet, our Health - Bericht über die Weltgesundheitslage
<p>Im Vorfeld der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (United Nations Conference on Environment and Development - UNCED) 1992 in Rio de Janeiro/ Brasilien etablierte die WHO eine Kommission für Umwelt und Gesundheit. Diese lieferte mit ihrem Bericht „Our Planet, our health“ (WHO 1992) (HTML) einen detaillierten Überblick über die Weltgesundheitslage (Hartmann, Springer 2005).</p>	
1992 Rio de Janeiro/ Brasilien	3. Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (UNCED) 03. - 14. 06. 1992
<p>Bei der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (United Nations Conference on Environment and Development - UNCED) waren 176 Staaten der Welt durch Staats- und Regierungschefs bzw. Minister/-innen vertreten. Als wegweisendes Dokument wurde die Agenda 21 (UN 1992, BMU 1992), ein Aktionsprogramm mit detaillierten Handlungsaufträgen für eine gesellschaftlich und wirtschaftlich dauerhafte und umweltgerechte Entwicklung im 21. Jahrhundert verabschiedet. Als Leitmotiv dieses Aktionsprogramms wurde der Begriff der nachhaltigen Entwicklung geprägt, deren Ziel es ist, das Leben heute so zu gestalten, dass die Generationen von morgen eine intakte Umwelt vorfinden und ihre Bedürfnisse befriedigen können. Im Kapitel 6 der Agenda 21 wird ausdrücklich auf den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit eingegangen. Auf der Konferenz wurden folgende Vertragswerke unterzeichnet (Hartmann, Springer 2005):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agenda 21 (PDF) (Deutsch) (BMU 1992) - Vertrag zum Schutz des Waldes - Vertrag zum Schutz der biologischen Vielfalt 	

Tab. 1: Überblick über die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung der Gesundheitsförderung

1993	Globale Strategie für Umwelt und Gesundheit
Die WHO verabschiedete die „Globale Strategie für Gesundheit und Umwelt“ (Global Strategy for Health and Environment), welche als Arbeitsrahmen für die Erfüllung der in der Agenda 21 vereinbarten Ziele gilt (Hartmann, Springer 2005).	
1997 Jakarta/ Indonesien	4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 21. - 25. 07. 1997
Die Konferenz von Jakarta stand unter dem Motto "Neue Akteure für eine neue Ära - Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert". Auf der Konferenz wurden die Erfahrungen und Ergebnisse seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta bilanziert, die Kernbereiche und Strategien der Charta bestätigt, neu bewertet und weiterentwickelt. Die in der Ottawa-Charta beschriebene Definition der Gesundheitsförderung wurde in der Erklärung von Jakarta weiterentwickelt: „Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit“. Die Jakarta-Erklärung setzt für das 21. Jahrhundert folgende Prioritäten (Kaba-Schönstein 2003b):	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung 	
Weiterhin sind in der Erklärung von Jakarta die Forderung nach einem stabilen Ökosystem sowie der nachhaltigen Nutzung von Ressourcen verankert.	
Jakarta-Erklärung (PDF) (Deutsch) (Bundesvereinigung für Gesundheit 1997) Jakarta-Declaration (PDF) (Englisch) (WHO 1997)	
1998 Genf/ Schweiz	51. Weltgesundheitsversammlung Resolution zur Gesundheitsförderung: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert 11. – 16. 05. 1998
Auf der 51. Weltgesundheitsversammlung verabschiedete die WHO die 1. Resolution zur Gesundheitsförderung, die die Aussagen der Ottawa-Charta und der Jakarta-Erklärung bestätigt.	
„Wir, die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bekräftigen unsere Verpflichtung auf das in der WHO-Satzung verankerte Prinzip, dass es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich der bestmöglichen Gesundheit erfreuen zu können, und damit bekräftigen wir zugleich die Würde und den Wert einer jeden Person und die für alle geltenden gleichen Rechte, aber auch das Prinzip, dass alle die gleichen Pflichten und Verantwortlichkeiten für die Gesundheit haben. Wir erkennen an, dass die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen das Endziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt...“ (WHO-Euro 1998a)	
Resolution 51.12 zur Gesundheitsförderung (PDF) (Englisch) (WHO 1998a) World Health Assembly: Resolutions and Decisions (HTML) (Englisch) (WHO 1998b)	
1998	Gesundheit 21
Unter dem Titel „Gesundheit 21“ (Health 21) legte die WHO die überarbeitete Fassung der Strategie Gesundheit für alle (vgl. 1984) vor.	
„Die 38 Einzelziele der Vorläuferprogramme wurden auf 21 Ziele (für das 21. Jahrhundert) konzentriert. Das Rahmenkonzept Gesundheit21 ist in acht Kapitel im Sinne von Programmteilen gegliedert... Das für die Gesundheitsförderung zentrale Pro-	

Tab. 1: Überblick über die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung der Gesundheitsförderung

<p>gramm ist Kapitel 5: ‚Multisektorale Strategien für die Schaffung nachhaltiger Gesundheit‘. Es konzentriert sich auf Handlungsansätze vieler Sektoren, um ein gesundheitsförderliches natürliches, wirtschaftliches, soziales und kulturelles Umfeld sicherzustellen. Es werden die Bereiche ‚Lebensweisen‘ und ‚Umwelt‘ enger verknüpft und der Begriff der ‚nachhaltigen Gesundheit‘ eingeführt, ohne ihn näher zu definieren“ (Kaba-Schönstein 2003b, S.86 f.).</p> <p>Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (Einführung) (PDF) (Deutsch) (WHO-Euro 1998)</p>	
<p>2000 Mexiko Stadt/ Mexiko</p>	<p>5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 05. - 09. 06. 2000</p>
<p>„Im Jahr 2000 wurde in Mexico-City die fünfte Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung durchgeführt zum Thema: ‚Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten‘. Das zweigeteilte Programm war ein Novum. Ein zweitägiges ministerielles Programm war ganz auf die Delegation der Gesundheitsministerien u.a. Ministerien ausgerichtet; das fünftägige Fachprogramm für die ca. 800 Experten/-innen und Entscheidungsträger/-innen 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 landesweite Aktionspläne zur Gesundheitsförderung‘. Insgesamt haben 87 Länder die Erklärung verabschiedet“ (Kaba-Schönstein 2003b, S.85).</p> <p>Folgende Punkte der Erklärung sind besonders hervorzuheben (Kaba-Schönstein 2003b):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - der aktiven Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen und Sektoren - von Maßnahmen, die Partnerschaften stärken und - der Bildung und Stärkung von effizienten Netzwerken. <p>Mexiko-Erklärung (PDF) (Deutsch) (WHO 2000)</p> <p>Mexiko-Erklärung (PDF) (Englisch) (WHO 2000)</p>	
<p>2002 Johannesburg/ Südafrika</p>	<p>4. Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung – Weltgipfel für Nachhaltige Entwicklung (World Summit on Sustainable Development) 26.08. - 04. 09. 2002</p>
<p>Zehn Jahre nach der Konferenz in Rio de Janeiro (vgl. 1992) kam die Staatengemeinschaft in Johannesburg/ Südafrika erneut zusammen. In der Johannesburg-Erklärung (UN 2002a) bekräftigen die Staats- und Regierungschefs erneut die weltweite Bedeutung der nachhaltigen Entwicklung. Das zweite Konferenzdokument, der „Plan of Implementation“ (UN 2002b) enthält in 10 Kapiteln z. T. zeitlich gesetzte Ziele und die Forderung zur Ausarbeitung von Umsetzungsprogrammen. Auf Initiative der WHO wurde auf dem Weltgipfel zudem eine „Allianz Gesunde Umwelten für Kinder“ (Healthy Environments for Children Alliance – HECA) (HECA 2004) ins Leben gerufen (Hartmann, Springer 2005).</p>	
<p>2005 Bangkok/ Thailand</p>	<p>6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 07.07. - 11.07.2005</p>
<p>Unter dem Motto „Policy and Partnership for Action: Determinants of Health“ wurde auf der 6. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok die Bedeutung von Gesundheitsförderung sowohl für Entwicklungs- und Schwellenländer als auch für Industriestaaten betont. Die Mehrheit der Konferenzteilnehmer/-innen kam aus Asien und Afrika. Im Mittelpunkt der Diskussionen standen die Auswirkungen der Globalisierung auf die Gesundheit. Die auf der Konferenz gemeinschaftlich</p>	

Tab. 1: Überblick über die wichtigsten Meilensteine der Entwicklung der Gesundheitsförderung

verabschiedete „Bangkok Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalen Welt“ zeigt die Bedeutung von Gesundheitsförderung in einem neuen globalen Kontext auf und fordert u.a. dazu auf, die Möglichkeit eines globalen Gesundheitsabkommens zu erörtern (vgl. Gesundheit Berlin e.V. 2005).

[Bangkok Charta](#) (PDF) (Deutsch) (WHO 2005)

[Bangkok Charta](#) (PDF) (Englisch) (WHO 2005)

Die Europäische Union als Akteur der Gesundheitsförderung

Seit den 90ern ist die [Europäische Union](#) (EU) ein wichtiger Akteur und Finanzier der Gesundheitsförderung. Die [Europäische Union](#) fördert und unterstützt die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten im Gesundheitsbereich. Bei der Gesundheitsförderung übernimmt die EU neben der Finanzierung ausgeschriebener Programme und der Forschungsförderung vor allem eine Koordinierungsfunktion, weniger bedeutend ist die inhaltliche Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung durch die EU. Neben den Aktionsprogrammen sind für die Entwicklung der Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene auch die Gesundheitsforschung innerhalb der europäischen Forschungsrahmenprogramme, der Aufbau einer europäischen Gesundheitsstatistik durch EUROSTAT (1994), der Auf- und Ausbau der europäischen Gesundheitsberichterstattung sowie der Auf- und Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes von Bedeutung. Seit den 90ern werden EU-Aktionsprogramme zur Öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung (vgl. Abb. 3) entwickelt (Kaba-Schönstein 2003c).

1. Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und –ausbildung (1996-2000) (zentrales Programm für die Gesundheitsförderung)
2. Aktionsplan zur Krebsbekämpfung (1996-2000)
3. Aktionsprogramm zur Prävention von AIDS und bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten (1996-2000)
4. Aktionsprogramm zur Suchtprävention (1996-2000)
5. Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsberichterstattung (1997-2000)
6. Aktionsprogramm betreffend durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten (1999-2001)
7. Aktionsprogramm zur Verhütung von Verletzungen (1999-2003)
8. Aktionsprogramm betreffend seltene Krankheiten (1999-2003)
9. Aktionsprogramm betreffend Gesundheitsinformationen, Gesundheitsgefahren und Gesundheitsfaktoren (2003-2008)

Abb. 3: Europäische Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Rahmen des Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (mod. nach Kaba-Schönstein 2003c, S.90)

Die themenbezogene Gliederung in 8 Einzelprogramme (1. bis 8. Aktionsprogramm) wurde von einem einheitlichen Programm (*Aktionsprogramm betreffend Gesundheitsinformationen, Gesundheitsgefahren und Gesundheitsfaktoren*) ersetzt. Die allgemeinen Programmziele des [Aktionsprogramms der Europäischen Gemeinschaft in der Union im Bereich der Öffentlichen Gesundheit \(2003-2008\)](#) sind (vgl. Abb. 4):

- Verbesserung des Informations- und Wissensstandes in Bezug auf Gesundheitsfragen im Interesse der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens
- Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren
- Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten durch Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren/ Determinanten in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern

Abb. 4: Allgemeine Programmziele des Aktionsprogramms der EU im Bereich der Öffentlichen Gesundheit 2003-2008 (Kaba-Schönstein 2003c, S. 93)

„Das Programm soll dazu beitragen, dass

- durch die Förderung einer integrierten und sektorübergreifenden Gesundheitsstrategie bei Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und –maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird,
- Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden,
- die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten gefördert wird.

Die Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten (Hauptzielbereich 3) durch die Beeinflussung von Gesundheitsfaktoren in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern soll durch Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen in sechs Bereichen erfolgen“ (Kaba-Schönstein 2003c, S.93) (vgl. Abb. 5):

Mit dem Programm soll ein hohes Koordinationsniveau zwischen den Aktionen und Initiativen der EU und der Mitgliedsstaaten gewährleistet und die Koordination bestehender und künftiger Netze im Bereich der Öffentlichen Gesundheit verbessert werden. Die Effizienz und Kohärenz der Maßnahmen des Programms sollen von der Europäischen Kommission sichergestellt werden (Kaba-Schönstein 2003c).

1. Ausarbeitung und Durchführung von Strategien und Maßnahmen, einschließlich Aktionen zur Sensibilisierung, hinsichtlich der Gesundheitsfaktoren/ Determinanten im Zusammenhang mit der Lebensführung wie Ernährung, körperlichen Aktivität, Tabak, Alkohol, Drogen und andere Stoffe und der psychischen Gesundheit, einschließlich Maßnahmen, die in allen Gemeinschaftspolitiken zu ergreifen sind sowie alters- und geschlechtsspezifischer Strategien
2. Situationsanalyse und Entwicklung von Strategien in Bezug auf sozio-ökonomische Gesundheitsfaktoren/ Determinanten, zur Ermittlung und Bekämpfung von Ungleichheiten beim Gesundheitswesen und zur Bewertung der Auswirkungen sozialer und wirtschaftlicher Verhältnisse auf die Gesundheit
3. Situationsanalyse und Entwicklung von Strategien in Bezug auf umweltbedingte Gesundheitsfaktoren und Beitrag zur Identifizierung und Bewertung der gesundheitlichen Folgen von Umweltfaktoren
4. Situationsanalyse und Informationsaustausch in Bezug auf genetische Faktoren/ Determinanten und die Nutzung des genetischen Screenings
5. Ausarbeitung von Methoden zur Bewertung der Qualität und Wirksamkeit der Strategien und Maßnahmen zur Gesundheit
6. Förderung der für die genannten Maßnahmen relevanten Aus- und Fortbildungstätigkeiten

Abb. 5: Zielbereich 3 des neuen EU-Aktionsprogramms im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (Kaba-Schönstein 2003c, S. 93)

Das [neue Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit \(2007-2013\)](#) hat drei breit gefasste Ziele (vgl. Europäische Kommission 2007):

- besserer Gesundheitsschutz der Bürger
- Gesundheitsförderung zur Steigerung von Wohlstand und Solidarität
- Schaffung und Verbreitung von Wissen zu Gesundheitsfragen

Das neue Aktionsprogramm soll „... Teil einer Strategie sein, die den breiten Bereich der Gemeinschaftsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheit zusammenführt, um Ziele und Prioritäten festzulegen, die zur Verbesserung der Gesundheit der europäischen Bürger beitragen sollen“ (Europäische Kommission 2007).

Gesundheitsförderung in Deutschland

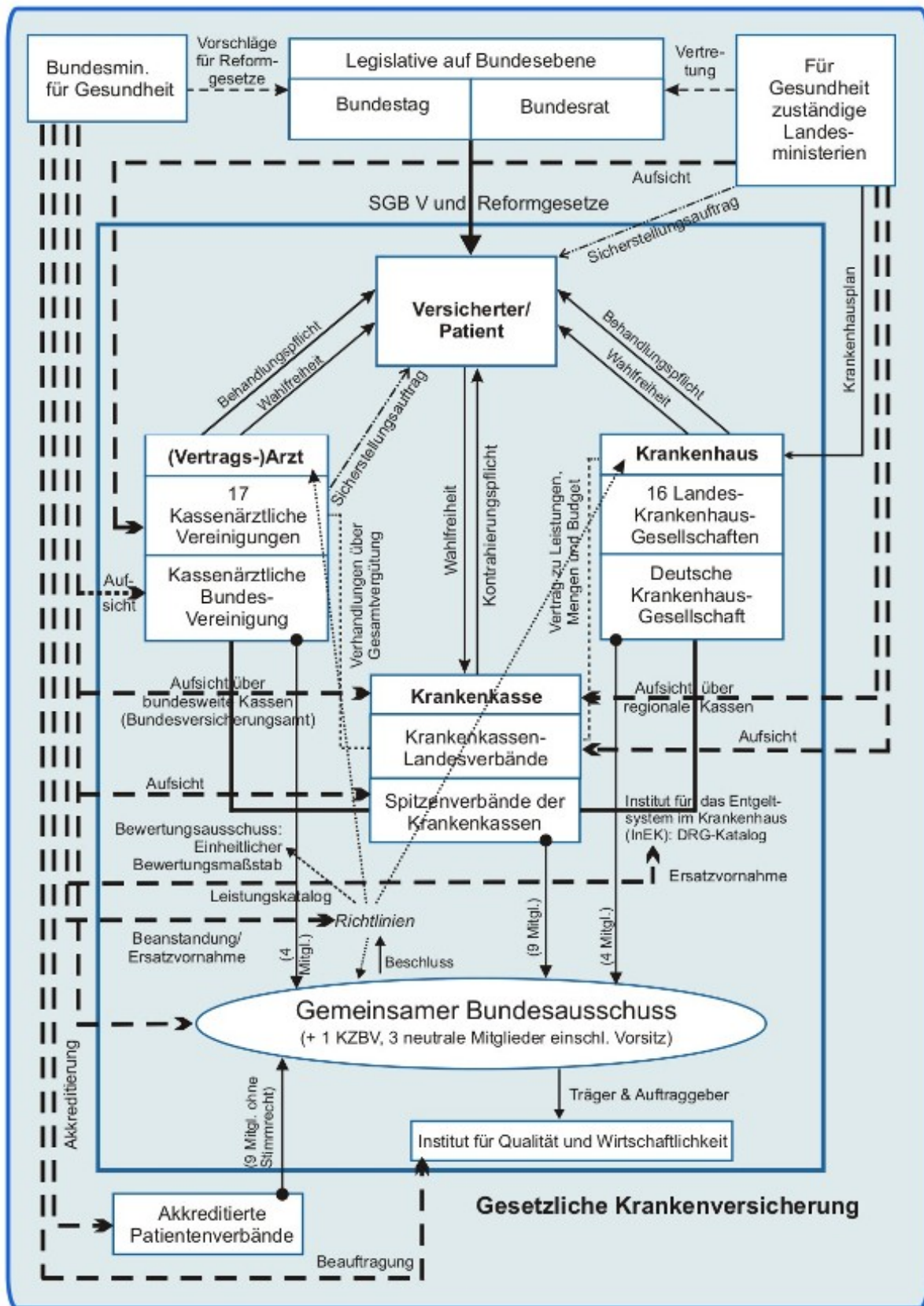


Abb. 6: Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen (modifiziert nach Busse, Riesberg 2005)

„Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland seit der Mitte der 1980er Jahre wurde sowohl im staatlichen als auch im nicht-staatlichen Bereich stark durch die Programme und Konzepte der [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) beeinflusst. Deutschland unterstützt seither auch offiziell die [Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung](#) (PDF) von 1986 sowie das 1991 aktualisierte Programm des [Europäischen Regionalbüros der WHO](#) von 1984 (Gesundheit für alle 2000), das in seinen 38 Einzelzielen operationalisierte Vorgaben für nationale Strategien, vor allem nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung enthielt. Dies gilt auch für die nachfolgende Strategie [Gesundheit21](#) (PDF), für die [Resolution zur Gesundheitsförderung von 1998](#) (PDF) und die [Mexiko-Erklärung](#) (PDF) aus dem Jahr 2000 (Diese WHO-Programmatik galt auch für die Deutsche Demokratische Republik bis zum Ende ihres Bestehens 1990). Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland ist geprägt durch die föderale Gliederung mit der vorrangigen Länderverantwortung für Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik sowie durch das insgesamt stark gegliederte, plurale Gesundheitssystem mit einer Vielzahl von Akteuren, Strukturen, Finanzierungen und Interessen. Es gibt keine durchgängigen, einheitlichen Gesundheitsförderungs-Strukturen wie z.B. in Staaten mit einem steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst wie Großbritannien, oder wie es sie im sozialistischen Einheitsstaat und Gesundheitssystem der DDR für die Gesundheitserziehung gegeben hat“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.96).

Gesundheitsförderung auf Bundesebene

Für den Bereich der Gesundheitsförderung bestehen die Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten des Bundes vor allem in der Sozialgesetzgebung, insbesondere über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Über die Förderung von Forschung und Entwicklung (z.B. Aufbau der Public Health-Verbünde und -Studiengänge), die Finanzierung von Modell-Projekten, Kongressen und Diskussionsrunden und über die Beauftragung zu Gutachten und Berichten ergeben sich weitere Steuermöglichkeiten in der Gesundheitsförderungspolitik des Bundes. Der Bund nimmt die Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung durch Bundesbehörden, -ministerien und nachgeordnete Einrichtungen, wie die [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung \(BZgA\)](#) wahr. Mit der Steuer- und Abgabenpolitik und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und Gesundheitsschutzes ergeben sich weitere Eingriffsmöglichkeiten für den Bund (Kaba-Schönstein 2003d).

Der Sozialgesetzgebung kommt demnach eine besondere Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitsförderung zu. Ein bedeutender Schritt in der Entwicklung der Gesundheitsförderungspolitik auf Bundesebene war u.a. die Einführung und Novellierung des [§ 20 SGB V](#) im Rahmen mehrerer Stufen der Gesundheitsreform (vgl. Abb. 7).

Entwicklung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Sozialgesetzgebung

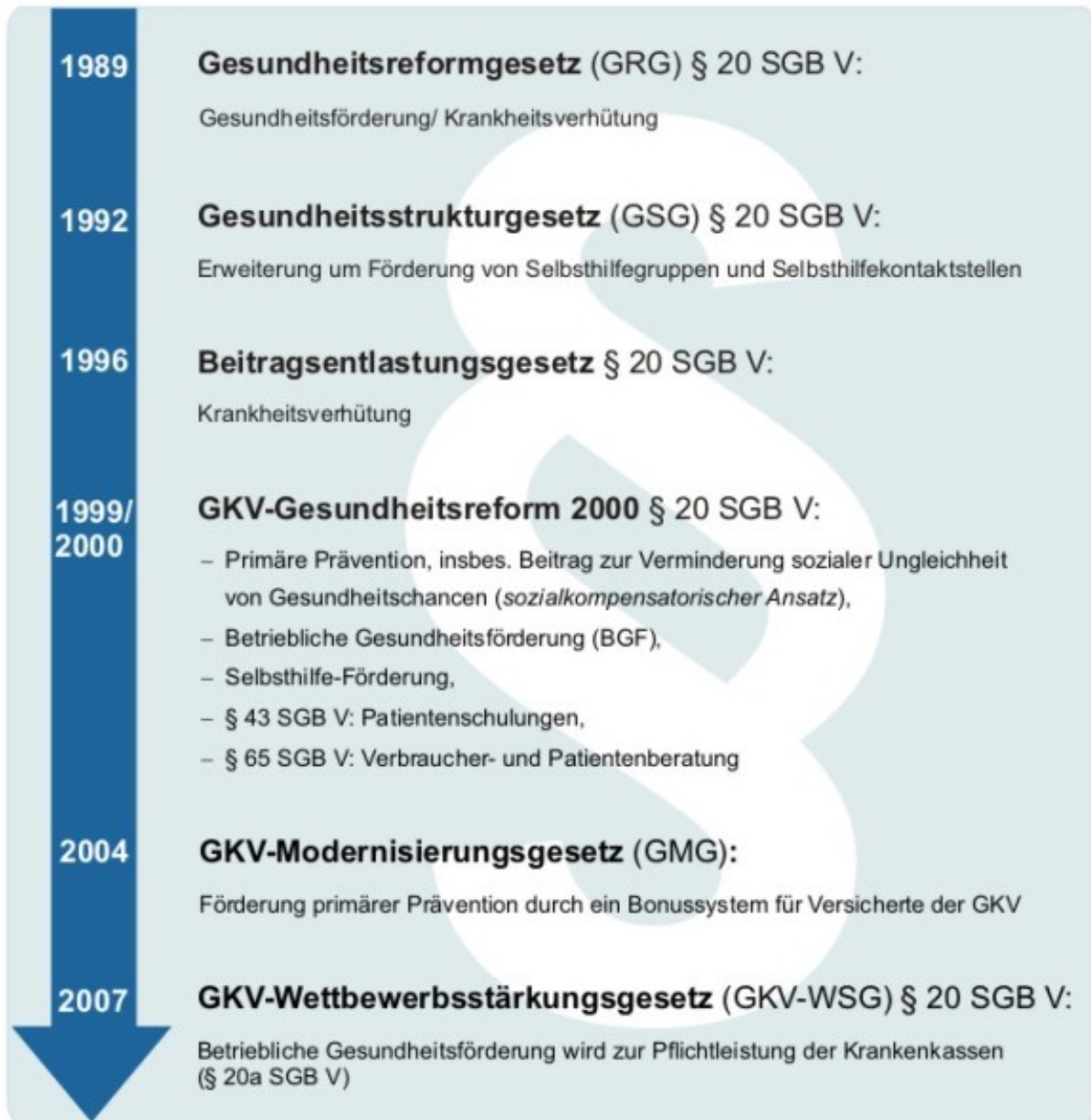


Abb. 7: *Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in der GKV (modifiziert nach Kaba-Schönstein 2003d) (Stand: 08/2007)*

Das Gesundheitsreformgesetz 1989, § 20 SGB V: „Die politische Entscheidung, mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) 1989 Gesundheitsförderung und Prävention zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen zu machen und einen Kooperationsauftrag der Krankenkassen bei der Durchführung der Gesundheitsförderung zu verankern, kann als einer der Meilensteine in der deutschen Entwicklung der Gesundheitsförderung gesehen werden. Seit Verabschiedung des GRG wurden vermehrt Gesundheitsförderungsprogramme von Krankenkassen initiiert und Stellen für Gesundheitsförderung (und Prävention) geschaffen“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.99).

In dieser Pionierphase existierten aber auch zahlreiche Unzulänglichkeiten in der Planung, Koordination und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, z. B.:

- unzureichende oder gar fehlenden Bedarfsanalysen,
- unzulängliche Prioritätensetzung und Zielgruppenauswahl,
- überwiegend sporadische Einzelmaßnahmen der Verhaltensprävention,
- unzulängliche oder fehlende Evaluationsroutinen (Meierjürgen 2002).

Im Rahmen der Umsetzung des § 20 Abs. 2 SGB V wurde die Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger intensiviert (Meierjürgen 2002).

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, § 20 SGB V: Die zweite Stufe der Gesundheitsreform umfasste die Erweiterung des § 20 SGB V um die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Kontaktstellen mit gesundheitsfördernder und rehabilitativer Zielsetzung (Kaba-Schönstein 2003d).

Das Beitragsentlastungsgesetz 1996, § 20 SGB V: „Als Folge der stärkeren wettbewerblichen Weichenstellung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung gerieten die Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen zu Beginn der 90er Jahre zusehends in das Spannungsfeld zwischen gesundheitspolitischen und wettbewerblichen Zielen (Meierjürgen 2002).“

Vereinzelte Auswüchse führten dazu, dass trotz zahlreicher Proteste im Zuge der „Bauchtanzdebatte“ im Jahr 1996 die Gesundheitsförderung, die als Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen mit dem GRG 1989 eingeführt worden war, im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes 1996 wieder gestrichen wurde und den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherungen übertragen wurde (Meierjürgen 2002).

Die Neuformulierung des § 20 SGB V, der nun auf Schutzimpfungen, krankheitsbezogene Selbsthilfeunterstützung und die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren begrenzt war, wurde vom zuständigen Minister Horst Seehofer mit Kostendämpfungsargumenten und der Tatsache fehlender Evaluationsroutinen und Qualitätssicherungsmaßnahmen begründet. Trotz zahlreicher Appelle aus Wissenschaft und Praxis wurde das Gesetz verabschiedet. Die bestehenden Gesundheitsförderungsstrukturen der Krankenkassen wurden wieder abgebaut und Gesundheitsförderung zur ausschließlich versichertenfinanzierten Satzungsleistung, was eine negative Signalwirkung für die Bewertung der weiteren Verankerung umfassender Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen in Deutschland zur Folge hatte (Kaba-Schönstein 2003d).

In dieser Restrukturierungsphase übten eine Vielzahl von Projekten und Initiativen nachhaltigen Einfluss auf die Weiterentwicklung der (Betrieblichen) Gesundheitsförderung aus, wie z. B. (Meierjürgen 2002) (vgl. Abb. 8).

- Die Gründung des Europäischen Netzwerkes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung ([European Network for Workplace Health Promotion](#)) (1996)
- Die [Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU](#) (1997) (PDF)
- Das [Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit der gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungen \(IPAG\)](#) (1997)
- Verschiedene Projekte zum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung.

Abb. 8: *Initiativen und Projekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung (nach Meierjürgen 2002)*

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 § 20 SGB V: Mit der Gesundheitsreform 2000 erfolgte die Neugestaltung des § 20 SGB V, nach dem die Krankenkassen Leistungen der primären Prävention vorsehen, die den Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die Krankenkassen haben die Aufgabe, den Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen nachzugehen und dabei mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Für die Durchführung von Leistungen zur Primärprävention und BGF sieht das Gesetz einen Betrag von 5,00 DM bzw. 2,56 € pro Versicherten vor. Der Begriff Gesundheitsförderung taucht außer bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht mehr auf. Positiv war die erstmalige Einführung einer "Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung" (§ 65b SGB V) sowie Patientenschulungen als ergänzende Leistung der Rehabilitation (§ 43, Abs. 3) für chronisch Kranke und ihre Angehörigen (§ 43 SGB V) (Kaba-Schönstein 2003d).

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004: Am 01. Januar 2004 trat das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz GMG) in Kraft. Damit wurde u.a. für alle Leistungen der Krankenkassen bis zu einer finanziellen Belastungsgrenze eine Zuzahlung von den Patienten/innen erhoben. Interessant für die Gesundheitsförderung ist die Einführung eines Bonussystems, nach welchem die Versicherten, die aktiv Vorsorge betreiben und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnehmen von ihrer Krankenkasse einen Bonus erhalten. Das gleiche gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen. Weiterhin dürfen Krankenkassen mit Einführung des GMG bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl an die Arbeitgeber als auch an die teilnehmenden Versicherten Boni vergeben.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007: Am 01. April 2007 trat der erste Teil des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG) in Kraft. Damit wurden Leistungen zur Betrieblichen Ge-

sundheitsförderung, die bisher lediglich auf der allgemeinen, auf Freiwilligkeit basierenden Rechtsgrundlage des § 20 SGB V beruhten, zur Pflichtleistung der Krankenkassen (§ 20a SGB V). Dabei haben die Leistungen der Krankenkassen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung folgende Anforderungen zu erfüllen (§ 20a Abs. 1 SGB V):

- Partizipation der Versicherten und der Verantwortlichen bei
- Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich ihrer Risiken und Potenziale
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten
- Unterstützung bei deren Umsetzung

Für Leistungen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung zusammen sollen von den Krankenkassen weiterhin 2,74 Euro (Stand: 10/2007) pro Kopf der Versicherten verausgabt werden (§ 20 Abs. 2 SGB V). Das Gesetz enthält jedoch keine Bestimmungen zur Aufteilung der Mittel auf die jeweiligen Bereiche.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden auch die organisatorischen Strukturen in der Krankenversicherung grundlegend verändert. Die bisher bestehenden acht Spitzenverbände der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband
- Bundesknappschaft
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)
- Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK)
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV)
- See-Krankenkasse

„(...) werden Ende 2008 ihre Funktionen als Körperschaften des öffentlichen Rechts verlieren. An ihre Stelle tritt bereits zum 1. Juli 2008 der ‚Spitzenverband Bund der Krankenkassen‘, der von allen derzeit 241 Krankenkassen gebildet wird. Geführt wird der Spitzenverband Bund von einem dreiköpfigen Vorstand, der von dem aus 41 Mitgliedern bestehenden Verwaltungsrat gewählt wird. Der Spitzenverband Bund vertritt künftig allein und einheitlich alle Kassen auf Bundesebene, etwa in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft“ (AOK-Bundesverband 2007). Die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen bleiben in Form von „Gesellschaften des bürgerlichen Rechts“ bestehen.

Parallel zu diesen Entwicklungen wurde 1996 zur Umsetzung der EU-Arbeitsschutzrahmenrichtlinie 89/391/EWG von 1989 das [Arbeitsschutzgesetz](#) novelliert, das mit seinem umfassenden Präventionsansatz die wohl bedeutendste **Reform des Arbeitsschutzes** darstellt (Gusy & Kleiber 2000) (vgl. Abb. 9).

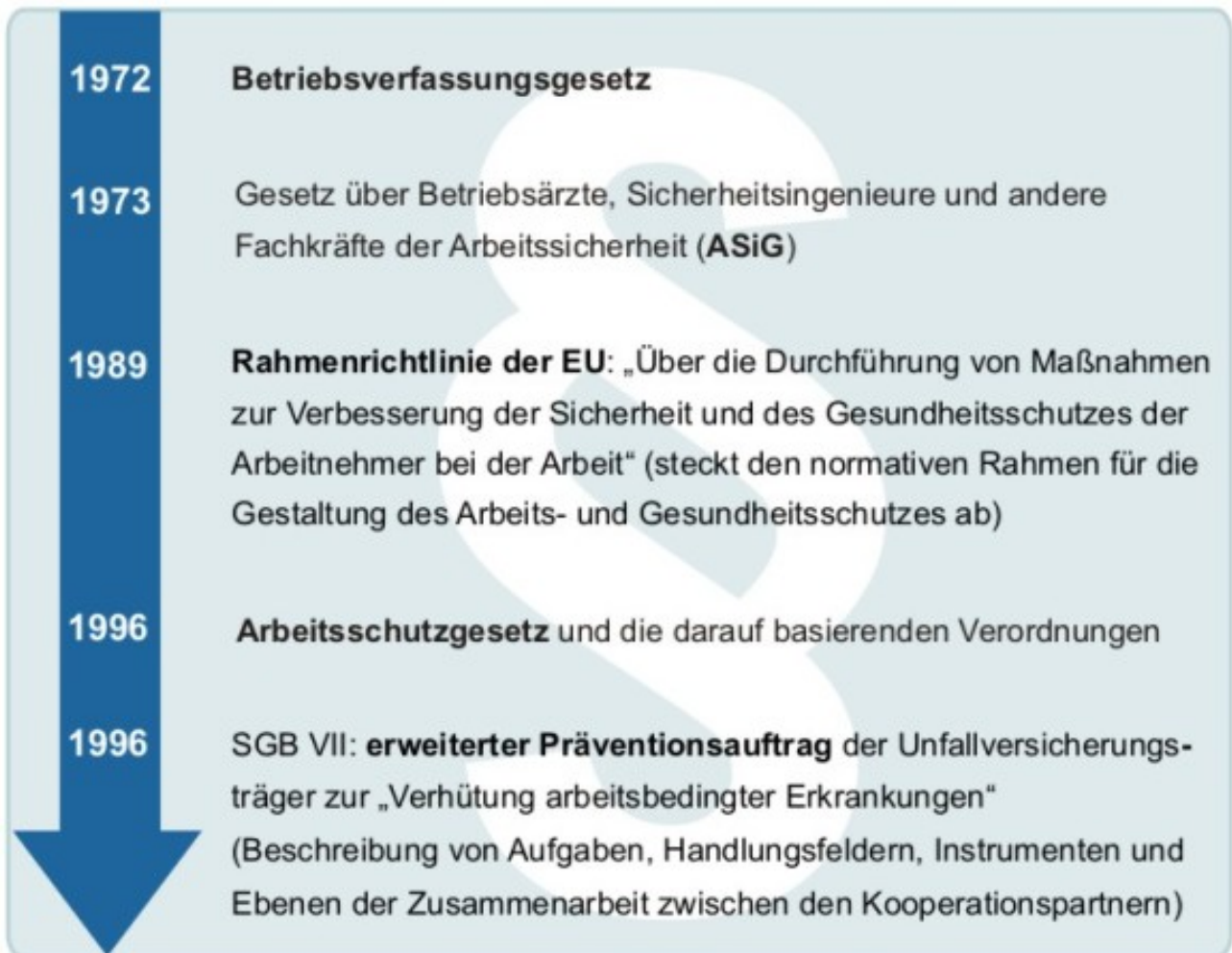


Abb. 9: Weitere für die Gesundheitsförderung relevante gesetzliche Regelungen (VDSI 2001)

Analog zu den Strukturveränderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde durch die Unfallversicherungsträger am 1. Juni 2007 ein **gemeinsamer Spitzenverband für die gesetzliche Unfallversicherung** geschaffen („[Deutsche gesetzliche Unfallversicherung \(DGUV\)](#)“). Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter „[Themen Gesundheitsfördernder Hochschulen/ Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit](#)“.

Weitere Meilensteine in der Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Bundesebene

„Seit dem Jahr 2000 ist viel Bewegung in die Diskussion um Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland gekommen durch eine kaum überschaubare Vielzahl von Initiativen, Veranstaltungen, Gesprächsrunden, Gutachten, Entschließungen und Empfehlungen zur Planung, Prioritätensetzung, Vernetzung der Akteure und zu Strukturen und Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.102).

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V 2000/ 2001 (in der Fassung vom 12.09.2003) (PDF):

„Um die Kritik an der vorherigen Praxis aufzugreifen, erteilte der Gesetzgeber den Spitzenverbänden der Krankenkassen den Auftrag zur Qualitätssicherung der Angebote. Sie sollten gemeinsam und einheitlich, unter Einbindung von unabhängigem Sachverstand, prioritäre Handlungsfelder und Kriterien insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik beschließen. Diese ‚Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien‘ haben die Krankenkassen im Juni 2000 vorgelegt (2001 ergänzt) und sich dabei auf zwei Ansätze zur Eindämmung von Krankheitsrisiken und Belastungen und zur Förderung der Gesundheit konzentriert:

- Interventionen nach dem Setting-Ansatz, die mehr auf Verhältnisse abzielen und durch Strukturgestaltung Gesundheit fördern und
- Interventionen nach einem individuellen Ansatz, die in erster Linie auf Menschen, Verhalten und gesunde Lebensführung zielen.

Die Handlungsfelder im Bereich der Primärprävention sind Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Genuss und Suchtmittelkonsum. Für die betriebliche Gesundheitsförderung sind es: arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, Psychosozialer Stress und Genuss- und Suchtmittelkonsum. Der Setting-Ansatz wird als besonders geeignet angesehen, den geforderten Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen. Eine Ausgabenbegrenzung soll einen priorisierten und effizienten Mitteleinsatz unterstützen. Es gibt in diesem Bereich Anlaufschwierigkeiten, die dazu führten, dass in den vergangenen Jahren das minimale Budget nicht einmal ausgeschöpft worden ist“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.99 f.).

Der Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V wurde seit 2000/2001 mehrfach überarbeitet und justiert. In der [vierten überarbeiteten Fassung \(2006\)](#) (PDF) der Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V (2006) wurde erstmals festgeschrieben, dass für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz der nicht betrieblichen Gesundheitsförderung zunächst mindes-

tens 50 Cent pro Kopf der Versicherten zu verausgaben sind (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006). Das würde einer Summe von ca. 35 Millionen Euro pro Jahr in Deutschland entsprechen.

Ab dem 01. Juli 2008 obliegt der Beschluss dieses Leitfadens dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" (PDF): Wesentliche Punkte des Gutachtens sind:

- die Forderung der Optimierung des Systems der Gesundheitsförderung und Prävention,
- die Kritik an der unkoordinierten Vielzahl von Akteuren, der fehlenden Transparenz der Angebote, der unbesetzten Felder und Überschneidungen und an dem Übergewicht von individuenbezogenen gegenüber kontextbezogenen Maßnahmen in der öffentlichen Debatte (Hier finden Sie weiterführende Informationen zum Thema [Transparenzmängel im Gesundheitswesen](#)),
- die Empfehlung, sich in Zukunft stärker auf kontextbezogene Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz zu orientieren, v. a. in den Settings Schule und Betrieb,
- die Empfehlung, Gesundheitsfördernde Krankenhäuser in Anlehnung an Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung evaluationsgestützt weiterzuentwickeln (Kaba-Schönstein 2003d).

Auch in den folgenden Gutachten (2003: „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“, 2005: „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, 2007: „Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“) des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (bis 2004: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) beschäftigen sich mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung und bestätigen deren Bedeutung als wichtige „Säulen“ des deutschen Gesundheitssystems.

Gesundheitsziele (seit 2000): Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik war der Gesundheitsziele-Prozess, der von der damaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer im Juli 2000 in Gang gesetzt wurde. In Anknüpfung an nationale und internationale Initiativen, z.B. der WHO und einzelner deutscher Bundesländer, wurde eine Konsensplattform zur Formulierung nationaler Gesundheitsziele eingerichtet. Im Rahmen des Programms [gesundheitsziele.de](#) wurden sowohl Ziele mit Krankheitsbezug als auch Ziele zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie Ziele für bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen und solche mit Bürger/-innen und Patienten/-innen-Orientierung formuliert. Der Zielfindungsprozess war im Sommer 2002 abgeschlossen (Kaba-Schönstein 2003d). Es wurden sechs nationale Gesundheits-

ziele erarbeitet: Diabetes, Brustkrebs, Depression, Tabakkonsum reduzieren, gesund aufwachsen und Patientensouveränität stärken. Im Jahr 2007 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit der Bericht „[gesundheitsziele.de - Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele](http://gesundheitsziele.de)“ (PDF) vorgelegt.

Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (2002) (PDF):

„Im Mai 2002 legten die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland vor. Sie begrüßen deren zunehmende gesellschaftliche und politische Akzeptanz und das Vorantreiben des Erarbeitens von Strategien und Konzepten durch das Bundesministerium für Gesundheit. Prävention wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, die über das Gesundheitswesen und die Krankenversicherung hinausgeht. Betont wird die Notwendigkeit interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation. Bestimmte Aufgaben, wie die Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Sozialen Benachteiligung sollten jenseits des Wettbewerbs von Krankenkassen und anderen Akteuren gemeinsam und koordiniert angegangen werden. Die Verstärkung der Kooperation aller verantwortlichen Akteure in Deutschland solle in einem Forum Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht werden. Eine umfängliche Finanzierung durch alle zuständigen Institutionen und Ressorts wird für notwendig erachtet. Insbesondere Setting-Ansätze zur Reduzierung sozial ungleicher Gesundheitschancen sollen von den verantwortlichen Akteuren gemeinsam finanziert werden“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.100).

Weitere Entwicklungen: „Im Dezember 2000 wurde auf einer mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMGS) durchgeführten Tagung unter Beteiligung zahlreicher Akteure und Einrichtungen eine ‚Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland‘ gegründet. Ziel der Allianz war ein offenes Arbeitsbündnis aller, die sich für die Gesundheitsförderungspolitik auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen einsetzen. Unter Bezugnahme der Mexiko-Erklärung von 2000 strebte die Allianz an, Bemühungen zu unterstützen, mittelfristige Aktionspläne für vorrangige gesundheitsförderliche Handlungsfelder zu entwickeln. Mit der Einrichtung des ‚Runden Tisches Gesundheit‘ durch die Gesundheitsministerin, wurde seit 2001 die im Rahmen der Allianz begonnene Diskussion der wichtigen Akteure in dieses Gremium verlagert und dort weiterentwickelt. Die Gesundheitsministerin hatte diese Diskussionsrunde der Kostenträger, Leistungsanbieter und Vertreter von Patienten und Selbsthilfe einberufen, die in sechs Arbeitsgruppen zu sechs Themenbereichen tagte, darunter Arbeitsgruppe 5 ‚[Stärkung der Prävention](#)‘ (PDF). Diese Arbeitsgruppe legte im Dezember desselben Jahres Empfehlungen vor, auf die sich seither verschiedene Stellungnahmen und Äußerungen und Erklärungen berufen: Sie empfahl die Gründung einer eigenständigen, auf Dauer angelegten Institution in Form einer Stiftung oder einer vergleichbaren Einrichtung anderer Rechtsform zur Unterstützung der in der Prävention und Gesundheitsförderung

tätigen Einrichtungen im Sinne eines Kompetenz- und Servicezentrums“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.103).

„Im Juli 2002 wurde das [Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung](#) in Berlin durch eine gemeinsame Erklärung der Vertreter von über 65 maßgeblichen Verbänden, Institutionen, Behörden, Körperschaften und Einrichtungen gegründet. Es versteht sich als gemeinsame Plattform, die übergreifende Ziele, Inhalte, Maßnahmen und Instrumente der Prävention vereinbart, umsetzt und kommuniziert. Sie soll u.a. die Grundlagen für den Aufbau einer neuen tragfähigen, auf Dauer angelegten Organisationsstruktur legen, die in der Lage sein soll, Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung zu akquirieren“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.103).

Präventionsgesetz: Seit 2004 wird in Deutschland über ein Präventionsgesetz diskutiert mit dem Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenen Säule im Gesundheitswesen auszubauen. Im Dezember 2004 wurde von der Bundesregierung ein erster Referentenentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ vorgelegt und im Februar 2005 verabschiedet (Hier finden Sie den [Referentenentwurf des Präventionsgesetzes](#) (PDF) mit [Erläuterungen](#) (PDF) mit Stand vom 06.12.2004). Laut Gesetzentwurf (vgl. Abb. 10) sollten jährlich 250 Millionen Euro in die Prävention und Gesundheitsförderung fließen, wobei davon 180 Millionen Euro über die GKV finanziert werden sollten, 40 Millionen Euro von der Rentenversicherung, 20 Millionen Euro von der Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von der Pflegeversicherung getragen werden sollten. Mit dem Geld sollten der Aufbau der Stiftung *Prävention und Gesundheitsförderung* auf Bundesebene, die z.B. Modellprojekte initiiert und bundesweite Präventionskampagnen durchführt, vorangetrieben werden, der Ausbau settingbezogener Modellprojekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf Länderebene gefördert werden und Projekte der GKV, v. a. im Bereich verhaltensbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie Betrieblicher Gesundheitsförderung finanziert werden. Nachdem Bundestag und Bundesrat sich nicht einigen konnten und der Bundesrat in einer Stellungnahme eine Überarbeitung des Gesetzentwurfes forderte (insbesondere wurde von den Ländern die „Überregulierung“ kritisiert), wurde der Vermittlungsausschuss eingeschaltet, der eine Vertagung des Präventionsgesetzes beschloss. Durch die vorgezogene Bundestagswahl im September 2005 war es jedoch zu keinem Vermittlungsverfahren zwischen Bundestag und Bundesrat gekommen und das Präventionsgesetz wurde zunächst „auf Eis gelegt“.

Im November 2007 wurde von der Bundesregierung der [Referentenwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze“](#) (PDF) vorgestellt. Nach wie vor ist es Ziel des Präventionsgesetzes, die Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule der gesundheitlichen Versorgung (neben der Primärversorgung, der Rehabilitation und der Pflege) auszubauen und die „(...) Kooperation und Koordination der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen zu verbessern. An der Notwendigkeit der Formulierung von (nationalen) Präventionszielen wird festgehalten. Neu ist die Betonung der Verpflichtung

von Bund und Ländern ergänzend zu den Sozialversicherungsträgern weiterhin ihrer Verantwortung gerecht zu werden“ (Wikipedia 2007).

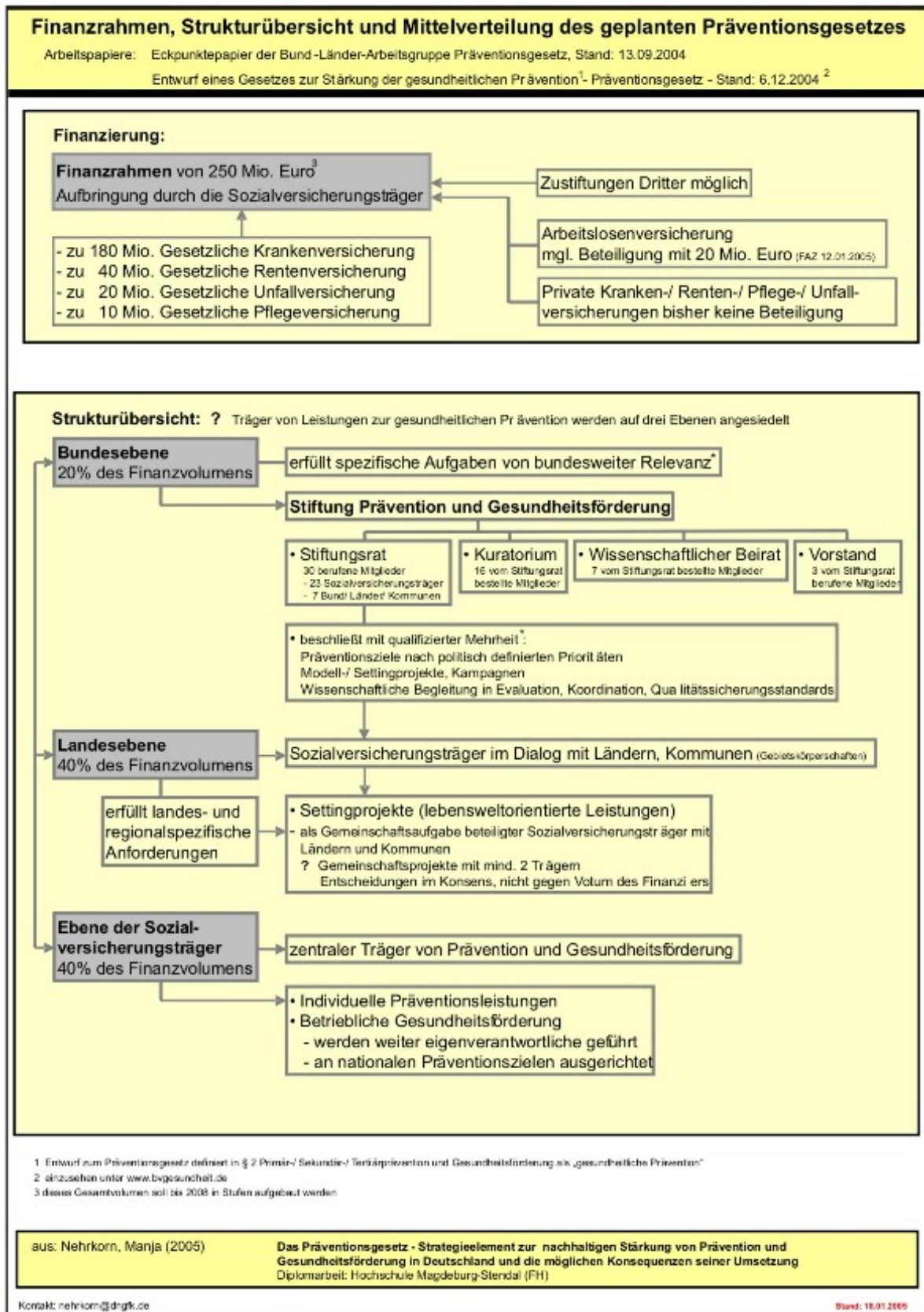


Abb. 10: Finanzrahmen, Strukturübersicht und Mittelverteilung des geplanten Präventionsgesetzes in der Fassung vom 06.12.2004 (Nehr Korn 2005)

Anstelle der Präventionsstiftung, die im 2004 vorgelegten Gesetzentwurf vorgeschlagen wurde, soll laut neuem Gesetzentwurf (2007) ein nationaler Präventionsrat eingerichtet werden, der aus Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung besteht. Der Präventionsrat soll Präventionsziele festlegen und Vorschläge zu deren Umsetzung entwickeln sowie bundesweite Aufklärungskampagnen initiieren. Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände sollen sich mit einem Sitz im Nationalen Präventionsrat beteiligen. Ein Beirat soll das Gremium beraten, in dem u.a. die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung vertreten ist. Zudem sollen jeweils auf Landesebene regionale Präventionsräte entstehen, die lokale Projekte und Maßnahmen bewilligen. Nach wie vor soll die Gesetzliche Krankenversicherung bei der Finanzierung von Präventionsvorhaben mit jährlich 250 Millionen Euro den größten Anteil tragen. Daneben sollen die soziale Pflegeversicherung mit einem jährlichen Beitrag von 14,3 Millionen Euro sowie die gesetzliche Unfallversicherung mit einem jährlichen Beitrag von 28,6 Millionen Euro zur Finanzierung beitragen. Die privaten Krankenkassen sollen sich mit einer Sonderabgabe an der Finanzierung von Präventionsmaßnahmen beteiligen.

Bislang (Stand: 04/2008) konnten sich die Union und die SPD auch nach monatelangen Verhandlungen nicht auf ein gemeinsames Konzept zur Umsetzung des Präventionsgesetzes einigen, so dass der Gesetzentwurf, wie auch bereits unter „Rot-Grün“, derzeit auf „Eis liegt“. Kritik wird seitens der Union vor allem am Einheitsfond und an den Präventionsräten geübt, mit denen die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland finanziert und gesteuert werden sollen und was laut Union u.a. zu unnötiger Bürokratie führen würde. Es bleibt abzuwarten, ob der nunmehr zweite Anlauf zur Implementation eines Präventionsgesetzes endgültig scheitert.

Präventionsziele: Unabhängig von der weiteren Diskussion bzw. Verabschiedung des Präventionsgesetzes haben die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen eines Zweijahresplanes (2008 bis 2009) für die Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, ergänzend zu den prioritären Handlungsfeldern, messbare Präventionsziele zur Diskussion gestellt. Im Sinne der Nachhaltigkeit von Präventionserfolgen soll im Hinblick auf die begrenzten Ressourcen eine konzertierte Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen. Bereits 2005 wurden von der [Initiative Gesundheit und Arbeit](#) (IGA) im Vorfeld des ersten gescheiterten Präventionsgesetzes arbeitsweltbezogene Präventionsziele entwickelt, die jetzt in die Gesamtkonzeption der GKV mit eingeflossen sind. Es wurden Ziele für die arbeitsweltbezogene und nicht-arbeitsweltbezogene primären Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt, wobei in der Gesundheitsförderung die Gestaltung der Lebenswelten im Vordergrund steht. Die Zielerreichung soll jährlich mit Hilfe der kassenartenübergreifenden Dokumentation der §20-Maßnahmen überprüft werden. Hier finden Sie [weitere Informationen](#) (PDF) zum Thema Präventionsziele.

Gesundheitsförderung auf Ebene der Bundesländer

Tab 2: Gesundheitsministerien der Bundesländer

Bundesland	Gesundheitsministerium
Baden-Württemberg	Ministerium für Arbeit und Soziales
Bayern	Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
Berlin	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie
Bremen	Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Hamburg	Behörde für Soziales und Familie
Hessen	Hessisches Sozialministerium
Mecklenburg-Vorpommern	Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern
Niedersachsen	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Nordrhein-Westfalen	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Rheinland-Pfalz	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
Saarland	Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales
Sachsen	Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Sachsen-Anhalt	Ministerium für Gesundheit und Soziales
Schleswig-Holstein	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren
Thüringen	Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

„Die Zuständigkeit für Gesundheits(förderungs)politik liegt in den Ländern bei den Sozial- bzw. den Gesundheitsministerien. Die Abstimmung der Länder untereinander und mit der Gesundheitspolitik des Bundes erfolgt über die [Gesundheitsministerkonferenz \(GMK\)](#). Für die Akzeptanz und Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der Ebene der Länder war die EntschlieÙung der 64. Sitzung der GMK über ‚Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung in der BRD‘ von 1991 von herausgehobener Bedeutung... Die GMK war sich darin einig, dass präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen habe. Sie hielt es für erforderlich, dass die Begrenzungen der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden. Diese GMK-EntschlieÙung wurde zum Bezugsdokument und zur Legitimationsgrundlage für die Gesundheitsförderung in den Ländern und insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem sie eine besondere Verantwortung für die Gesundheitsförderung zuwies. Die 75. GMK ([Beschlüsse](#) und [Protokoll \(PDF\)](#)) hat 2002 einen Antrag zur ‚Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - Prävention, Früherkennung und Frühförderung‘ beschlossen. Der Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten soll verstärkt in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühförderung liegen und v.a. auf die Zielgruppe sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ausgerichtet sein. Der Bundesrat, die Länderkammer im deutschen föderativen politi-

schen System, hat auf Initiative des Saarlandes in seiner Sitzung vom 15.5.2002 eine Entschlie-
 ßung zum Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft verabschiedet.
 Prävention und Gesundheitsförderung werden darin als gesamtgesellschaftliche Aufgaben be-
 zeichnet, zu denen sich die Politik bekennen und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen
 schaffen müsse. Dem müsse auch ein neues Finanzierungskonzept entsprechen“ (Kaba-
 Schönstein 2003d, S.100 f.).

In fast allen Bundesländern gibt es Landesvereine und -zentralen für Gesundheit und Gesundheits-
 förderung (vgl. Tab. 3), deren zentrale Aufgabe die Anregung und Koordination von Gesundheits-
 förderung durch die Organisation und Bereitstellung von Veranstaltungen, Fortbildungen, Projekten
 und Materialien ist. Die Landesvereinigungen und -zentralen für Gesundheit und Gesundheits-
 förderung sind Nichtregierungsorganisationen, die jedoch häufig von den Landesgesundheitsminis-
 terien/ -senaten finanziell gefördert werden (Kaba-Schönstein 2003d).

Tab 3: Landesvereine und -zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung und mit der Wahrneh-
 mung ähnlicher Aufgaben betraute Organisationen auf Länderebene

Bundesland	Kontakt
Baden-Württemberg	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg Abt. III Hoppenlastr. 7 70174 Stuttgart E-Mail: mleykamm@lga.bwl.de Internet: www.lga.bwl.de
Bayern	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern Landwehrstraße 60-62 80336 München E-Mail: lzg.bayern@t-online.de Internet: www.lzg-bayern.de/
Berlin	Gesundheit Berlin Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Friedrichstraße 231 10969 Berlin E-Mail: post@gesundheitberlin.de Internet: www.gesundheitberlin.de
Bremen	Landesvereinigung für Gesundheit Bremen Ansgarhaus Horner Str. 70 28203 Bremen E-Mail: minfo@lvgb.de Internet: www.lv-gesundheitbremen.de

Tab 3: Landesvereine und -zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung und mit der Wahrnehmung ähnlicher Aufgaben betraute Organisationen auf Länderebene

Bundesland	Kontakt
Hamburg	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung - HAG, Repsoldstraße 4 20097 Hamburg E-Mail: buero@hag-gesundheit.de Internet: www.hag-gesundheit.de/
Hessen	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung - HAGE Heinrich-Heine-Straße 44-46 35039 Marburg E-Mail: info@hage.de Internet: www.hage.de/
Mecklenburg-Vorpommern	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern Wismarsche Straße 170 19053 Schwerin E-Mail: info@lvg-mv.de Internet: www.lvg-mv.de/
Niedersachsen	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Fenskeweg 2 30165 Hannover E-Mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de Internet: www.gesundheit-nds.de/
Nordrhein-Westfalen	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW - Iögd Westerfeldstraße 35-37 33611 Bielefeld E-Mail: bielefeld.poststelle@loegd.mhs.nrw.de Internet: www.loegd.nrw.de/
Rheinland-Pfalz	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz Karmeliterplatz 3 55116 Mainz E-Mail: info@lzg-rlp.de Internet: www.lzg-rlp.de/
Saarland	LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland Feldmannstraße 110 66119 Saarbrücken E-Mail: mail@lags.de Internet: www.lags.de/

Tab 3: Landesvereine und -zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung und mit der Wahrnehmung ähnlicher Aufgaben betraute Organisationen auf Länderebene

Bundesland	Kontakt
Sachsen	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Helgolandstraße 19 01097 Dresden E-Mail: post@slfg.de Internet: www.slfg.de/
Sachsen-Anhalt	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt Badestraße 2 39114 Magdeburg E-Mail: magdeburg@lvg-lsa.de Internet: www.lvg-lsa.de/
Schleswig-Holstein	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein Flämische Straße 6-10 24103 Kiel E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de Internet: www.lv-gesundheit-sh.de/
Thüringen	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen Carl-August-Allee 1a 99423 Weimar E-Mail: info@agethur.de Internet: www.agethur.de/

Dementsprechend gibt es auf der Bundesebene als Nichtregierungsorganisation die [Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung](#) - BVPG (bis 2007: Bundesvereinigung für Gesundheit - BfG). Die BVPG „...mit Geschäftsstelle in Bonn wurde 1954 gegründet und ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband. Die BVPG vertritt in der Regel nicht partikuläre Interessen einzelner Mitgliedsverbände, sondern setzt sich ... für Strukturerehalt und Strukturverbesserungen bzgl. der ‚Gesundheitsförderung und Prävention‘ insgesamt in Deutschland ein“ (BVPG 2007). Zudem ist die Geschäftsstelle des „[Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung](#)“ bei der BVPG angesiedelt.

Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene

Die meisten Aktivitäten im Gesundheitsförderungsbereich auf kommunaler Ebene werden im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gesundheitsämter und anderer Gesundheitsbehörden wahrgenommen. Diesen Organisationen bzw. Organisationseinheiten werden in der GMK-Entscheidung von 1991 und in den Ländergesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst besondere Bedeutung zugemessen. Zu den zentralen Aufgaben der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene durch die Gesundheitsämter gehören sowohl die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Akteure und Maßnahmen als auch die Umsetzung eigener Aktivitäten und Projekte, die insbesondere sozial Benachteiligte und schwer erreichbare Zielgruppen fokussieren. Zudem entstanden auf lokaler Ebene vielfach spezifische Kooperations-Strukturen wie Gesundheits(förderung)-Konferenzen, Runde Tische, (Regionale) Arbeitsgemeinschaften, Gesundheitsforen etc. (Kaba-Schönstein 2003d).

Nachdem sich seit 1986 auch deutsche Städte am Gesunde-Städte-Projekt der WHO ([Gesunde Städte: Mailänder Erklärung 1990](#) (PDF)) beteiligten und Mitglieder im internationalen WHO-Netzwerk Healthy Cities wurden, folgte 1989 auch auf Bundesebene die Gründung eines nationalen [Gesunde-Städte-Netzwerks](#) und die Einrichtung eines Gesunde-Städte-Sekretariats in Hamburg (seit 2005 in Münster). 2002 beschlossen die Mitglieder des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks die Einrichtung von Kompetenzzentren für Gesundheitsförderung und Prävention. Diese sollten zu bestimmten Arbeitsbereichen wie Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsberichterstattung über fundierte, dokumentierte Erfahrungen verfügen und zur Vermittlung und Diskussion dieser Erfahrungen angemessene Kompetenzen und Ressourcen zur Verfügung stellen können. Ende 2004 waren über 60 Städte, Kreise und Bezirke Mitglied im deutschen Netzwerk (Kaba-Schönstein 2003d).

„In den letzten Jahren wurde in der kommunalen Gesundheitsförderung die Zusammenarbeit mit Akteuren und Aktivitäten der Lokalen Agenda 21 und des Programms der [Sozialen Stadt](#) aktuell. Diese Kooperation ist aber noch auszubauen, ebenso wie die Verknüpfung von Gesunder und Sozialer Stadt zur ‚Gesunden sozialen Stadt‘ und Ansätze der Gemeinwesenarbeit, des Quartiersmanagement und der Partizipation und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern“ (Kaba-Schönstein 2003d, S.102).

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 10. Februar 2006, 2006. <http://www.g-k-v.com/media/Rundschreiben/Leitfaden2006.pdf> (Zugriff: 03.06.2006, 09:45 MEZ)
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000, 2003. <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/download/51814.pdf> (Zugriff: 16.11.2004, 16:20 MEZ)
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002, 2002. <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/download/4454.pdf> (Zugriff: 17.11.2004, 16:31 MEZ)
- AOK-Bundesverband: Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2007. http://www.aok-bv.de/politik/reformwerkstatt/reformglossar/index_09624.html (Zugriff: 20.08.2007, 10:49 MEZ)
- Bundesärztekammer: Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz. Stand: 06.12.2004, 2004. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Praevention/40Gesetz/30Begrueundung.pdf> (Zugriff: 10.12.2005, 20:40 MEZ)
- Bundesärztekammer: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention - Präventionsgesetz. Stand: 06.12.2004, 2004. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Praevention/40Gesetz/20PraevG.pdf> (Zugriff: 10.12.2005, 20:40 MEZ)
- Bundesanzeiger Verlag: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), 2004. <http://217.160.60.235/BGBL/bgbl1f/bgbl103s2190.pdf> (Zugriff: 10.12.2005, 20:27 MEZ)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS): Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V). § 20 Prävention und Selbsthilfe, 2004. http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/ (Zugriff: 03.11.2004, 12:15 MEZ)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): Runder Tisch Gesundheit. Grundinformationen, 2004. <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/tisch/index.cfm> (Zugriff: 03.11.2004, 12:52 MEZ)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) - Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung: Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für ein Präventionsgesetz, 2004. http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressemitteilung/pdf/2004_4/04-09-13_eckpunkte_praevention_langversion.pdf (Zugriff: 16.11.2004, 15:17 MEZ)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): Empfehlungen des „Runden Tisches“ auf seiner 4. Sitzung am 22. April 2002 zur Stärkung der Prävention, 2002. <http://www.bmgs.bund.de/downloads/praevention2.pdf> (Zugriff: 03.11.2004, 12:52 MEZ)
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) (Hrsg.): Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung im Juli 1992 in Rio de Janeiro. Dokumente. Agenda 21, 1992. <http://www.bmu.de/files/agenda21.pdf> (Zugriff: 21.10.2004, 14:38 MEZ)

- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit, 1996. <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/arbschg/index.html> (Zugriff: 03.11.04, 12:07 MEZ)
- Bundesvereinigung für Gesundheit: Autorisierte deutsche Fassung der "Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century", 1997. <http://www.who-tag.de/2002/Themen/jakarta.html> (Zugriff: 21.10. 2004, 15:19 MEZ)
- Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) (2007): Arbeitsweise der BVPG. http://www.bvgesundheit.de/pr_arbeitsweise.html (Zugriff: 22.10. 2007, 10:37 MEZ)
- Busse, R., Riesberg, A.: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005
- Europäische Kommission: Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft in der Union im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2007-2013), 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2007_2013_de.htm (Zugriff: 21.08.2007, 10:18 MEZ)
- Europäische Kommission: Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft in der Union im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008), 2002. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_de.htm (Zugriff: 03.11.2004, 11:30 MEZ)
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, 1997. <http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/14/luxemburge3ec886f975aa5.pdf> (Zugriff: 17.11.2004, 16:50 MEZ)
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente der Gesundheitsförderung in Wortlaut und Kommentierung. 1. Auflage. Mainz: Verlag Peter Sabo 1993
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e. V.: Gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Köln: Eigenverlag 2003. <http://www.gesundheitsziele.de> (Zugriff: 03.11.2004, 12:21 MEZ)
- Gesundheit Berlin e.V.: 6. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok, Thailand. 2005. <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1802&type=infotext> (Zugriff: 13.11.2005, 11:36 MEZ)
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK): Beschlüsse der 75. GMK am 20. und 21. Juni 2002 in Düsseldorf, 2002. http://www.gmkonline.de/index.php?&nav=beschluesse_75 (Zugriff: 03.11.2004, 12:21 MEZ)
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK): Ergebnisprotokoll der 75. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 20./21.06.2002 in Düsseldorf, 2002. http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_75-GMK.pdf (Zugriff: 03.11.2004, 12:22 MEZ)
- Gusy, B., Kleiber, D.: Programmatische Überlegungen zu betrieblicher Gesundheitsförderung an Hochschulen, In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Ver-

Healthy Environments for Children Alliance (HECA), 2004. <http://www.who.int/heca/en/> (Zugriff: 17.11.2004, 09:23 MEZ)

Hartmann, T., Springer, S.: Ökologische Gesundheitsförderung für Kinder. Seminarscript SS2004 und WS 2004/05. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Studiengang Gesundheitsförderung und –management. Magdeburg 2005

Heinemann, H.: Gesundheitsamt Essen. Erstes städtisches Internet-Portal „Gesundheit“, In: Blickpunkt Öffentliche Gesundheit. Nr. 4.2004. S. 2. http://www.afog-nrw.de/Publikationen/Downloads/Blickpunkt%2004_04.pdf (Zugriff: 12.01.2005, 22:15 MEZ)

Hering, T.: Projektbericht. Vorstellung und Perspektiven der Website www.kinderumweltgesundheit.de. Unveröffentlichtes Manuskript, 2003

Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit der gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungen (IPAG): Internetpräsentation des Integrationsprogramms Arbeit und Gesundheit der gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungen (IPAG), 2004. <http://www.gesundheit-und-arbeit.de/gua/pages/projekte/ipag.htm> (Zugriff: 03.11.2004, 12:45 MEZ)

Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003a, S. 78-82

Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003b, S. 82-88

Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung IV: Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003c, S. 88-95

Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung V: Die Entwicklung in Deutschland am Mitte der 1980er Jahre, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003d, S. 96-104

Meierjürgen, R.: Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen – Handlungsfelder und –möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, In: Paulus, P., Stoltenberg, U. (Hrsg.): Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit? Frankfurt am Main: VAS - Verlag für Akademische Schriften 2002

Nerhkorn, M.: „Das Präventionsgesetz - Strategieelement zur nachhaltigen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und die möglichen Konsequenzen seiner Umsetzung“. Diplomarbeit: Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). 2005

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der

gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Addendum zum Gutachten 2000/2001 (Bände I bis I-II), 2002. <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm> (Zugriff: 03.11.2004, 12:45 MEZ)

United Nations (UN): The Johannesburg-Declaration on Sustainable Development, 2002a. http://www.johannesburgsummit.org/html/documents/summit_docs/0409_l6rev2_pol_decl.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 09:17 MEZ)

United Nations (UN): Plan of Implementation of the World Summit on Sustainable Development, 2002b. http://www.un.org/esa/sustdev/documents/WSSD_POI_PD/English/WSSD_PlanImpl.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 09:20 MEZ)

United Nations (UN): UN-Conference on Environment and Development, 1992 <http://www.un.org/geninfo/bp/enviro.html> (Zugriff: 16.11.2004, 12:21 MEZ)

Verband Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI) e.V., Bundes- und Fachverband für Sicherheit und Gesundheitsschutz sowie Umweltschutz bei der Arbeit (Hrsg.): Gesundheitsförderung an der Hochschule. Erarbeitet vom Arbeitskreis Gesundheit an der Universität Potsdam. 1. Auflage. Leipzig: Schubert-Verlag 2001

Wikipedia: Präventionsgesetz. 2007. <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4ventionsgesetz> (Zugriff: 16.02.2007, 11:24 MEZ)

World Health Organization (WHO): Sixth International Conference on Health Promotion. Bangkok, Thailand. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/ (Zugriff: 13.11.2005, 11:36 MEZ)

World Health Organisation (WHO) Media Centre: Health Promotion. milestones on the road to a global alliance. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs171/en/> (Zugriff: 20.10.2004, 11:46 MEZ)

World Health Organization (WHO): Fifth International Conference on Health Promotion. Mexico City, Mexico. Health Promotion: Bridging the Equity Gap, 2000. http://www.who.int/hpr/ncp/docs/mexico_ministerial_statement.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 14:58 MEZ)

World Health Organization (WHO): World Health Assembly Resolution 51.12. Health Promotion, 1998a. http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=wha&record={383}&softpage=Document42 (Zugriff: 02.11.04, 12:56 MEZ)

World Health Organization (WHO): 51. World Health Assembly. Resolutions and Decisions, 1998b. http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42 (Zugriff: 20.10.2004, 10:59 MEZ)

World Health Organization (WHO): Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 1997. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 10:19 MEZ)

World Health Organization (WHO): Our planet, our health. Report of WHO Commission on Health and Environment, 1992. <http://www.ciesin.org/docs/001-012/001-012.html> (Zugriff: 17.11.2004, 09:07 MEZ)

World Health Organization (WHO): Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall, Sweden. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, 1991.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf (Zugriff:17.11.2004, 10:11 MEZ)

World Health Organization (WHO): Second International Conference on Health Promotion. Adelaide, South Australia. Adelaide Recommendations on Healthy Public, 1988.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf (Zugriff:17.11.2004,10:08 MEZ)

World Health Organization (WHO): First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Zugriff:17.11.2004,10:03 MEZ)

World Health Organization (WHO): 32. World Health Assembly. Resolutions and Decisions, 1979.
http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42 (Zugriff: 20.10.2004, 10:55 MEZ)

World Health Organization (WHO): Declaration of Alma-Ata, 1978.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (Zugriff: 17.11.2004, 09:58 MEZ)

World Health Organization (WHO): 30. World Health Assembly. Resolutions and Decisions, 1977.
http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42 (Zugriff: 20.10.2004, 10:43 MEZ)

World Health Organization – European Office (WHO-Euro): Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept “Gesundheit für alle” für die europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 5, 1998. <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-G.pdf> (Zugriff: 21.10.2004, 14:58 MEZ)