

Gesunde Städte-Netzwerk Bundessymposium

40 Jahre OTTAWA-CHARTA: Meilenstein oder Makulatur?

Hannover, 20.03.2026



Themen

1. Entstehungskontext
2. Wirkungen
3. Einflussfaktoren
4. Herausforderungen
5. Schluss

1.

Entstehungskontext

Entstehungskontext (1/2)

- Einsicht in die Grenzen individualkurativer Intervention
- darin eingeschlossen: Kritik an der Medizin (z. B. Ivan Illich, Die Nemesis der Medizin)
 - pathogene Perspektive
 - Vernachlässigung sozialer Dimension der Krankheitsentstehung und -bewältigung
- Wertewandel: Gesundheit als Teil einer postmateriellen Werteorientierung – nach einer vermeintlichen Befriedigung materieller Bedürfnisse in der „Wachstumsgesellschaft“
- soziale/gesellschaftliche Emanzipations- und Partizipationsbestrebungen
- wachsende Aufmerksamkeit für gesundheitliche Ungleichheit (Margaret Whitehead: Black-Report, Health Divide)

Entstehungskontext (2/2)

- Kritik an den unerwünschten „Neben“folgen industriegesellschaftlicher o. kapitalistischer Modernisierung (Ulrich Beck),
 - v. a. Umwelt/Ökologie
 - auch: Bezüge zur Gesundheit (Umweltgerechtigkeit, Humanisierung der Arbeit)

Prinzipien und Merkmale

- „Health in all Policies“
- Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe
- Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten (soziale Lage, Geschlechter, ethnisch-kulturelle Unterschiede ...)
- Partizipation/Selbstbestimmung, Überwindung der Expert:innenorientierung im Gesundheitssystem
- Voraussetzungen für Gesundheit: „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Stärkung individueller Ressourcen für gesundheitsförderliches Handeln

Ottawa-Charta

- ... kam nicht aus dem Nichts
- Zusammenführung unterschiedlicher Entwicklungen und Herausforderungen für das Handlungsfeld „Gesundheit“
- ... aber auch mehr als das ..., nämlich
- konzeptionelle Bündelung und Handlungsorientierung unter Entwicklung von Prinzipien für das Handeln in der Gesundheitsförderung
- ... immerhin nunmehr 40 Jahre lang zentraler Bezugspunkt der Gesundheitsförderung

2.

Wirkungen

Allgemeines

- Schwer zu beantworten:
 - Was genau ist auf die Ottawa-Charta zurückzuführen?
 - Welche Innovationen hätte es auch ohne die Ottawa-Charta gegeben?
- Aber:
 - häufige Bezugnahme auf die Ottawa-Charta
 - besonders langfristige und nachhaltige Resonanz
 - Dokument von ungebrochene Aktualität

Institutionenbildung (1/2)

Inspiration/Hintergrund/Anregung für staatliches Handeln auf unterschiedlichen Ebenen

- Gesetzliche Regelungen zu Aufgaben in der Gesundheitsförderung und deren Finanzierung
 - Krankenkassen als Akteure in der Gesundheitsförderung (§§20ff. SGB V)
 - Präventionsgesetz (Entscheidungsstrukturen, Finanzierung)
- Landesgesetze zur öffentlichen Gesundheit
 - Zuweisung von Aufgaben an Kommunen, Gesundheitsämter etc.
 - Neue Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen (Gesundheitskonferenzen landesweit, regional, lokal)
 - Schaffung von Gesundheitsregionen

Institutionenbildung (2/2)

- Bildung von Netzwerken (Selbstorganisation, häufig unter öffentlicher Ko-Finanzierung), z. B.
 - Gesunde Städte-Netzwerk
 - Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit
 - Landesvereinigungen für Gesundheit
 - kommunaler Partnerprozess „Gesundheit für alle“
- Weiteres
 - Städtebauförderprogramm „Soziale Stadt“
 - Etablierung der Gesundheitswissenschaften an Universitäten und Fachhochschulen (Ausbildung von Nachwuchs/Experten für Gesundheitsförderung)

Erweiterung von Perspektiven und Handlungsfeldern (1/2)

- Bemühungen um Aufgabenerweiterung und Vernetzung bestehender Einrichtungen (z. B. in der Kommunalverwaltung)
 - stärkere Verknüpfung kommunaler Handlungsfelder in der Daseinsvorsorge mit dem Thema Gesundheit, u. a:
 - Kinder-, Jugend- und Altenhilfe,
 - Teilhabeprojekte, Förderhilfen (z. B. im Bildungsbereich),
 - Familien-, Sozial- und Erziehungsberatung,
 - Quartiersgestaltung/Stadtplanung/-entwicklung
- Gesundheitsberichterstattung (Bund, Länder, Kommune)
- Vielzahl zivilgesellschaftlicher Initiativen zum Thema „Gesundheit und Gesundheitsförderung“

Erweiterung von Perspektiven und Handlungsfeldern (2/2)

- Neue Themen in Praxis und Forschung, v. a.
 - soziale Ungleichheit, Verringerung der Ungleichheit von Gesundheitschancen
 - Gender-Perspektive,
 - Umwelt und Gesundheit
 - jüngst auch: diversitätssensibles Handeln

Beharrungskraft von Mängeln und Problemen

- Diese Aspekte stärker im Bewusstsein (und im Handeln) von Akteuren
- aber: politische/gesellschaftliche Praxis entspricht dem häufig noch nicht
- weiterhin zu geringer Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung
- zu schwacher Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung bei vulnerablen Gruppen (v.a. soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen)
- zu geringer Stellenwert von lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung („Setting-Ansatz“)
- „Health in all Policies“ viel zu selten umgesetzt
- partizipative Ansätze in der Gesundheitsförderung nur teilweise anzutreffen
- stattdessen weiterhin große Rolle von reiner Verhaltensprävention
- Beharrungskraft, tw. Zunahme von Armut und sozialer Ungleichheit

Folgen

- nicht ausgeschöpfte Potenziale zur Verbesserung der Gesundheit
- Beharrungskraft sozialer (und anderer) Ungleichheit(en) von Gesundheitschancen
- keine angemessenen Antworten auf neue Gefahren (z.B. Extremwetter-Ereignisse)

3.

Einflussfaktoren

Gesundheit als politischer Makrotrend

Politik folgt einem gesellschaftlichen Makrotrend

- Gesundheit als Wert und Ziel genießt in der Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert
- Politik weiß sich in Übereinstimmung mit breiten Teilen der Bevölkerung
- daher: Legitimationsrisiken sind denkbar gering

Antwort auf sozialen Wandel (1/2)

- demographischer Wandel und seine (gesundheitlichen) Folgen:
 - Chronische Erkrankungen und Multimorbidität
 - Einsicht in die begrenzten Handlungsmöglichkeiten der Medizin
 - Verschiebung des Eintritts von chronischer Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit
 - Begrenzung des Anstiegs von Behandlungskosten in Krankenversorgung und Pflege
 - Entlastung von Arbeitgebern und öffentlichen Haushalten

Antwort auf sozialen Wandel (2/2)

- Verfestigung von Armut und Prekarität
 - Gefahr der dauerhaften Exklusion einzelner Bevölkerungsgruppen
 - Gesundheitsförderung als Instrument der sozialen Integration
- neue Gesundheitsrisiken, z. B. durch
 - Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit (v.a. psychische Belastungen)
 - Folgen des Klimawandels

Gesundheitsförderung als Sozialinvestition

- Gesundheitsförderung und Prävention als Teil einer Sozialinvestitionsstrategie
- Gesundheit als Produktivitätsressource
 - Erhalt der Arbeitsfähigkeit (angesichts alternder Belegschaften und eines Fachkräftemangels)
 - Arbeiten mit 67 (oder länger)
 - Reduktion von Fehlzeiten und Frühberentung

auch:

- Gesundheit als Voraussetzung für ein aktives Altern
- soziales Engagement im Alter (z.B. ehrenamtliche Pflege)

Gesundheitsförderung als gesellschaftliche Modernisierung

- Gesundheitsförderung als Instrument gesellschaftlicher und sozialer Modernisierung
- trotzdem: Ignoranz und Hindernisse
- aber auch Rückenwind durch soziale/gesellschaftliche Problemlagen
- dabei: es bedarf engagierter und kompetenter Akteure zur Problembearbeitung/-lösung

Grundsätzliches

- Bismarcksche Krankenversicherung
- weitgehende institutionelle Trennung der Zuständigkeiten für Krankenversorgung und Gesundheitsförderung/Prävention
 - Fokus auf „Kompensation“ eingetretener Risiken
 - nicht im positiven Sinne: Gesundheit der Bevölkerung erhalten o. fördern

Komplexität des Handlungsfelds (1/2)

- Heterogenität von Akteuren, Aufgaben, Zielen und Interessen
 - Bund, Länder und Kommunen Sozialversicherungsträger (GKV, DGUV, GRV, BA)
 - Zusammenwirken von SV-Trägern und Gebietskörperschaften
 - freie Träger
- Komplexität von Public Health-bezogenen Handlungsanforderungen
 - Koordinierung zahlreicher Akteure
 - Berücksichtigung vielfältiger Interessen
- institutionelle Fragmentierung der Zuständigkeiten
- zahlreiche Implementationshindernisse (z.B. Veto-Spieler)

Komplexität des Handlungsfelds (2/2)

- Folge: Reduzierung von Komplexität, Beschränkung auf das „Machbare“
- „Darwinsches Gesetz der Prävention“ (Kühn/Rosenbrock)
- Präferenz für solche Maßnahmen, die möglichst wenige strukturelle Veränderungen erfordern
- Tendenz: Priorität auf isolierte Maßnahmen und Verhaltensprävention

Fehlen strukturierter Verantwortung

- keine verbindlichen Regeln für Umsetzung der Gesundheitsförderung
- keine strukturierte Verantwortung in der Gesundheitsförderung
- eher: Zufallsprinzip
- Folge: starke Varianz zwischen den Kommunen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung
- keiner der beteiligten Akteurinnen und Akteure war bisher in der Lage, „die Funktion als Motor des ‚Health in All Policies‘-Ansatzes zu erfüllen“ (Nationale Präventionskonferenz, Zweiter Präventionsbericht, 2023, S. 218)

Zielkonflikte

- Unternehmen
 - zentral: Gewinnorientierung
 - Gesundheit von Beschäftigten kann relevant werden, wenn sie Gewinnorientierung beeinflusst (z. B. Reduzierung von Fehlzeiten o. Arbeitnehmer:innenbindung bei Fachkräftemangel)
- Politik
 - Interessen: Vertretung bestimmter Klientel
 - Gesellschaftspolitische, normative oder ideologische Präferenzen
- Verwaltung
 - Unterschiede: Aufgaben, Rollen, Routinen
 - Folge: unterschiedliche Perspektiven und Problemdeutungen (nicht immer kompatibel mit Gesundheitsförderung)

Divergierende Zeithorizonte

- Unterschiedliche Zeithorizonte von Gesundheitsförderung und politischen o. ökonomischen Zielen:
 - Gesundheitliche Interventionen: Effekte zumeist mittel-/langfristig
 - Interessen von Wirtschaft/Politik: zumeist kurzfristig (Jahresbilanz, kommende Wahl)
- Unterlassen von Initiativen/Interventionen selbst dann möglich, wenn langfristig ein Interesse objektiv besteht oder erkannt wird
- nicht immer handeln Verantwortliche im eigenen Interesse, sondern müssen erst durch Akteure der Gesundheitsförderung dazu gedrängt werden

Probleme des Wirkungsnachweises

- Messbarkeit von Wirkungen (bei unspezifischen Interventionen) als Problem
 - Gesundheit/Krankheit als Folge komplexer Wirkungen
 - Nachweis der Wirkung einer bestimmten Intervention oft schwierig
 - zudem: Wirkung tritt in vielen Fällen erst nach langer Zeit ein

Ressourcenknappheit und Problemkonkurrenz

- Knappe Mittel (wirtschaftliche Stagnation, Druck zur Ausgabenkürzung)
 - Gesundheitliche Interventionen: Effekte zumeist mittel-/langfristig
 - Interessen von Wirtschaft/Politik: zumeist kurzfristig (Jahresbilanz, kommende Wahl)
- Zielkonflikte/Problemkonkurrenz, mögliche Dilemmata (Beispiel: Städtebau und Gesundheitsförderung)
- Prioritäten bei knappen Mitteln?
- Gesundheit allein als nicht sonderlich starkes Motiv
- insbesondere, wenn das Gesundheitsziel mit mächtigen Interessen in Konflikt gerät

Gesundheitsförderung im Zwiespalt (1/2)

- Legitimation von Gesundheitsförderung mit der Erwartung wirtschaftlichen Nutzens bringt Gesundheitsakteure in einen Zwiespalt:
 - einerseits: Stärkung der Durchsetzungskraft des Gesundheitsarguments durch Einbeziehung mächtiger Interessen
 - andererseits: Gefahr, die Verfolgung des Ziels „Gesundheit“ von eben diesen Interessen abhängig zu machen

Gesundheitsförderung im Zwiespalt (2/2)

- Legitimation von Gesundheitsförderung mit der Erwartung wirtschaftlichen Nutzens bringt Gesundheitsbewegung in einen Zwiespalt:
- zwei problematische Konsequenzen:
 1. Legitimation von Gesundheitsförderung kann **erodieren**, wenn die Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens **nicht eintritt** oder **nicht mehr vorhanden** ist.
 2. Das Nutzenargument beinhaltet eine **latente soziale Selektivität** von Gesundheitsförderung, denn wenn sie mit wirtschaftlichem Nutzen legitimiert wird, dürfte sie sich primär auf solche Gruppen richten, **deren Gesundheit(sförderung) einen Nutzen verspricht** (dies sind zumeist nicht die besonders vulnerablen Gruppen).

4.

Herausforderungen

Ausrichtung an den Kernaussagen der Ottawa-Charta

- „Health in all Policies“
- Gesundheitsförderung als **gesellschaftliche Gesamtaufgabe**
- **Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten** (soziale Lage, Geschlechter, ethnisch-kulturelle Unterschiede ...)
- **Partizipation/Selbstbestimmung**, Überwindung der Expert:innenorientierung im Gesundheitssystem
- Betonung der **strukturellen Voraussetzungen** für Gesundheit: „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“
- Schaffung **gesundheitsförderlicher Lebenswelten** im Mittelpunkt
- **Individuelle Ressourcen** für gesundheitsförderliches Handeln stärken

Alte und neue Probleme

- Verfestigung von Armut und struktureller sozialer Exklusion
- Wohnungsnot
- Klimawandel:
 - Extremwetterereignisse
 - Zusammenhang von Lebensweise, Gesundheit und globaler ökologischer Krise
- Krieg
- Gewalt (häuslich, öffentlich)

Spezifische Herausforderungen

1. Stärkung der Kommunen

- Entscheidungskompetenzen (Demokratie in der Gesundheitsversorgung)
- stärkere Einbeziehung des ÖGD in die Umsetzung des Präventionsgesetzes (NPK, 2023, S. 218).
- Ausstattung mit angemessenen finanzielle Ressourcen (durch Bund und Länder)

2. Stärkung/Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

- lokale/regionale Gesundheitsplanung
- Koordination von Akteuren und Strategien

3. Stärkung der Partizipation Betroffener, insbesondere vulnerabler Gruppen (Qualitätssicherung in Gesundheitsförderung und Prävention)

4. Festhalten an Gesundheitsförderung als humanistischem Ideal

Restriktive Rahmenbedingungen

- Krieg/Abkehr von einer regelbasierten Weltordnung
- Aufrüstung:
 - Ausgaben immer zu Lasten sozialer Projekte
 - riesige Wohlfahrtsverluste
- fortschreitender Klimawandel und seine Folgen
- enger Finanzrahmen (auf allen Ebenen)
 - ökonomische Stagnation, Aufschwung nicht in Sicht, angespannte Haushaltslage
 - sich verschärfende Verschuldung vieler Kommunen, Auslastung mit Pflichtaufgaben
 - Auslaufen des ÖGD-Paktes: Wie weiter?

5.

Schluss

Schluss (1/2)

- Ottawa-Charta als Meilenstein
- nicht solitär, Verdichtung unterschiedlicher Trends
- nachhaltige Wirkung, Initiierung, Stärkung, Beschleunigung der Gesundheitsförderung
- nach 40 Jahren: nicht Geschichte, sondern weiterhin ein zentraler Bezugspunkt für Gesundheitsförderung
- Bilanz der zurückliegenden Jahrzehnte widersprüchlich:
 - zahlreiche Fortschritte
 - aber: Umsetzung bleibt eine Herausforderung

Schluss (2/2)

- viele alte und manche neue Herausforderungen
- unter eher schwieriger gewordenen Rahmenbedingungen
- besondere Rolle der Kommunen
- Gesunde Städte-Netzwerk als gutes Beispiel für beharrliches, erfolgreiches Handeln

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!