

Ottawa-Charta : Geschichte einer neuen gesundheitspolitischen Konzeption

Autor(en): **Ruckstuhl, Brigitte**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 3

PDF erstellt am: **14.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800344>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ottawa-Charta: Geschichte einer neuen gesundheitspolitischen Konzeption

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 markiert einen Endpunkt eines längeren Entwicklungsprozesses und gleichzeitig den Beginn einer neuen Ära, oft auch als New Public Health bezeichnet. Innovativ waren vier Elemente: ein neues Gesundheitsverständnis, die starke Gewichtung von Lebensbedingungen, der Ansatz der «gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik» sowie eine Abkehr vom herkömmlichen Expertentum, hin zu Selbstbestimmung, Empowerment und Partizipation. Die Charta repräsentiert damit verschiedene in den 1970er und 1980er Jahren entstandene neue Denk- und Handlungsweisen, die sich in der Konzeption Gesundheitsförderung bündelten.

Brigitte Ruckstuhl

Dr. hist., Denzlerstr. 8, CH-3005 Bern, Tel. +41 (0)31 351 15 32, brigitte.ruckstuhl@bluewin.ch, www.brigitte-ruckstuhl.ch

Schlagwörter:

Ottawa-Charta | Gesundheitspolitik | Gesundheitsförderung | Public Health |

Das Gesundheitswesen, das sich zu einem Krankheitswesen entwickelte

In der Nachkriegszeit erlebte Europa und so auch die Schweiz eine lang anhaltende Phase des Wirtschaftswachstums, welches auch die Medizin und das Gesundheitswesen nachhaltig beeinflusste. Es führte zu einem starken Ausbau des ambulanten und stationären kurativen Systems und begünstigte Fortschritte in der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie der Pharmakologie. Die Zeit war geprägt von Zuversicht und Fortschrittsglaube. Diese Entwicklung verschaffte der kurativen Medizin und dem biomedizinischen Denken eine hegemoniale Stellung im Gesundheitswesen. Diese Dominanz prägte auch die gesellschaftlichen und kulturellen Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit sowie die Arzt-Patient-Beziehung. Krankheiten wurden primär als Ergebnis pathophysiologischer Phänomene betrachtet. Die Sorge um Gesundheit und Krankheit wurde an die ärztlichen ExpertInnen delegiert und zu einem individuell lösbaren Problem gemacht. Die Metapher der «Götter in Weiss» war Ausdruck dieses paternalistischen Expertenmodells. Der bevölkerungsbezogene Ansatz hingegen war nach dem Zweiten Weltkrieg und den Erfahrungen des Nationalsozialismus als Staatsmedizin diskreditiert. Staatliche Interventionen hatten wenig Chancen. So wurde, besonders im deutschsprachigen Raum, die Vorsorge in der Öffentlichen Gesundheit, die mit der Sozialhygiene in der Zwischenkriegszeit eine Hochphase erlebte, immer mehr zurückgedrängt, strukturell, institutionell – und aus dem kollektiven Bewusstsein verdrängt. Damit verschwand immer mehr ein kollektives Verständnis über die gesellschaftlichen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit. Erklärung und Behandlung von Krankheit wurden von gesellschaftlichen

Prozessen isoliert und von den soziokulturellen und ökonomischen Lebensbedingungen der Menschen getrennt.

In den 1970er-Jahren konnte sich in der Schweiz die Präventivmedizin etablieren und akademisieren. Auftrieb bekam sie durch das veränderte Krankheitspanorama, das sich von den Infektionskrankheiten immer mehr in Richtung chronische Krankheiten bewegte. Auf der Grundlage grosser Bevölkerungsstudien (z.B. Framingham Heart Study, gestartet 1948),¹ entwickelte sich eine Epidemiologie der chronischen Krankheiten und mit ihr das Risikofaktorenmodell. Immer mehr Risikofaktoren wie etwa Rauchen, hoher Blutdruck oder Übergewicht wurden identifiziert, die Entstehung und Verlauf von chronischen Krankheiten beeinflussten. Es bildete sich bald ein Konsens, der primär die «Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten» des modernen Lebens für die «chronisch-degenerativen Leiden» verantwortlich machte.² Aufgabe der sich gleichzeitig mit der Präventivmedizin entwickelnden Gesundheitserziehung war nun, Menschen durch Wissensvermittlung, Beeinflussung von Werthaltungen sowie Vermittlung von Handlungsanweisungen zur «Änderung ungesunder Gewohnheiten» zu motivieren.³

Kritik und Aufbruch in den 1970er-Jahren

Die lange Phase des Wirtschaftswachstums, die mit der Ölkrise von 1974 zu Ende ging, hatte in der Nachkriegszeit Wohlstand und soziale Sicherheit für einen grossen Teil der Bevölkerung geschaffen. Gleichzeitig fand ein gesellschaftlicher Wandel statt. Erhöhte Bildungschancen, vielfältige Konsum- und Freizeitmöglichkeiten sowie verstärkte geographische und soziale Mobilität sind einige Stichworte, die mit dem Wandel verbunden sind.⁴ Er vergrösserte die Handlungsspielräume der Menschen und führte zu einem Wertewandel insbesondere in der jüngeren Generation. Diese Nachkriegsgeneration, mit den wirtschaftlichen Errungenschaften und meist guter Bildung gross geworden, entwickelte andere Visionen vom Leben. Diese kamen im Aufbruch der 1968er-Bewegung und in den neuen sozialen Bewegungen deutlich zum Ausdruck.



Die Vertreterinnen und Vertreter dieser Bewegungen – Frauenbewegung, Ökologiebewegung, Friedensbewegung, Schwulenbewegung – kritisierten die macht- und wachstumsgeprägte Politik. Sie hatten andere Vorstellungen bezüglich persönlichen und sozialen Gestaltungsmöglichkeiten und forderten mehr Selbstbestimmung und Mitbestimmung in demokratischen Prozessen in Politik und Alltag, mehr Lebensqualität statt immer mehr Konsum. Auch das bestehende Medizinsystem wurde einer scharfen Kritik unterzogen. Eine auf Technik und ExpertInnen orientierte Medizin prallte auf eine vom Wandel geprägte neuere Generation, die nicht mehr in die paternalistische Versorgungsmentalität passte. Zur Debatte standen die Dominanz der Medizin, das Expertentum, das enge biomedizinische Denken sowie das paternalistische Arzt-Patienten-Verhältnis. Die auf ExpertInnen ausgerichtete Versorgung wurde als «Enteignung» angeklagt.⁵ Angeprangert wurde die Entwicklung als «Medikalisierung», die immer mehr gesellschaftliche und politische Problemstellungen medizinisch definierte und diese entsprechend individuell-therapeutisch löste. Für die Kritikerinnen und Kritiker hingegen waren Gesundheit und Krankheit eng mit den ökonomischen, politischen und kulturellen Bedingungen verknüpft. Nicht nur von den sozialen Bewegungen wurde Kritik geäußert – auch innerhalb der Medizin gab es Vertreter und Vertreterinnen, die auf die Grenzen der Medizin hinwiesen. Einer der prominentesten ExponentInnen war George Engel. Er setzte an die Stelle des biomedizinischen ein biopsychosoziales Modell.⁶

Neue Modelle werden erprobt

Die Mitglieder der medizinkritischen Bewegung initiierten und realisierten Projekte, in denen sie ihre Vorstellungen umsetzen und leben konnten. Es entstanden Frauenambulatorien, Kinderläden, Beratungsangebote bis hin zu Modellen der PatientInnenmitbestimmung. Diese Initiativen waren Experimentierstätten

für neue Lebensstile, neue Denk- und Handlungsansätze. Es entstanden Gegenentwürfe, in denen Fachpersonen ein neues professionelles Selbstverständnis erproben konnten und die den Laien neue aktive Rollen ermöglichten. Beispiele aus der Schweiz sind die Frauen-Ambulatorien, die in Genf und Zürich aufgebaut wurden. In der Frauenbewegung waren die Auseinandersetzungen stark und ausgeprägt. Im Zentrum stand die Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Dies brachten die Initiantinnen des Frauenambulatoriums in Zürich deutlich zum Ausdruck: «Über Fragen, die unseren eignen Körper betreffen, lassen uns die Ärzte nicht mitentscheiden, so dass wir Frauen in eine Abhängigkeit vom Arzt und seiner Medizin geraten. Bei vielen von uns entstehen Wut, Misstrauen und Verunsicherung. Gegen diese Ohnmacht der heutigen menschen- und insbesondere frauenfeindlichen Medizin gegenüber wollen wir ankämpfen und eine echte Alternative dazu schaffen».⁷

Ein anderes Beispiel ist die Gründung der ersten schweizerischen Patientenstelle. Mitte der 1970er-Jahre initiierte eine Gruppe im Forum für Gemeinschaftsaktionen des Gottlieb-Duttweiler-Instituts das Projekt «Klagemauer». Im September 1978 konnte die Patientenstelle Zürich als Dauereinrichtung mit einem neuen Standort eröffnet werden. Zielsetzung war die Demokratisierung des Gesundheitswesens, das in ihren Augen «äusserst hierarchische, undemokratische und unpartizipative Strukturen» aufwies. Die Patientenstelle sah sich als eine Selbsthilfeorganisation, die Beratung, Erfahrungsaustausch und Hilfe zur Selbsthilfe anbot und sich gleichzeitig für gesundheitspolitische Themen einsetzte.⁸

In den sozialen Bewegungen war die Überzeugung vorherrschend, dass sich gesellschaftliche Verhältnisse in den alltäglichen Bedingungen, den Norm- und Wertvorstellungen und in den Rollenerwartungen widerspiegeln. Ausgangspunkt war deshalb immer auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle. Es



war ein zentrales Merkmal der Selbsthilfe, dass Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen immer mit persönlichen Veränderungen in Verbindung gebracht wurden. Eine paternalistische ExpertInnenrolle zu überwinden war genauso wichtig, wie autoritäre Strukturen demokratischer zu gestalten.

Die WHO als zentraler Akteur für den Wandel in Public Health

Gegen Ende der 1970er-Jahre machte sich der gesellschaftliche Wandel auch in der WHO bemerkbar. Die medizinisch geprägte Institution, die sich hauptsächlich mit den grossen Infektionskrankheiten beschäftigte, leitete mit der Resolution der 30. WHO-Versammlung 1977 eine neue Etappe ein. Bei dieser Konferenz stimmten die Mitglieder einer Resolution zu, die festhielt, dass «das vorrangige soziale Ziel von Regierungen und der WHO in den kommenden Jahrzehnten die Erreichung eines Grades von Gesundheit für alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 sein soll, der ihnen erlaubt, ein soziales und ökonomisch produktives Leben zu führen».⁹ Damit war die Vision für die künftige Strategie «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» gelegt. Gesundheit wurde zu einer Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und diese wiederum zu einer Ressource für Gesundheit. Im Fokus standen nun die Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und Gesundheit. Damit geriet auch die ungerechte Verteilung von Gesundheitsressourcen ins Blickfeld. Halfdahn Mahler, der damalige Direktor der WHO, hat diesen Wandel vorangetrieben. Er wollte «weg von idealistischen Resolutionen, die auf nationaler Ebene selten oder nie umgesetzt werden (...), weg von einer Gesundheitspolitik, die sich mehr mit Diensten als mit Gesundheit beschäftigt (...), weg von einer Ressourcenverteilung, in der 80 bis 90 Prozent der Ressourcen auf 10 bis 15 Prozent der Gesundheitsprobleme hin strukturiert sind».¹⁰ Mahlers Anliegen war eine gerechtere

Verteilung der Ressourcen als Voraussetzung für die Gesundheit von möglichst vielen Menschen. In der Alma-Ata-Konferenz von 1978¹¹ nahm diese neue Orientierung mit dem Konzept der Primären Gesundheitsversorgung konkrete Formen an. Zentral waren drei Strategien, auf denen auch die spätere Gesundheitsförderung aufbaute:

- ein neues berufliches Rollenverständnis: basisorientiert statt expertenorientiert
- die Orientierung an kleinen sozialen Einheiten wie Communities oder Gemeinden: dezentral statt zentral
- eine Zusammenarbeit mit anderen Sektoren: multisektoriell statt monosektoriell

Massgebend für die Entwicklung der Gesundheitsförderung als Konzeption war das Engagement der WHO Europa. Sie schuf ein Programm «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» mit konkreten Zielen für Europa. Die Chancengleichheit bildete dabei einen zentralen Kern.¹² Um dazu die notwendigen theoretischen und methodischen Grundlagen für die Umsetzung zu entwickeln, verabschiedete die WHO Europa 1981 das Programm «Gesundheitserziehung und Lebensweisen». Dieses war für die Entwicklung der Konzeption Gesundheitsförderung entscheidend. In diesem Programm tauchte der Begriff Gesundheitsförderung, der in Europa noch neu war, vorerst als ein Aktionsbereich auf. Klare Vorstellungen darüber, was darunter zu verstehen sei, fehlten: «Beim Betreten dieses Feldes ist ein Hauptproblem das Fehlen einer klaren Vorstellung darüber, was unter Gesundheitsförderungsaktivitäten zu verstehen ist. Hier stellt sich somit ein Problem sowohl der Definition des Begriffs als auch der verbreiteten Verwendung dieses Begriffs in der Gesundheitsliteratur, wo er nicht mehr auf Morbidität und Mortalität beschränkt ist, sondern inzwischen eine Vielfalt von Ansätzen und Massnahmen umschreibt, die die unspezifische

Krankheitsverhütung und die Förderung einer positiven Konzeption der Gesundheit in Zusammenhang mit Lebensqualität zum Gegenstand haben».¹³ Mit dem Programm «Gesundheitserziehung und Lebensweisen» wurde eine eindruckliche Entwicklungsdynamik eingeleitet. Die WHO Europa initiierte Workshops und Tagungen, erarbeitete Grundlagendokumente, klärte Konzepte und Begrifflichkeiten – immer unter Einbezug von unterschiedlichsten Akteurinnen und Akteuren, von Laien und Fachpersonen sowie von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Neue Ansätze wurden aufgegriffen und miteinbezogen wie etwa die Gemeinwesenarbeit oder die Gemeindepsychologie sowie aktuellste sozialwissenschaftliche Forschungen. Dazu gehörten auch die Studien von Aaron Antonovsky, der den Begriff der Salutogenese und das Salutogenesekonzept prägte.¹⁴ Damit wurde neben der Pathogenese eine neue Perspektive eingeführt, die danach fragte, wie Gesundheit entsteht und nicht, was krank macht.

Von der Gesundheitserziehung zu einem gesundheitspolitischen Konzept

Im Sommer 1984 traf sich auf Einladung der WHO Europa eine internationale Arbeitsgruppe, um ein Grundlagenpapier «Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung» zu diskutieren und weiterzuentwickeln.¹⁵ Ziel des Treffens war es, eine Synthese und Verdichtung der bis dahin erarbeiteten Grundlagen in Richtung einer kohärenten Konzeption für Gesundheitsförderung zu erstellen. Die Autorinnen und Autoren betrachteten Gesundheitsförderung als ein verbindendes Konzept für alle Ansätze, die die Lebensweisen und die Lebensbedingungen zur Förderung der Gesundheit ins Zentrum stellten. Gesundheitsförderung wurde zu einem Rahmenkonzept, das einen neuen Zugang zu Public Health schaffen und fördern sollte. Diese Präzisierung war bedeutsam. Gesundheitsförderung war nun weit mehr als nur eine Modernisierung der Gesundheitserziehung. Ab 1984 wurde sie mit einem Paradigmenwechsel in Public Health in Verbindung gebracht. 1986 fand in Ottawa (Kanada) die erste Internationale Konferenz zu Gesundheitsförderung statt, an der das Grundlagendokument «Konzept und Prinzipien» von 1984 als Grundlage weiterbearbeitet wurde. An dieser Konferenz verabschiedeten die eingeladenen Expertinnen und Experten das finalisierte Dokument als «Ottawa-Charta zu Gesundheitsförderung – A Move Towards a New Public Health».¹⁶

Die Ottawa-Charta

Die lange Geschichte der Neuorientierung, die sich ab Ende der 1970er-Jahre abzuzeichnen begann, erhielt mit der Ottawa-Charta eine konkrete Form und eine klare Richtung: ein Konsensdokument, das festhielt, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist. Die Charta repräsentierte Aufbruch, das Neue, das Moderne und löste im Bereich Public Health einen enormen Schwung aus.

Die Charta, so steht es in der Einleitung, wurde als «Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue Bewegung für die Gesundheit der ganzen Welt» gesehen.¹⁷ Der Geist der neuen sozialen Bewegungen ist unschwer zu erkennen. Getragen wurde diese Bewegung von der Vision «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000». Die Hoffnung war gross, dass man mit der neuen gesundheitspolitischen Konzeption dieser Vision ein grosses Stück näher komme. An dieser Stelle werden vier neue und innovative Elemente der Charta hervorgehoben, die bis heute hohe Relevanz für die Gesundheitsförderung haben.

Neues Gesundheitsverständnis

Die Charta basiert auf einem neuen Gesundheitsverständnis. Zwei Aspekte sind dabei zentral. Erstens wird Gesundheit erstmals

in konsequenter Form als eigenständige, positive Konzeption auf der Grundlage eines salutogenen Paradigmas betrachtet. Der zweite Aspekt betrifft die Entstehungsbedingungen für Gesundheit. Gesundheit wird als Ergebnis komplexer Interaktionen zwischen Lebensbedingungen, Lebenswelten und handelnden Menschen gesehen. Damit werden die ungleiche Verteilung von Gesundheitsressourcen und die gesundheitliche Ungleichheit in den Vordergrund gerückt.

Kontextualisierung

Der Charta liegt das Verständnis zu Grunde, dass die Lebensbedingungen und Handlungsmuster der Menschen durch historische und gesellschaftliche Prozesse aufs engste ineinander verwoben sind. In der englischen Version der Ottawa-Charta wird diese Verbindung sprachlich präziser zum Ausdruck gebracht als in der deutschen Übersetzung. Dort wird sie als «inextricable», als unauflöslich verbunden bezeichnet. Gesundheit wird aufs engste mit Lebenswelten und Lebensbedingungen verknüpft. Das heisst, Gesundheitsverhalten kann nie isoliert betrachtet werden.

Neue Strategien

Die Vorstellung der Entstehungsbedingungen von Gesundheit führte zu der Erkenntnis, dass Gesundheit über die Gestaltung der materiellen und sozialen Umwelt und der Lebensbedingungen beeinflusst resp. geschaffen werden kann. Das bedeutet, dass nicht alleine der Gesundheitsbereich für Gesundheit zuständig ist, sondern alle gesellschaftlichen Bereiche herausgefordert sind. Gesundheit wird zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Das hat sich in der Charta mit der Forderung nach einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik niedergeschlagen, heute unter dem Begriff «Gesundheit in allen Politikbereichen» oder «Health in all Policies» bekannt.

Für die Umsetzung wird eine sozialökologische Betrachtungsweise gefordert – ein Ansatz, der die Menschen in ihrer sozialen und materiellen Umwelt berücksichtigt. Konkretisiert wird dieser mit dem Setting-Ansatz der WHO. Er legt den Fokus auf die Interdependenz zwischen den sozialen Kontexten und den Menschen, die diese Kontexte prägen und von diesen geprägt sind. Mit dem Ansatz sollen Lernprozesse in Systemen initiiert werden, ohne normative Zielsetzungen vorzugeben.

Abkehr vom herkömmlichen Expertenverständnis

Statt «Expertentum» stehen der Gedanke der Hilfe zur Selbsthilfe und die Selbstbestimmung im Zentrum des beruflichen Handelns. Ziel ist es, die Handlungsmöglichkeiten der Menschen zu erweitern, mit Betonung der Chancengleichheit. Dazu sind Voraussetzungen zu schaffen, damit Menschen über Teilhabe (Partizipation) mehr Einfluss über ihr Leben gewinnen können (Empowerment).

Fazit und Ausblick

Wirft man einen Blick auf die Dynamik des Entstehungsprozesses der Charta, zeigt sich, dass sich Gesundheitsförderung innerhalb kurzer Zeit zu einer neuen gesundheitspolitischen Konzeption mit einer neuen Perspektive entwickelt hat. War sie zu Beginn im WHO-Programm «Gesundheitserziehung und Lebensweisen» von 1981 als Aktionsbereich verortet, so bildete sie im 1984 erstellten Dokument «Konzept und Prinzipien» bereits ein Rahmenkonzept für die neuen Ansätze und Denkweisen. Schliesslich präsentiert sie sich in der Ottawa-Charta als eine übergeordnete gesundheitspolitische Konzeption einer neuen Public Health. Vor dem Hintergrund dieser geschichtlichen Entwicklung hat Gesundheitsförderung in der Folge unterschiedliche Funktionen übernommen: Sie war Transformatorin eines Mo-

demisierungsprozesses in Public Health, Treiberin einer neuen gesundheitspolitischen Vision auf einer salutogenen Basis und Leitbild für ein Handlungsfeld.¹⁸

Die Ottawa-Charta hat als Abschluss einer Entwicklungsphase zentrale und innovative Elemente für eine zukunftsgerichtete neue Public Health und Gesundheitsförderung festgehalten. Als Ausgangspunkt für einen Neubeginn barg sie jedoch einige Herausforderungen. Die Charta als Aufruf für eine neue Denk- und Handlungsweise war aus der damaligen Sicht zentral, denn für eine Modernisierung im Gesundheitswesen sollten alle angesprochen werden. Als Aufruf konnte sie breit genutzt, aber auch unterschiedlich gedeutet werden, was eine Fragmentierung der Konzeption zur Folge hatte.¹⁹ Jeder und jede konnte Elemente aus der Charta herauslesen und sich auf sie berufen. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention haben sich in der Folge teilweise begrifflich und konzeptionell überlagert, nicht zuletzt, weil Grundlagen für die neue Konzeption noch weitgehend fehlten und sich mit dem Modernisierungsschub gleichzeitig auch die Krankheitsprävention veränderte. Der Ausgestaltungsprozess der beiden Ansätze ist bis heute nicht abgeschlossen.

Erschwerend für die Weiterentwicklung war auch, dass der Aufschwung, den die Gesundheitsförderung als Bewegung nach sich zog, bereits in den 1990er-Jahren durch die sich herausbildende gesellschaftliche Konstellation, bekannt als neoliberale Strömung, gebremst wurde. Wie sich dieser Wandel, umschrieben mit den Begriffen Ökonomisierung, Privatisierung und verstärkte Individualisierung für die Gesundheitsförderung ausgewirkt hat und immer noch auswirkt, ist in der Tendenz zu erkennen, wird aber noch aufzuarbeiten sein. Am deutlichsten ist ein Wandel in einer veränderten Verwendung des Gesundheitsbegriffs zu erkennen. Gesundheit als Begriff erlebte eine inflationäre Verwendung. Der positiv konnotierte Begriff liess sich durch die anrollende Wellness- und Fitnesswelle gut vermarkten. Heute gibt es kaum noch einen Bereich, der Gesundheit nicht als verkaufsförderndes Etikett verwendet. Gesundheit wurde zu einem individuellen, erneuerbaren, konsumierbaren Gut – losgelöst von jeglichen sozialen Zusammenhängen. Die kontextualisierte Gesundheit hat einer vorwiegend individualisierten Vorstellung Platz gemacht. Diese Entwicklung mag für viele einen Zugewinn an individueller Freiheit bedeuten, vor allem für diejenigen, die über die nötigen finanziellen Ressourcen verfügen. Mit der Veränderung des Begriffs nahm auch der Druck zu, individuell möglichst viel für die eigene Gesundheit zu tun. Verbunden mit der herrschenden Verantwortungslogik heisst das, jede und jeder muss in Gesundheit investieren. Diesem Imperativ ist nur schwer auszuweichen. Die Verlagerung der Verantwortung auf das Individuum lässt die Tatsache der ungleich verteilten Ressourcen in den Hintergrund rücken. Zu den Verlierern und Verliererinnen gehören diejenigen, die eben nicht auf die erforderlichen sozialen, kulturellen und ökonomischen Ressourcen zurückgreifen können. ●

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
Die Projektgruppe (1980): Die Projektgruppe Frauen-Ambulatorium Zürich stellt sich vor. Soziale Medizin 1980(2): 12.

- Doering-Manteuffel, A./Lutz, R. (2008): Nach dem Boom. Perspektiven auf die Zeitgeschichte seit 1970. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Engel, G.L. (1979): Die Notwendigkeit eines neuen biomedizinischen Modells. Eine Herausforderung der Biomedizin. S. 63-85 in: H. Keupp (Hrsg.), Normalität und Abweichung. München: Urban & Schwarzenberg.
Giroux, E. (2012): The Framingnam Study and the Constitution of a Restrictive Concept of Risk Factor. Social History of Medicine 26(1): 94-112.
Illich, I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit. Rowohlt: Reinbek.
Kickbusch, I. (1982): Vom Umgang mit der Utopie. Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. S. 267-276 in: H.-H. Abholz et al. (Hrsg.), Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse. Berlin: De Gruyter.
Ruckstuhl, B. (2011a): Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim: Juventa.
Ruckstuhl, B. (2011b): 25 Jahre Ottawa-Charta: Ein kritischer Blick zurück für die Zukunft. Prävention 2011(4): 66-70.
Schär, M. (1968): Leitfaden der Sozial- und Präventivmedizin. Bern: Hans Huber.
Schär, M. (1984): Leitfaden der Sozial- und Präventivmedizin. Bern: Hans Huber.
WHO (1977): Resolution der 30. Weltgesundheitsversammlung in Genf 1977. S. 61 in: P. Franzkowiak/P. Sabo (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Verlag Peter Sabo.
WHO (1978): Erklärung von Alma Ata. Genf. URL: www.tinyurl.com/zlhlvju, Zugriff 25.04.2016.
WHO Europa (1981): Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen. Kopenhagen: Regionalbüro für Europa (EUR/RC31/10).
WHO Europa (1984): Gesundheitsförderung: Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien. S. 83-95 in: P. Franzkowiak/P. Sabo (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Verlag Peter Sabo.
WHO Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.-21. November 1986. URL: www.tinyurl.com/alwupaj, Zugriff 25.04.2016.
WHO Europa (1992): Ziele zur «Gesundheit für alle». Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Zusammenfassung September 1991. Kopenhagen.

Endnoten

- 1 Vgl. Giroux 2012.
- 2 Schär 1968: 121.
- 3 Schär 1984: 147.
- 4 Vgl. Doering-Manteuffel/Raphael 2008.
- 5 Vgl. Illich 1975.
- 6 Engel 1979: 67.
- 7 Die Projektgruppe 1980: 12.
- 8 Das längerfristige Ziel war, eine gesamtschweizerische Bewegung zu initiieren, die sich für ein fortschrittliches Gesundheitswesen einsetzte. Dieses wurde zwar nicht erreicht, 1981 konnte hingegen eine Schweizerische Patientenorganisation gegründet werden.
- 9 Vgl. WHO 1977.
- 10 Kickbusch 1982: 268.
- 11 Vgl. WHO 1978.
- 12 Vgl. WHO Europa 1992.
- 13 Vgl. WHO Europa 1981.
- 14 Vgl. Antonovsky 1979.
- 15 Vgl. WHO Europa 1984.
- 16 Vgl. WHO Europa 1986. Bemerkenswert ist, dass der Untertitel nur in der englischsprachigen Version der Ottawa-Charta existiert.
- 17 WHO Europa 1986: 1.
- 18 Vgl. Ruckstuhl 2011a.
- 19 Vgl. Ruckstuhl 2011b.

