

Gesundheitskonferenzen

Alfons Holleder¹

Alf Trojan²

¹ Fachbereich 01 Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Professur Theorie und Empirie des Gesundheitswesens, Universität Kassel, Kassel, Germany

² Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Abstract

Gesundheitskonferenzen sind Partnerschaften für Gesundheit auf lokaler und Landesebene, die die Vertreter aller relevanten Gruppierungen und Institutionen im Gesundheitswesen repräsentieren und auf Information, Verständigung, Kooperation und Partizipation zielen. Sie sind eigenständig und arbeiten nach dem Konsensprinzip. Im Text wird auf alte und neue Kooperationsstrukturen in der Gesundheitsförderung eingegangen und der heutige Stand ihrer Institutionalisierung auf Landes- und Kommunalebene beschrieben. An Beispielen werden die Historie sowie Grenzen und Möglichkeiten von Gesundheitskonferenzen verdeutlicht. Abschließend werden Perspektiven skizziert.

Keywords: Gesundheitskonferenz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kommunale Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement, Gesundheitsplanung

Einleitung

Aus der Vielfalt der [Determinanten der Gesundheit](#) [1] ergibt sich die Notwendigkeit, dass sich im Gesundheitswesen die Vertreter aller relevanten Gruppierungen und Institutionen vernetzen und partnerschaftlich im Sinne von Verständigung, Kooperation und Partizipation zusammenarbeiten. Dabei ist zunächst offen, auf welche Bereiche genau sich die Kooperation erstrecken soll. Im Wesentlichen geht es sowohl um die gesundheitliche und soziale Versorgung der Menschen als auch um Prävention und Gesundheitsförderung. Koordination und Kooperation sind im Prinzip auf allen Ebenen nötig. Im Leitbegriff [Partnerschaften für Gesundheit](#) [2] wird vor allem auf die internationale und nationale Ebene eingegangen. Hier werden die Landes- und Kommunalebene behandelt.

Alte und neue Kooperationsstrukturen der Gesundheitsförderung

Kooperationsstrukturen der Gesundheitsförderung gibt es schon lange. Sie werden uneinheitlich benannt als kommunale bzw. regionale/Landes-Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung bzw. für Gesundheitsförderung, als Arbeitskreise Gesundheit oder inzwischen als Gesundheitskonferenzen. Ähnliche Kooperationsstrukturen haben sich auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung bewährt, z. B. als psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Pflegekonferenzen, Netzwerke Kinderschutz oder Armutskonferenzen. In manchen Kommunen wurden auch explizit „Präventionskonferenzen“ eingerichtet, z. B. in Hessen. Die angestrebte Zusammensetzung ist in Abb. 1 ersichtlich, variiert in der Realität aber sowohl auf Landes- als auch auf Kommunalebene.

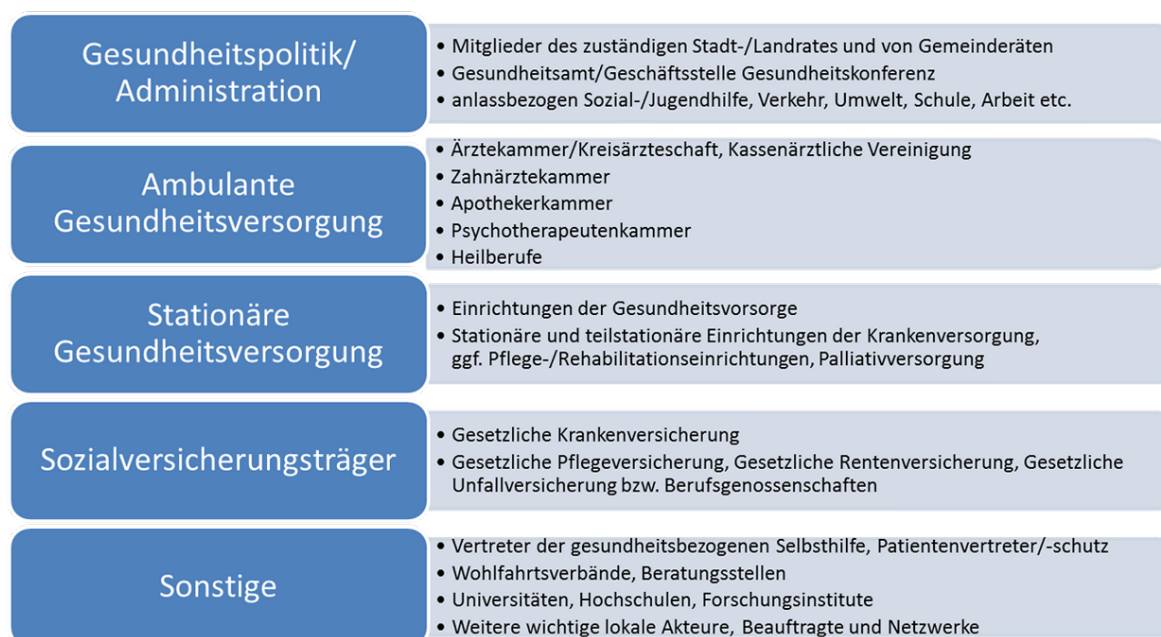


Abb. 1: Typische Gruppen von Akteurinnen und Akteuren in Gesundheitskonferenzen (Quelle: [8])

Strukturelle und prozessuale Gemeinsamkeiten sind meist jährliche Treffen, eine Geschäfts- oder Koordinationsstelle, Ausschüsse oder Arbeitsgruppen für Spezialthemen (als ständige Einrichtung oder ad-hoc), Fachveranstaltungen wie z. B. Gesundheitstage sowie die Betreuung von Umsetzungs- und/oder Kooperationsprojekten.

Neben frühen Praxis- und Politikinitiativen haben auch mehrere große Forschungsvorhaben zur Entwicklung, Erprobung und Implementierung neuer Koordinationsstrukturen beigetragen, insbesondere die Gemeindeinterventionen der Deutschen Herz-Kreislauf Präventionsstudie (DHP 1979 bis 1991; Forschungsverbund DHP, 1988), der Verbund Laienpotential, Selbsthilfe und Patientenaktivierung (1979 bis 1987; [4]) und die „Wohnortnahe Rheumaversorgung“ (1984 bis 1990; [5]).

Bei den alten und neuen Kooperationsstrukturen handelt es sich um „intermediäre“, zwischen Akteurinnen und Akteuren und Zuständigkeitsbereichen vermittelnde Instanzen (Konferenzen, Netzwerke, Foren, Arbeitsgemeinschaften u. ä.). Es sind gebiets-, zielgruppen- oder problembezogene, unterschiedlich organisierte Verbundsysteme, die oft Staat, Markt und informelle Sphäre miteinander verknüpfen [6] ([Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung](#)). Ähnliche Strukturen sind auch in Politikfeldern anzutreffen, die nicht explizit mit Gesundheit befasst sind (z. B. Umwelt, Stadtplanung, Bildung), aber implizit auch für Gesundheit relevant sind. Diese Verbundsysteme bzw. Partnerschaften sind Systemschnittstellen zwischen verschiedenen Politiksektoren, ermöglichen also intersektorale Politik. Obwohl bei Gesundheitskonferenzen die Absicht intersektoraler Verknüpfung immer mitschwingt, gelingt dies, wenn überhaupt, meist nur für die Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

Bei den Gesundheitskonferenzen geht es auch implizit um das Spannungsfeld zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung im Gesundheitswesen. Das deutsche Gesundheitssystem ist von Korporatismus und Föderalismus geprägt. Die Bundesländer sind zuständig für die Bereiche Prävention, Krankenhausversorgung und den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In der Historie ergriffen sie die Initiative für neue Kooperationsformen im Land und für die Kommunen, die in Ausgestaltung und Engagement zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich ausfielen. Die deutschen Erfahrungen strahlten später auf Österreich und punktuell auch auf die Schweiz aus.

Landesgesundheitskonferenzen

In fast allen Bundesländern gibt es Koordinationsstrukturen für die gemeinsame Trägerschaft von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Diese sind außerordentlich heterogen bezüglich der relevanten Strukturmerkmale.

Die Koordinationsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene haben Initiierungs- und Steuerungsfunktionen für ihre Mitglieder und die Landespolitik.

Landesgesundheitskonferenzen gab es zuerst in Nordrhein-Westfalen (seit 1991), dann in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt; inzwischen gibt es sie in fünf Bundesländern.

Sachsen-Anhalt: Die Landesgesundheitskonferenz in Sachsen-Anhalt hatte den Charakter einer Veranstaltung sowohl für und mit der Fachwelt als auch für und mit der Bevölkerung. Im zweiten Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt (1997) wurde nicht nur über die gesundheitliche Versorgung berichtet, es wurden auch fünf [Gesundheitsziele](#) [7] vorgeschlagen (Senkung der Säuglingssterblichkeit, der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit und Krebssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt, Erreichen eines altersgerechten Impfstatus, Senkung des Verbrauchs und der Auswirkungen legaler Suchtmittel). Sie wurden bei der ersten Landesgesundheitskonferenz akzeptiert und durch ein sechstes Ziel (Zahngesundheit) erweitert. Bei diesen Gesundheitszielen wurden folgende Typen unterschieden:

- Ziele, die an Krankheiten orientiert sind, deren Früherkennung verbessert, verhindert und deren letaler Ausgang reduziert werden sollen.
- Ziele, welche die Entstehung von Krankheiten mittels verhaltensorientierter bzw. medizinischer Maßnahmen im Sinne des klassischen Präventionsansatzes erst gar nicht zulassen (Impfen und Gesundheitsförderung).

Zu den sechs Gesundheitszielen fanden seinerzeit „themenbezogene Workshops“ statt, in denen Ziele und Umsetzungsmaßnahmen konkretisiert wurden [8]. Das Ergebnis der Workshops war die Bildung von Arbeitskreisen und Unterarbeitsgruppen. Der Prozess von der Gesundheitsberichterstattung bis zur Umsetzung von Zielen wurde eng verknüpft mit der landesweiten Gesundheitsstrategie „[Vorsorgen – Gesundheit für Sachsen-Anhalt](#)“. Auch heute arbeitet Sachsen-Anhalt noch mit Gesundheitszielen, eine übergreifende Gesundheitsstrategie ist jedoch nicht mehr erkennbar.

Das Beispiel Sachsen-Anhalt beeindruckt durch die hohe Stringenz, mit der Gesundheitspolitik nach dem [Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus](#) [9] verfährt: Situationsanalyse durch [Gesundheitsberichterstattung](#) [10], Formulierung von präzisen prioritären Gesundheitszielen [7] ([Gesundheitsziele](#)), Umsetzung mit Expertinnen und Experten unter Beteiligung der Öffentlichkeit bei Steuerung durch das Ministerium sowie Evaluation des Erreichten mittels fortgeschriebener Berichterstattung.

Sachsen-Anhalt war gutes Beispiel dafür, dass Gesundheitskonferenzen im Dienste der Prävention und Gesundheitsförderung stehen. Inzwischen hat sich die strukturelle Zuordnung ins Amt für Verbraucherschutz verschoben, zudem wird Kurzberichten und Fokusberichten der Vorzug gegenüber den klassischen Basisberichten gegeben.

Nordrhein-Westfalen: In Nordrhein-Westfalen waren die Ottawa-Charta und das Gesunde-Städte-Projekt (1986) sowie die Vorstellung des [Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus](#) [9] durch das Institute of Medicine (1988) die Meilensteine für die praktisch-politische und theoretische Entwicklung. Hierauf aufbauend wurde eine systematische Public Health-Politik gestartet, die 1988 mit der Landesgesundheitsberichterstattung begann, 1991 zur Landesgesundheitskonferenz führte, 1994/95 mit der Gründung der Gesundheitswissenschaftlichen Fakultät Bielefeld und des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) wichtige Infrastrukturelemente schuf. 1995 wurden vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen festgelegt und das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ gestartet. Noch bevor dieses vollständig ausgewertet war, wurden 1997 im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowohl die Landesgesundheitskonferenz als auch die kommunalen Gesundheitskonferenzen formell implementiert und geregelt (§ 26 und § 24 ÖGDG NRW).

Die Landeskonzferenz hat die Aufgabe (nach § 26 Abs. 2 ÖGDG NRW), „gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung mit dem Ziel der Koordinierung“ zu beraten und „bei Bedarf Empfehlungen“ abzugeben. „Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.“ Weitere (nicht gesetzlich vorgegebene) Aufgaben bestehen in der Weiterentwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele und Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen sowie für die Betreuung des Projektverbundes „[Gesundes Land NRW](#)“. Die Mitglieder werden vom zuständigen Gesundheitsministerium berufen (ungefähr wie in Abb. 1). Die Verknüpfung mit der kommunalen Ebene ist durch Mitglieder aus den kommunalen Spitzenverbänden des Landes gegeben.

Nordrhein-Westfalen hat mit Abstand die größte Kontinuität und präziseste Regelung für die Koordination auf Landesebene. In einer Evaluation wird festgestellt, dass die Landesgesundheitskonferenz eine unverzichtbare organisatorische Neuerung der Gesundheitspolitik auf Landesebene ist. Die aufgegriffenen Themen können als relevant im Sinne eines vorhandenen Gestaltungsbedarfs in den Politikbereichen gelten. Der Anspruch, Anstoß zu einer neuen Kultur gemeinsamen Handelns im

Gesundheitswesen zu sein, wird erfüllt [11]. Einschränkungen sind zu machen, inwieweit und in welchen Bereichen die Landesgesundheitskonferenz als Steuerungsinstrument dient (und dienen kann) und inwieweit ihre Empfehlungen zu nachweisbaren Auswirkungen führen.

Mecklenburg-Vorpommern: In Mecklenburg-Vorpommern hat es zwar einen frühen Beginn (1998), aber keine Kontinuität von Gesundheitskonferenzen gegeben. Seit einigen Jahren werden im Rahmen eines Aktionsbündnisses für Gesundheit Landeskonferenzen (im Sinne von Fachkonferenzen) durchgeführt und hierdurch präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten gebündelt.

Baden-Württemberg: In § 4 des Landesgesundheitsgesetzes (LGG) ist die Landesgesundheitskonferenz rechtlich verankert.

In Baden-Württemberg wurde 2013 die erste Landesgesundheitskonferenz auf der Basis zweier vorangegangener „Gesundheitsdialoge“ durchgeführt. Die Landesgesundheitskonferenz findet einmal jährlich unter Vorsitz des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg statt und umfasst einen öffentlichen und nichtöffentlichen Teil. Im Landesgesundheitsgesetz (LGG) sind die ständigen Mitglieder des nichtöffentlichen Teils geregelt.

Die Landesgesundheitskonferenz als gesundheitspolitisches Gremium kann Empfehlungen zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, medizinischen Versorgung sowie Pflege aussprechen. Ziel dabei ist die Weiterentwicklung des baden-württembergischen Gesundheitswesens unter dem Blickwinkel der Vernetzung, Regionalisierung und Patientenorientierung. Die Beteiligten sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Umsetzung der Empfehlungen bzw. des Gesundheitsleitbildes beitragen.

In Baden-Württemberg sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen ständiges Mitglied in der Landesgesundheitskonferenz, was zu einer verbesserten Zusammenarbeit und Vernetzung führt.

Berlin: Die Landesgesundheitskonferenz Berlin gibt es seit 2004 und wurde 2006 im Dienstreformgesetz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verankert. Vorbild war Nordrhein-Westfalen und hat die Konzeption maßgeblich beeinflusst. In einzelnen Bezirken der Stadt werden daneben Gesundheitskonferenzen in Form öffentlich zugänglicher Fachveranstaltung durchgeführt.

Hamburg: Hamburg ist ein Beispiel dafür, dass Bestrebungen nicht unbedingt auf die Etikettierung als „Landesgesundheitskonferenz“ angewiesen sind, da schon sehr lange Planungen für eine gesamtstädtische Strategie („Landesrahmenprogramm“) und die Bildung von Handlungskoalitionen zu bedeutsamen Gesundheitsproblemen bestanden. Von 1992 bis 1997 gab es eine „Gesundheitsförderungskonferenz“, deren Aufgaben inzwischen von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) wahrgenommen werden. Sie steuert seit 2010 den „[Pakt für Prävention](#)“. Dieser besteht mittlerweile aus fast 110 Organisationen und arbeitet kontinuierlich an drei Rahmenprogrammen, die sich an den Lebensphasen Gesund aufwachsen, Gesund alt werden sowie Gesund leben und arbeiten orientieren. Alle drei Programme bilden zusammen das Landesprogramm „[Gemeinsam für ein gesundes Hamburg](#)“.

Kommunale Gesundheitskonferenzen

Kommunale Gesundheitskonferenzen gibt es in systematisch eingeführter Form bisher (Stand 2025) nur in sechs Bundesländern, in weiteren neun wird damit experimentiert, oder es werden ähnliche Strukturen eingerichtet. 2014 waren rund 130 kommunale Koordinations- und Kooperationsgremien bekannt [3], deren Bezeichnungen variieren: Kommunale Gesundheitskonferenz (NRW, Baden-Württemberg), Bezirkliche Gesundheitskonferenz (Berlin), Gesundheits- und Pflegekonferenzen (Hamburg), auch Regionale oder Kreis-Gesundheitskonferenzen. Wenn die neueren Entwicklungen in Bayern und Niedersachsen (siehe unten) mitgezählt werden, gibt es im Jahr 2025 in rund 250 kreisfreien Städten und Landkreisen Strukturen nach diesem Vorbild – und damit in weit mehr als der Hälfte der Kommunen. Die meisten sind in Westdeutschland zu finden. Die Implementierung wird meistens von den zuständigen Bundesländern unterstützt, wie ein Überblick von Geuter et al. [12] zeigt.

In Gesetzen und Programmatiken zu kommunalen Gesundheitskonferenzen geht es um die gesundheitliche und soziale Versorgung sowie um die Planung und Gestaltung des Gesundheitswesens [13] vor Ort. Faktisch wird die Arbeit meist auf bestimmte Problembereiche und Bedarfe fokussiert. Im Vordergrund stehen chronische Erkrankungen mit ausgeprägten psychosozialen Komponenten (Suchterkrankungen, psychische Störungen) oder bestimmte Zielgruppen (Kinder und Jugendliche, Alte und Pflegebedürftige). Überwiegend sind die Projekte als allgemeine Gesundheitsförderung und nur selten als gezielte Krankheitsprävention einzuordnen. Daneben gibt es primärpräventive Projekte,

besonders häufig ausgerichtet auf die Settings Schule und Kindergarten. In den letzten Jahren kam es unter dem Dach der Gesundheitskonferenzen auch zu einer stärkeren Verzahnung der Gesundheitsförderung mit der Arbeitsförderung [14] ([Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit](#)).

Die grundlegende Idee ist in den meisten Fällen, im lokalen Rahmen eine Diskussion der Probleme und Bedarfe zu führen und mit der Gesundheitskonferenz als Steuerungsinstrument die lokale Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu verbessern. [Gesundheitsberichterstattung](#) [10] spielt dabei, wo immer sie vorhanden ist, eine wichtige Rolle. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖDG) hat in seiner Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung, aber auch als Moderator und Träger der Geschäftsstellen der Gesundheitskonferenzen eine Schlüsselrolle inne. Gesundheitskonferenzen können Gesundheitsberichte initiieren bzw. bewerten.

In Baden-Württemberg legte die Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ 2010 einen Bericht bzw. eine Bestandsaufnahme sowie konkrete Pläne vor, mit denen die Einrichtung und Umsetzung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen konzipiert wurden. Es wurden flächendeckend Kommunale Gesundheitskonferenzen implementiert. Erste Ergebnisse einer Evaluation bestätigten positive Erfahrungen, die auch andernorts gemacht wurden [15].

In den Hamburger Gesundheitsämtern der sieben Stadtbezirke gibt es Gesundheits- oder Pflegekonferenzen bzw. Mischformen. Verantwortlich für die Gesundheitsberichterstattung und die bezirklichen Konferenzen ist das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM), dessen Ausstattung und Aktivitäten von Bezirk zu Bezirk stark variieren. Eine Evaluation findet nicht statt (Stand 2025).

Hessen etablierte 2010 eine flächendeckende Struktur, indem es vorhandene Krankenhauskonferenzen auf der Grundlage des Hessischen Krankenhausgesetzes (HKHG) in Gesundheitskonferenzen überführte. Seit 2021 werden vom Land Koordinatoren für die Entwicklung kommunaler Gesundheitsstrategien gefördert.

Beispiele guter Praxis

Es gibt viele Beispiele guter Praxis von sehr aktiven Gesundheitskonferenzen (besonders in NRW), die auf den Internetseiten der betreffenden Städte gut dokumentiert sind (z. B. [Bielefeld](#), [Dortmund](#), [Duisburg](#), [Düsseldorf](#), [Essen](#) und [Hamburg-Altona](#)).

Auf Quartiersebene wird die Kooperation und Koordination meist im Format „Runder Tisch“ (Beispiel [„Lenzgesund“](#)) organisiert. Aus vielfältigen Gründen sind Steuerungsfunktionen von ihnen kaum wahrzunehmen. Grund dafür sind bei Runden Tischen insbesondere die Verankerung der beteiligten Akteurinnen und Akteure in ihren jeweiligen hierarchischen Verantwortlichkeitsstrukturen und das Fehlen von Entscheidungsgewalt über einzusetzende finanzielle und personelle Ressourcen.

In Bayern sind [Gesundheitsregionen^{plus}](#) ein gesundheitspolitischer Ansatz. Sie bauen auf Vorerfahrungen des Modellprojekts „Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern“ auf [16]. Ziel ist es, den Gesundheitszustand der Bevölkerung – auch im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit – zu verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen [17]. Die Gesundheitsregionen^{plus} schaffen regionale Gesundheitsnetze, die die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen unterstützen, den Austausch von Informationen erleichtern und sektorenübergreifende Abstimmungsprozesse begünstigen sollen. Dabei widmen sie sich insbesondere den Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege.

Das Förderprogramm des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege setzt auf freiwillige Beteiligung und trifft auf eine breite Akzeptanz und großes Interesse in den Städten und Landkreisen. Im Zeitraum von 2015 bis 2024 wurden 62 Gesundheitsregionen^{plus} finanziell – vor allem deren Geschäftsstellen – gefördert. Sie decken 79 (der 96) bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte ab.

Wie die [„Online-Steckbriefe“](#) der geförderten Gesundheitsregionen^{plus} am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zeigen, stehen im „Handlungsfeld Gesundheitsversorgung“ Projekte zum Erhalt der ärztlichen und pflegerischen Versorgung, der verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung, der Aufbau von Gesundheitsnetzwerken und die Förderung der Gesundheitskompetenz im Vordergrund. Im „Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention“ liegt der Fokus auf Projekten mit Zielgruppen- oder Settingbezug sowie der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens.

Im Dezember 2024 hat der Bayerische Landtag zur Verstetigung dieser bislang freiwilligen Gesundheitsregionen^{plus} eine gesetzliche Grundlage und damit dauerhafte finanzielle Absicherung beschlossen. Zudem haben sich die bayerischen Gesundheitsämter flächendeckend verpflichtet, für ihren Zuständigkeitsbereich „ein sektorenübergreifendes Netzwerk der an Prävention oder Versorgung beteiligten Stellen“ zu schaffen (Bayerische Landtag Drucksache 19/4337).

In Niedersachsen wurden nach einer Modellprojektphase („Zukunftsregionen“) inzwischen 38 „[Gesundheitsregionen Niedersachsen](#)“ aufgebaut. Sie können eine finanzielle Förderung zur Strukturbildung und für neue Versorgungs- und Kooperationsprojekte erhalten [18]. Die Konzeption sieht nicht nur eine elaborierte Struktur in der Gesundheitsregion, sondern auch regionale Gesundheitskonferenzen im Sinne von regelmäßigen Fachtagungen vor [12].

Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitskonferenzen

Systematische Evaluationen gibt es bisher wenig, am umfassendsten noch aus Nordrhein-Westfalen. Allgemeine Aussagen sind deswegen schwer zu treffen. Es gibt keine einheitlichen Zielsetzungen, und das Erreichbare hängt davon ab, wie stark die Gesundheitskonferenzen formell implementiert und in der Kommunalpolitik akzeptiert sind. Die bisherigen Evaluationen von Gesundheitskonferenzen in den Bundesländern (Stand 2025) belegten positive Effekte für ein kommunales Gesundheitsmanagement [19], [20], [15], [16].

Die Positiva und Negativa lassen sich aus den vorliegenden Erfahrungsberichten und Evaluationen zusammenfassen.

Stärken	Schwächen
Hoher Beteiligungsgrad	Mangelnde Finanzierung vereinbarter Projekte
Organisationsübergreifende Zusammenarbeit	Selten Erweiterung der Gesundheitsversorgung oder Umstrukturierung
Vernetzung der Akteurinnen und Akteure	Geringer Einfluss, wenig Wirkmacht, kaum Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten
Verbesserung von Koordination und an Schnittstellen	Kaum Politikfelder übergreifende Vernetzung
Graduelle Verbesserung der Versorgung(squalität)	Geringer Bekanntheitsgrad bei Politikern
Sensibilisierung der Öffentlichkeit	Fehlende Evaluationsinstrumente
Herstellung von Transparenz	Knappe personelle Kapazitäten

Abb. 2: Positive und negative Ergebnisse von Evaluationen (Quelle: [3])

Insbesondere aus der Evaluation der „ortsnahe Koordinierung“ und den späteren kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen haben sich als Hauptprobleme folgende herauskristallisiert: Konkurrenzprobleme zwischen bestimmten Anbietern, Entscheidungskompetenzen auf überörtlichen Ebenen, die Vernetzung und Kooperation mit GKV-finanzierten Strukturen und nur begrenzte Umsetzungserfolge. Übersichtsarbeiten [3]) betonen folgende Hauptprobleme:

- Enge Gestaltungsspielräume durch bundesweit geregelte Vereinbarungen
- Häufig fehlende Entscheidungsbefugnisse
- Status als Konsens- statt Beschlussgremium
- Mangelnde Politikfeld übergreifende Zusammenarbeit
- Handlungsempfehlungen gibt es meist nur zu „weichen“ Themen
- Fehlende Etats für Umsetzungen; unzureichende kommunal-politische Rahmenbedingungen allgemein

Eine präzise Ausführungsverordnung in Nordrhein-Westfalen von 1999 sollte unterstützen, dass Empfehlungen der Gesundheitskonferenz von den Akteurinnen und Akteuren in kontrollierbarer Weise umgesetzt würden. Sie wurde jedoch 2006 von einer späteren Regierungskoalition aufgehoben, weil einzelne Kommunen die Vorgaben in den Empfehlungen als Eingriff in ihre kommunale Gestaltungsautonomie ansahen.

Eine „Zwickmühle“ besteht darin, dass die kommunalen Gesundheitskonferenzen dort erfolgreich sein

können, wo es um lokale Probleme geht, andererseits viele aber nur auf höheren politischen Ebenen beeinflussbar sind (Bundesgesetzgebung, bundesweit gesteuerte Politik der sozialen Leistungsträger etc.). Zielerreichung, Prozess- und Ergebnisqualität hängen daher erheblich vom Thema bzw. den Problemlagen ab.

Wie die Dokumentation „Bilanz und Perspektiven der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen“ [21] anhand von gelungenen Modellprojekten aufzeigte, dienen die Aktivitäten auch der Vernetzung zwischen den kommunalen Gesundheitskonferenzen und dem interkommunalen Transfer von praxiserprobten Interventionsansätzen. Das Themenspektrum der Projekte deckt alle Lebensphasen mit den Schwerpunkten Kinder- und Jugendliche sowie der Zielgruppe der älteren Menschen ab. Im Vordergrund standen bei den Kindern und Jugendlichen Projekte der schulischen Gesundheitsförderung, Suchtprävention (Alkohol, illegale Drogen, Essstörungen) oder zur Gesundheit rund um die Geburt oder gesundes Aufwachsen. Bei älteren Menschen dominierten einzelne Krankheitsgruppen und der regionale Versorgungsbedarf (Demenz, Depressionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Infektionsschutz oder pflegerische Versorgung etc.). Auf die Verbesserung der kommunalen Strukturen zielten Projekte zur Gesundheitsberichterstattung, Selbsthilfeförderung, Patientensicherheit, Patientenüberleitung oder die Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs ab.

Perspektiven

Als zentrale Probleme für die zukünftige Weiterentwicklung der Gesundheitskonferenzen lassen sich zusammenfassen: die begrenzte Reichweite der ÖGD-Gesetze für kommunale Gesundheitspolitik, die Hindernisse für intersektorale Kooperation und die Umsetzungsschwierigkeiten bei im Prinzip „richtigen“ Gesetzen und Programmen.

Darüber hinaus wurden und werden Gesundheitskonferenzen zu wenig mit gleichsinnigen Initiativen und Handlungsprogrammen verknüpft. Auf horizontaler Ebene stellt sich die Frage, warum integrierte kommunale Strategien bzw. integrative Handlungskonzepte, Präventionsketten, Frühe Hilfen, Kinderschutz, Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit, Gesunde Stadt-Projekte etc. in aller Regel losgelöst Koordinationsgremien schaffen, obwohl dies alles (lokal und auf Landesebene) in ein Gesamtkonzept integriert werden müsste.

Vertikal ist die Kommune in Bundesländern mit einer gezielten Public Health-Politik (NRW, Baden-Württemberg) immerhin programmatisch klar mit der Landesgesundheitskonferenz verknüpft. In Nordrhein-Westfalen sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen außerdem mit Sitz in der Landesgesundheitskonferenz vertreten. Das sichert die Kommunikation und den Land-Kommune-Transfer in beide Richtungen. Für Hamburg gilt das schon weniger. Das [Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement](#) der Bezirke wird aber als Strukturelement der im [Präventionsgesetz](#) [22] vorgesehenen Landesrahmenvereinbarung verstanden.

Für eine im Präventionsgesetz vorgesehene „Nationale Präventionskonferenz“ sind ähnliche Probleme bezüglich der Landesgesundheitskonferenzen (und -behörden) vorprogrammiert. Über die Zusammenarbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit Koordinationsgremien auf niedrigeren Ebenen, z. B. Runden Tischen in Stadtteilen und Quartieren, gibt es keine Informationen. Auch in diese Richtung wäre eine systematische Koordination und Kooperation wünschenswert.

Es lassen sich notwendige Voraussetzungen benennen, ohne die Gesundheitskonferenzen nicht wirksam werden können. Dazu gehören:

- Ein politischer Wille und definierter Auftrag mit möglichst präziser Aufgaben- bzw. Prioritätenfestlegung
- Möglichkeiten, Ergebnisse in die kommunalpolitischen Gremien einzubringen
- Finanzielle Basisausstattung und Ressourcen (möglichst fester Etat) für Umsetzung
- Eine Geschäftsstelle/Infrastruktur bzw. ein engagiertes Gesundheitsamt
- Fachliche Kompetenz und Integrationsfähigkeit bei der Leitung der Gesundheitskonferenz
- Personelle und materielle Ressourcen
- Fähigkeiten zur Gesundheitsberichterstattung und Public Health-Wissen
- Gute Auswahl und Aufbereitung der Themen
- Neutrale, wertschätzende Sitzungsmoderation

Wenn die Gesundheitskonferenzen bundesweit eine Schlüsselrolle für die Gesundheitsförderung bekommen sollen, ist als Voraussetzung ein verbindlicheres Mandat der Gesundheitsämter und der von

ihnen moderierten Gesundheitskonferenzen unabdingbar. Dieses stärkere Mandat muss mit Ressourcen, Anreizen und Sanktionsmöglichkeiten verknüpft sein. Selbstverpflichtung allein reicht als Steuerungsinstrument für Koordination, Kooperation und Maßnahmenumsetzung nicht aus. Eckpunkte eines solchen verbindlichen Mandats wären:

- Die Gesundheitskonferenz ist ein fest institutionalisiertes Instrument nicht nur der Koordination von Selbstverpflichtungen, sondern mit Entscheidungsbefugnissen über Prioritäten und Budgetbereitstellungen für Umsetzungsaktivitäten.
- Es gibt einen rechtlich abgesicherten Auftrag, dem lokalen Parlament Entwicklungspläne für Prävention und Gesundheitsförderung (und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsversorgung) vorzuschlagen („Fachpläne Gesundheit“).
- Die Gesundheitskonferenz hat den Auftrag, Kompetenzen und Ressourcen, um zu Gesetzesvorhaben und Programmen der Gesundheits-, Sozial-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik Stellung nehmen zu können und Rechenschaft über deren Berücksichtigung zu erhalten (wie z. B. bei Umweltverträglichkeitsprüfungen).

Am aktuellen Rand der Entwicklung hat der qualitative und quantitative Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung im Zuge des Präventionsgesetzes seit 2015 eine neue Chance für die Gesundheitskonferenzen mit sich gebracht. Die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung braucht sinnvollerweise Steuerungsgremien. Sie sind auch nach den Vorgaben des Leitfadens Prävention für Setting-Projekte verpflichtend [23].

In Regionen mit etablierten Gesundheitskonferenzen kann insbesondere die Kommunale Gesundheitsförderung an bewährte regionalspezifische Präventionsstrukturen anknüpfen, Doppelstrukturen vermeiden und Projekte in langfristige Präventionsstrategien der Kommunen einbinden [12]. Während der COVID-19-Pandemie zeigten die Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen^{plus}, wie wichtig funktionierende Kooperations- und Kommunikationsstrukturen sind. Sie haben sich in der Krise bewährt, denn sie bilden eine Plattform für regionalspezifische Lösungen zu aktuellen Herausforderungen wie demografischer Wandel, Klimawandel, Fachkräftemangel oder Pflegegenotstand.

Internetadressen:

- hamburg.de. Altonaer Gesundheits- und Pflegekonferenz. Available from: <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/bezirke/altona/themen/gesundheit/gesundheits-und-pflegekonferenz>
- Gesundheitsregionen Niedersachsen. Available from: <https://www.gesundheitsregionen-nds.de>
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit P und P. Gesundheitsregionenplus – Entscheidungen vor Ort treffen. Available from: <https://www.gesundheitsregionenplus.bayern.de>
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Gesundheitsregionenplus. Available from: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/index.htm>
- Ministerium für Arbeit S Gesundheit und Gleichstellung Sachsen. Daten zur Gesundheit. Informationen rund um die Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt. Available from: https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/daten-zur-gesundheit/gesundheitsberichterstattung?tx_news_pi1%5BcurrentPage%5D=0&cHash=e34fd8650883fd2dff26b0d59e60a3f3
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Präventionsprogramm Lenzgesund. Available from: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/detailseite/praeventionsprogramm-lenzgesund>
- Stadt Dortmund. Dortmunder Gesundheitskonferenz. Available from: <https://www.dortmund.de/themen/gesundheit-und-pflege/koordinationsaufgaben-des-gesundheitsamtes/gesundheitskonferenz>
- Düsseldorf. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz. Available from: <https://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/netzwerke-und-kooperationen/gesundheitskonferenz>
- Stadt Essen. Essener Gesundheitskonferenz. Available from: https://www.essen.de/leben/gesundheit/netzwerke_und_kooperationen/kgk_startseite.de.html
- Bielefeld. Kommunale Gesundheitskonferenz Bielefeld. Available from: <https://www.bielefeld.de/kommunale-gesundheitskonferenz>
- Duisburg. Kommunale Gesundheitskonferenz. Available from: https://www.duisburg.de/microsites/kommunale_gesundheitskonferenz/kgk/struktur.php

- hamburg.de. Pakt für Prävention. Available from: <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheit/gesundheitsfoerderung/pakt-fuer-praevention/pfp-infobroschuere-34054>
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (hag). Umsetzung des Präventionsgesetzes: Landesrahmenvereinbarung Hamburg.
- hamburg.de. Was ist der Pakt für Prävention in Hamburg – und wer macht mit? Available from: <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheit/gesundheitsfoerderung/pakt-fuer-praevention/pfp-kooperationspapier-partner-34062>

Weiterführende Literatur:

- Fehr R, Fleuren T, Hassel H. Kommunale Gesundheitskonferenzen: Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung. In: Kuhn J, Heyn M, editors. Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bern: Verlag Hans Huber; 2015. (Programmbereich Gesundheit).
- Leykamm B. Kommunale Gesundheitskonferenzen – Einblicke in aktuelle Entwicklungen. [Presented at]: 3. Statussymposium – Die Gesundheitsstrategie in Dialog, 31.10.2012; 2012; Stuttgart; 2012.
- Lorentz C, Wolf K, Trojan A. Der Runde Tisch Lenzgesund als Drehscheibe für die Entwicklung von Gesundheitsförderung im Quartier. Eine Gesamtbilanz. In: Trojan A, Süß W, Lorentz C, Nickel S, Wolf K, editors. Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2013. p. 360–83. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Miksch A. Qualitätsentwicklung Kommunaler Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg. Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Heildeberg: Universitätsklinikum Heidelberg Pädagogische Hochschule Heidelberg; 2016. [accessed 2025 Jan 3]. Available from: https://www.gesundheitsamt-bw.de/fileadmin/LGA/_DocumentLibraries/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerd
- Rieger-Ndakorerwa G, Stehr G, Nießen J. Zur Rolle und Funktion der Gesundheits- und Pflegekonferenzen in Hamburg bei der gesundheitszielbezogenen Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Lebenswelten der Kommune. Gesundheitswesen. 2016 Apr 14;78(04):s0036-1578885. DOI:[10.1055/s-0036-1578885](https://doi.org/10.1055/s-0036-1578885)
- Siegrist J, Geraedts M, Damerow T. Die Landesgesundheitskonferenz des Landes Nordrhein-Westfalens: Abschlussbericht über die Evaluation eines Instruments der Gesundheitspolitik nach 10-jährigem Bestehen. Im Auftrag des MfGSFF des Landes NRW. Düsseldorf; 2003.
- Weihrauch B. Gesundheitsziele – gesundheitspolitische Bedeutung und Entwicklungsansätze in den Ländern. [Presented at]: 8. Kongress Armut und Gesundheit; 2002; Berlin; 2002.
- Werse W. Kommunale Gesundheitskonferenzen. J Gesundheitsf. 2013;2(2):36–41.

Literatur:

- Baggott R. Partnerships for Public Health and Well-being: Policy and Practice. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York, NY: Palgrave Macmillan; 2013. (Interagency Working in Health and Social Care).
- Troschke J von, Forschungsverbund Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, editors. Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Bern, Göttingen: Huber; 1998.
- Hollederer A. Regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionenplus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten. Publ Health For. 2016 Mar 1;24(1):22–5. DOI:[10.1515/pubhef-2016-0008](https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-0008)
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung F und SBW. Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“. Reutlingen; 2010.

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0)
2. Alayli A, Köckler H. Partnerschaften für Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche

- Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I086-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I086-2.0)
3. Hollederer A. Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Gesundheitswesen. 2015 Mar;77(3):161–7. DOI:[10.1055/s-0033-1361109](https://doi.org/10.1055/s-0033-1361109)
 4. Ferber C, Forschungsverbund Laienpotential P und G, editors. Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 1987. (Van Eimeren W, Horisberger B, editors. Gesundheitssystemforschung).
 5. Grunow D. Modellhafte Erprobung komprehensiver Versorgung von Rheumakranken. In: Basler HD, Rehfisch HP, Zink A, editors. Psychologie in der Rheumatologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 1992. p. 219–38.
 6. Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I125-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I125-3.0)
 7. Gerlich MG, Schwarz FW, Walter U. Gesundheitsziele. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I062-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I062-3.0)
 8. Ministerium für Arbeit (MfAFGS) F Gesundheit und Soziales. Gesundheit für Alle: die 6 Gesundheitsziele. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz am 06.03.2002 in Magdeburg. 2001.
 9. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0)
 10. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0)
 11. Ministerium für Gesundheit (MGSFF) S Frauen und Familie des Landes NRW. Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW. Abschlussbericht. Hamburg, Köln; 2003.
 12. Geuter G, Beiwinkel T, Oesterle L, Reyer M, Bödeker M, Haack M, Scriba S, Preuss M. Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer. Gesundheitswesen. 2024 Jan;86(1):67–86. DOI:[10.1055/a-2098-3496](https://doi.org/10.1055/a-2098-3496)
 13. Walter U, Volkenand K. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Gesundheitswesen. 2016 Oct 18;79(04):229–37. DOI:[10.1055/s-0042-113129](https://doi.org/10.1055/s-0042-113129)
 14. Hollederer A. Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I149-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I149-3.0)
 15. Roller G, Wuthe J. Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen – Evolutionsgeschichte eines Projektes des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Publ Health For. 2014 Dec 1;22(4):13–5. DOI:[10.1016/j.phf.2014.09.014](https://doi.org/10.1016/j.phf.2014.09.014)
 16. Hollederer A, Stühler K. Kooperation im Gesundheitswesen: Formative Evaluation des Modellprojekts Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern. Gesundheitswesen. 2017 Aug;79(08/09):605–12. DOI:[10.1055/s-0041-110673](https://doi.org/10.1055/s-0041-110673)
 17. Hollederer A, Eicher A, Pfister F, Stühler K, Wildner M. Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionenplus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Gesundheitswesen. 2017 Aug;79(08/09):613–6. DOI:[10.1055/s-0035-1555892](https://doi.org/10.1055/s-0035-1555892)
 18. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., editor. Gesundheitsregionen Niedersachsen: Leitfaden. Hannover; 2018.
 19. Knesebeck O von dem, Badura B, Zamora P, Weihrauch B, Werse W, Siegrist J. Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene - Das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitswesen. 2001;63(1):35–41. DOI:[10.1055/s-2001-10455](https://doi.org/10.1055/s-2001-10455)

20. Brandes S, Bregulla I. Zukunftsregionen Gesundheit. Kommunale Gesundheitslandschaften. Bericht zur Abschlussevaluation. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.; 2014.
21. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Die Kommunale Gesundheitskonferenz in NRW. Aktualisierte Planungshilfe zur Unterstützung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Bielefeld; 2015. [accessed 2025 Jan 3]. Available from: https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/service/Pub/2015_df/lzg-nrw_planungshilfe_kgk.pdf
22. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI: [10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0)
23. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024. Berlin; 2024. [accessed 2025 Jan 3]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf

Korrespondenz: Prof. Dr. Alfons Holleder, Universität Kassel, Fachbereich 01 Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Professur Theorie und Empirie des Gesundheitswesens, Arnold-Bode-Str. 10, 34127 Kassel, Germany, E-mail: alfons.holleder@uni-kassel.de

Zitierhinweis: Holleder A, Trojan A. Gesundheitskonferenzen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i067-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i067-1.0)

Copyright: © 2026 Alfons Holleder et al.
Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>