

Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven

Lotte Kaba-Schönstein¹

Alf Trojan²

¹ Hochschule Esslingen, Esslingen, Germany

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

Abstract

Die Ottawa-Charta von 1986 markiert einen Paradigmenwechsel von einer pathogenetischen zu einer salutogenetischen Perspektive. Sie betont Ressourcenorientierung, Partizipation und die Bedeutung sozialer Determinanten der Gesundheit. Der Beitrag bilanziert die Entwicklung der Gesundheitsförderung seit 1986 und thematisiert die weiterhin uneinheitliche Definition und konzeptionelle Abgrenzung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention. Zudem werden Herausforderungen wie die Implementierungslücke, die mangelnde Verbindlichkeit von Gesundheitszielen, die Dominanz medizinischer und ökonomischer Sichtweisen sowie die unzureichende intersektorale Kooperation herausgestellt.

Einleitung

Das Gesundheitsförderungskonzept im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde in den 1980er-Jahren entwickelt und 1986 auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, dem bis heute gültigen Grundsatz- und Leitdokument, zusammengefasst [1], [2] ([Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#) und [Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#)).

Die internationale Entwicklung und programmatische Einordnung der Gesundheitsförderung nach dieser Konferenz wird in [Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#) [3] dargestellt, für die Europäische Union in [Gesundheitsförderung 4: Europäische Union](#) [4]. Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland seit Mitte der 1980er-Jahre wird in [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#) [5] zusammengefasst.

Dieser Beitrag fasst die Entwicklung der Gesundheitsförderung in den 30 Jahren seit der Ottawa Charta (1986) zusammen und bewertet sie. In einem einführenden Teil wird das Ringen um konzeptionelle Klärungen und Begrifflichkeiten, auch im Verhältnis zur Prävention von Krankheiten dargestellt. Es folgen eine Bilanzierung der Erfolge (Paradigmenwechsel, positive programmatische, konzeptionelle, rechtliche und strukturelle Entwicklungen) und der Probleme bzw. Herausforderungen. Der Beitrag wird abgeschlossen mit Perspektiven für die weitere Entwicklung.

Konzeptionelle und begriffliche Klärungen, Abgrenzung und das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention

Die Begriffe Gesundheitsförderung, Prävention [6] ([Prävention und Krankheitsprävention](#)) (und teilweise auch [Gesundheitswissenschaften/ Public Health](#) [7]) werden im praktischen, politischen und im wissenschaftlichen Sprachgebrauch oft synonym und sehr uneinheitlich gebraucht. Ihr Verhältnis zueinander ist oft unklar, es gibt nach wie vor keine durchgängige Einigung über die spezifischen Gegenstandsbereiche und Zielsetzungen der Gesundheitsförderung. Die Ottawa-Charta enthält keine eindeutige Definition und Abgrenzung von Gesundheitsförderung. Eine von Anfang an zu beobachtende Tendenz zur beliebigen und inflationären Verwendung der Bezeichnung Gesundheitsförderung als Trend- und Modebegriff, der auch unveränderten, traditionellen präventiven Maßnahmen übergestülpt wurde und wird („Alter Wein in neuen Schläuchen“), hat die Unklarheiten verstärkt. Besonders klärungsbedürftig ist die Frage, in welchem Verhältnis Gesundheitsförderung zur Prävention steht. Während Prävention orientiert ist an dem Ziel, Krankheit und pathogene Risiken zu vermeiden und von Theorien über Krankheitsursachen ausgeht, steht bei Gesundheitsförderung die Frage im Vordergrund,

wo Gesundheit entsteht, welche Determinanten Gesundheit [8] ([Determinanten der Gesundheit](#)) beeinflussen und welche salutogenen Ressourcen deshalb im Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen der Determinanten gestärkt und gefördert werden müssen [9] ([Salutogenese](#)).

Aus wissenschaftlicher und politischer Sicht hat es verschiedene Versuche und Plädoyers gegeben, die Themen und Gegenstandsbereiche und die spezifischen Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention eindeutig zu definieren, auch um die zielorientierte Planung und Evaluation von Interventionen zu ermöglichen und zu erleichtern. Bei den zahlreichen Einordnungs- und Definitionsversuchen steht ein eher weites Verständnis von Gesundheitsförderung einem eher engen Verständnis gegenüber:

- „Weite“ Definitionen verstehen Gesundheitsförderung als Globalziel, als Ober- und Sammelbegriff für alle nicht therapeutischen Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit - präventive und rehabilitative Maßnahmen inbegriffen.
- Die „engeren“ Definitionen heben meist unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta das Neue und Andersartige des Gesundheitsförderungsansatzes hervor, insbesondere die salutogenetische Orientierung (die von der pathogenetischen Orientierung der Prävention abgegrenzt wird), die Orientierung an Potenzialen und Ressourcen statt an Risiken und Defiziten, die Betonung von Selbstbestimmung, Befähigung und Partizipation [10] ([Partizipative Gesundheitsforschung](#)) sowie die über das Medizinsystem hinausgehende sozial- und gesamtpolitische Handlungsorientierung, Kontextsteuerung und Systemintervention. Dieses Verständnis entspricht der Intention der Ottawa-Charta, die Gesundheitsförderung als Kernbereich einer „New Public Health“ (Neuen Öffentlichen Gesundheit) definierte und als Handlungsprogramm auf die gesundheitspolitische Tagesordnung setzen wollte.
- In einer zusätzlichen Einordnungsvariante sind (primäre) Prävention und präventive Gesundheitspolitik die Oberbegriffe, denen die Gesundheitsförderung als (ressourcenorientierte) präventive Teilstrategie untergeordnet wird.

Im Zuge der Diskussionen um ein Präventionsgesetz hat sich (ab 2005) der in den Entwürfen und in anderen Strategiepapieren verwendete Begriff „gesundheitliche Prävention“ weit verbreitet - als Oberbegriff für die ressourcen- und salutogenetisch orientierte Gesundheitsförderung und die risikenorientierte und pathogenetisch orientierte Prävention. Bedenklich erscheint, dass sich seit einigen Jahren auch die Verkürzung dieses offensichtlich missverständlichen Begriffs „gesundheitliche Prävention“ zur „Gesundheitsprävention“ zusehends verbreitet. „Gesundheitsprävention“ ist aus etymologischer Sicht unsinnig, da es ja nicht darum gehen kann, der Gesundheit zuvorzukommen, sie zu verhüten. Die Zielsetzung sollte vielmehr lauten: „Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren“ (Schnabel, 2007).

Waller hat vorgeschlagen, Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit zu verstehen, wobei sich Gesundheitsförderung auf die Erhaltung und Stärkung von Gesundheitsressourcen und Prävention auf die Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken bezieht [1] (siehe Abb. in [Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#)). Wallers klare und einfache Darstellung hat den Vorteil, dass sich darüber die Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention begründen und ableiten lassen. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, [Gesundheitsbildung](#) [11], [Gesundheitsberatung](#) [12], gesundheitliche Selbsthilfe [13] ([Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung](#)), Gesundheitstraining und Präventivmedizin, gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit und [Gesundheitspolitik](#) [14] werden dabei als unterschiedliche methodische Ansätze zur Umsetzung der beiden Strategien verstanden. In der wissenschaftlichen und politischen Diskussion hat sich die Sichtweise verbreitet, dass sich Gesundheitsförderung und Prävention in der grundsätzlichen Orientierung unterscheiden. Gesundheitsförderung ist orientiert an salutogenen Ressourcen, die gestärkt und gefördert werden, Prävention orientiert sich an pathogenen Risiken und Belastungen, die verhindert oder gemindert werden. So hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihre seit 2007/2008 verabschiedeten Ziele konsequent in „Oberziele Gesundheitsförderung“, die die „salutogenen Potenziale“ adressieren und in „Oberziele Prävention“ gegliedert, die sich an der „Verhütung der epidemiologisch bedeutsamsten Krankheiten“ ausrichten. Im Alltagsverständnis herrscht ein weites Verständnis vor, das unabhängig von der fachlichen Diskussion auch in den Gebrauch in Praxis und Politik hineinragt. Dies kann zusätzlich zu Missverständnissen führen.

Es wird zunehmend deutlich, dass es in vielen Fällen sinnvoll und wirksam ist, die beiden Orientierungen und Ansätze, die ohnehin nicht immer scharf getrennt werden können, bewusst zu kombinieren. So haben Interventionsmodelle in der Arbeitswelt, in denen Gesundheitsförderung mit Elementen der Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert wurde, beachtliche und zeitstabile Wirkungen gezeigt.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) betrachtet in seinem Gutachten von 2001 sowohl die krankheitsorientierte Herangehensweise der Prävention als auch den salutogenen Ansatz der Gesundheitsförderung als einander ergänzend, da letztendlich beide aus unterschiedlicher Perspektive und mit unterschiedlichen Strategien auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zielen.

Gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen sollten nach Auffassung des Sachverständigenrates immer zwei Aspekte betrachten:

- Welche äußeren oder verhaltensabhängigen Risiken und Belastungen können im Hinblick auf (spezifische) Krankheitsvermeidung gesenkt werden?
- Welche persönlichen oder kollektiven Ressourcen können (z. B. durch die Entwicklung persönlicher Kompetenzen oder durch kontext- oder settingbezogene Maßnahmen) gestärkt werden?

Dieser Sichtweise hat sich der GKV-Spitzenverband nicht nur bei der oben genannten Zielformulierung sondern auch in seinem Leitfaden angeschlossen: Die Gesundheitsförderungsziele sind komplementär auf die Präventionsziele bezogen. Sie sollen zu einer Verschränkung krankheitsbezogener Präventionsanstrengungen mit der Förderung positiver Rahmenbedingungen in den gleichen Lebenswelten (z. B. Schulen und Betriebe) beitragen (GKV-Leitfaden 2014).

Parallel zu den wissenschaftlichen Versuchen, Gesundheitsförderung und Prävention möglichst präzise zu fassen, wurden verstärkt seit der Jahrtausendwende auch legislatorische Bemühungen sichtbar, zu einem gemeinsamen Verständnis zu kommen. Ein wichtiger Meilenstein war das Gutachten von U. Walter [15], das die Wahrnehmung rechtlicher Regelungen und Implikationen für ein übergreifendes Präventionsgesetz behandelte.

In jüngster Zeit (2014-2015) wurde im Rahmen des von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung koordinierten Kooperations- und Forschungsprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität“ eine Bestandsaufnahme und Analyse der rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen zur Qualitätssicherung sowie Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt. Einbezogen waren die Lebenswelten Kommune/Quartier, Kindertagesstätte, Schule, Pflegeheim und freie Seniorenarbeit. Dabei fanden sich Vorgaben zu Prävention und Gesundheitsförderung in zahlreichen Regelungen und auch hier ein auffälliges Nebeneinander verschiedener Begriffe. Neben Prävention (als Verhütung und Vermeidung) fanden sich in den gesetzlichen Vorgaben aller Lebenswelten Prophylaxe, Gesundheitsschutz und Vorsorge. Besonders in jüngeren Regelungen wurde „das salutogene Verständnis der Ressourcen stärkenden Gesundheitsförderung“ zum Teil wörtlich, zum Teil auch durch Begriffe wie Chancengleichheit, Selbstbestimmung, Partizipation und Gleichberechtigung in den Gesetzen repräsentiert. Eine Auseinandersetzung mit der begrifflichen Heterogenität ist daher weiterhin notwendig im Hinblick auf eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und deren Integration in die Politikfelder und Routinen der Lebenswelten (Walter et al. 2015).

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) von 2015 unterscheidet im § 20 SGB V Abs.1 Leistungen „zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)“. Das ist nicht ganz falsch, aber terminologisch unbefriedigend, weil gerade mit einer Fokussierung auf das Handeln der Versicherten die Essenz von Gesundheitsförderung nicht erfasst wird. Auch im Bereich der Prävention gibt es uneinheitliche Begriffsverwendungen und begriffliche Unschärfen, insbesondere bei der Dreiteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention [6] ([Prävention und Krankheitsprävention](#)). Überschneidungen von Prävention und Gesundheitsförderung finden sich insbesondere in den Bereichen der (unspezifischen) Primärprävention und der Verhältnisprävention.

Quintessenz: Viel Klärendes wurde zu den Konzepten gesagt und aufgenommen, aber Einigkeit oder gar konsistenten Gebrauch gibt es leider immer noch nicht.

Erfolge – was wurde erreicht?

Paradigmenwechsel

Die Ottawa-Charta als Aktionsprogramm zur Umsetzung des Ziels „Gesundheit für alle“ hat in den gut 30 Jahren seit der Verabschiedung dieses Grundsatz- und Leitdokuments (1986) mit innovativer Dynamik

die Theorie und Praxis der Bereiche öffentliche Gesundheit/ Public Health, Prävention, Gesundheitspolitik, Gesundheitserziehung und -bildung etc. in Europa und Deutschland (aber auch weltweit) in Bewegung gebracht und modernisiert. Es sind zahlreiche nationale und internationale Umsetzungsinitiativen und -netzwerke auf vielen Ebenen und in verschiedenen Handlungsbereichen entstanden [2], [3], [4], [5], [16], [17] ([Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#) und [Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#), [Gesundheitsförderung 4: Europäische Union](#), [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#), [Gesundheitsförderung 6: Österreich](#), [Gesundheitsförderung 7: Schweiz](#)).

Der in Theorie und Praxis bis dahin vorherrschenden einseitig pathogenetische Perspektive wurde die salutogenetische Perspektive gegenübergestellt und hinzugefügt. Die Entwicklung vom Krankheitsvermeidungsmodell über das Krankheitsfrüherkennungsmodell zum Modell der Gesundheitsförderung wurde teilweise als Beginn eines Paradigmenwechsels von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung betrachtet. Diese Modelle werden dabei als miteinander konkurrierend gesehen mit noch offenem Ausgang, welches Modell sich zu einer „beispielhaften Theorie“ entwickeln und für Wissenschaft und Praxis bestimmend werden wird.

Nach gut 30 Jahren der Verbreitungsgeschichte des Konzepts und angesichts der geschilderten Entwicklungen der sinnvollen Verknüpfung von salutogen orientierten und ressourcenorientierten Strategien mit solchen der risikoorientierten Primär- und Verhältnisprävention sind die Konkurrenz abgemildert. Die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention weist auf einen dritten Weg, der beide Strategien als unverzichtbare komplementäre Bausteine eines integrierten Ansatzes betrachtet.

Die Verbreitung des Gesundheitsförderungskonzepts hat beigetragen zur Durchsetzung eines komplexen, sozialökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Sie hat die Aufmerksamkeit für die notwendige Ergänzung von individuellen Verhaltensmaßnahmen durch politische Gestaltung gesundheitsrelevanter Bedingungen und für die Berücksichtigung sozialer und politischer [Determinanten der Gesundheit](#) [8], sowie sozialer Ungleichheit der Gesundheit [18] ([Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#)) in weiten Kreisen der Praxis, Politik und Wissenschaft geschärft [14], [19] ([Gesundheitspolitik](#), Gesundheitliche Chancengleichheit). Daraus haben sich immer mehr Programme und v.a. Projekte der Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz/Lebensweltansatz entwickelt, aber auch Initiativen wie der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit.

In jüngster Zeit erfährt das Konzept der Health Literacy (im Deutschen zumeist als Gesundheitskompetenz übersetzt) erhöhte Aufmerksamkeit (Bundesgesundheitsblatt Band 58, 9/2015, [20]): Der AOK-Bundesverband hat Mitte 2016 unter der Schirmherrschaft des Gesundheitsministers ein Nationales Aktionsprogramm Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen, dem 2017 eine Allianz für Gesundheitskompetenz folgte. Zwar gibt es mit dem Teilaspekt der „organisationalen Gesundheitskompetenz“ [21], [22] auch einen Versuch, dieses Konzept für strukturelle Innovationen nutzbar zu machen. Dem Ansatz der Kompetenzsteigerung bei tendenziell zu inkompetenten Bürgern und Bürgerinnen wohnt aber ein gewisser Trend zu Individualisierung (im Extrem sogar zum Victim-Blaming) inne und damit der Reduktion des Gesundheitsförderungskonzepts auf ein (zu) enges Verständnis. Der im Februar 2018 vorgestellte Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz hat jedoch ein breiteres Konzept-Verständnis, das die vier Handlungsbereiche Alltägliche Lebenswelten, Gesundheitssystem, Chronische Erkrankungen und Forschung umfasst und mit Empfehlungen dazu endet.

Gesundheitsförderung wird in einschlägigen internationalen und nationalen Diskussionen, Entschlüssen und Programmen vermehrt als „Investition“ in die Zukunft wahrgenommen und thematisiert. Sie wird, zusammen mit der Prävention von Krankheiten, als die große Produktivitätsreserve in Gesundheitswesen und Gesellschaft angesehen und als dringliche Priorität eingestuft angesichts der Zunahme der nichtübertragbaren und chronischen Erkrankungen in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Angesichts dieser weltweit wachsenden Herausforderungen durch die nichtübertragbaren Erkrankungen werden in den Programmen, Strategien, Zielen und Erklärungen auf europäischer und globaler Ebene zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen (Noncommunicable Diseases, NCDs) Ansätze der Verhältnisprävention mit solchen der Gesundheitsförderung (z. B. Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Empowerment) verknüpft (z. B. WHO-Euro-Programm 2006, WHO-Euro-Aktionsplan 2012-2016, 2016-2020, Globaler Aktionsplan 2013-2020) [3] ([Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#)). Auch die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) erinnert an die von der deutschen Regierung in diesen Programmen und Erklärungen eingegangenen Selbstverpflichtungen und fordert Maßnahmen, die Verhältnisprävention und förderliche Rahmenbedingungen für Bewegung und Ernährung in Schulen verbinden.

Gesundheitsförderung (und Prävention) wird in vielen Stellungnahmen staatlicher und gesellschaftlicher Akteure auf der Bundes- und Länderebene auch zunehmend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bezeichnet, für die politische Willensbildung und angemessene Strukturen und Finanzierung zu entwickeln sind. Ebenso wird in der einschlägigen Diskussion in bemerkenswerter Übereinstimmung eine verstärkte intersektorale („ressortübergreifende“) Zusammenarbeit und die Erweiterung der „Health for all“ Zielsetzung zu einer „Health in All Policies (HiAP)“-Perspektive (Health Promotion Mainstreaming mit Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe) gefordert. In den 10 Jahren seit Health in All Policies während der finnischen EU-Ratspräsidentschaft thematisiert wurde, haben „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und der „gesamtgesellschaftliche Ansatz“ zwar den Weg in viele Positionspapiere und Erklärungen der maßgeblichen deutschen Gesundheitsförderungsakteure (Bundesregierung, Bundesrat, Gesundheitsministerkonferenz, GKV etc.) geschafft – aber nur teilweise in die tatsächliche Gesundheitsförderungs politik.

Als Erfolg (im Sinne von Bewusstseinsbildung und Agenda-Setting) ist zu bezeichnen, dass Gesundheitsförderung und HiAP in das Bewusstsein der Akteure und auf die politische Agenda gelangt sind. Es bleibt aber für Deutschland die Herausforderung, insbesondere auf der Ebene des Bundes und der Länder, die „Implementierungslücke“ mit einer umfassenden Gesundheitsförderungs politik zu schließen.

Positive konzeptionelle, programmatische, rechtliche und strukturelle Entwicklungen

In Deutschland (und Europa) wurden seit den 1980er-Jahren bezüglich der programmatischen, konzeptionellen und rechtlichen Absicherung und der entstandenen Strukturen für Gesundheitsförderung Grundlagen geschaffen, auf denen die weitere Entwicklung aufbauen kann (siehe Abb. nächste Seite). Im Folgenden wird vertiefend auf die im Überblick genannten Erfolge eingegangen.

Gesundheitsförderungsdokumente und Entschlüsse nungen

Die Global- und Regionalstrategien „Gesundheit für alle“ waren Grundlage für die Ottawa-Konferenz und -Charta zur Gesundheitsförderung, die anschließenden internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung und ihre Entschlüsse nungen sowie die regionalen und globalen gesundheitspolitischen Programme und Strategien. Sie bieten ein vielfältiges Erbe und Orientierung für die konzeptionelle und aktionsorientierte Umsetzung in Deutschland. Sie sind auch Grundlage für die nationale Ebene, da die deutsche Bundesregierung diesen Entschlüsse nungen und Programmen im Rahmen der Gremien der Weltgesundheitsorganisation und der Vereinten Nationen zugestimmt hat [1], [2], [3], [5] ([Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#), [Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#) und [Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#); [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)).

Überblick über programmatische, konzeptionelle, rechtliche und strukturelle Entwicklungen und Grundlagen der Gesundheitsförderung in Deutschland

- Regionale und nationale Grundsatzdokumente und -Entschlüsse nungen
- Programme und Rechtsvorschriften der EU
- Netzwerke (internationale, nationale und regionale) zu Settings
- Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 SGB V)
- Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- Kooperative und koordinative Strukturen
- Gesundheitsziele(-prozess)
- Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung
- Qualitätssicherungs-Initiativen Gutachten, Stellungnahmen, Positionspapiere und Entschlüsse nungen aller wichtigen Akteure
- Gesetz zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz)

Allerdings werden sie vorrangig in Fachkreisen rezipiert und diskutiert und sind in der öffentlichen Diskussion und Politik im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eher wenig präsent. Für die Orientierung, Bewertung und die Legitimierung von Umsetzungsforderungen sind insbesondere von Bedeutung:

- 2000: Die Mexiko-Konferenz und -Erklärung der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung mit einem Rahmen für Nationale Aktionspläne. Ein solcher Nationaler Aktionsplan wurde in Deutschland nie erstellt, die Forderung danach mag aber ein Stimulus für verschiedene Akteure gewesen sein, auf ein Präventionsgesetz zu drängen.
- 2009: Die Nairobi-Konferenz zur Gesundheitsförderung mit dem Nairobi-Aktionsaufruf zum Schließen der „Lücke der Implementierung in der Gesundheitsförderung“, die auch in Deutschland besteht.
- 2012: Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jh. mit den vorrangigen strategischen Zielen der Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und der Verbesserung von Führung und partizipativer Steuerung für die Gesundheit (governance for health).
- 2013: Die Helsinki-Konferenz und Erklärung zu „Health in all Policies“.
- 2015: Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den Sustainable Development Goals (SDG) (Nachhaltige Entwicklungsziele), die Nachhaltige Entwicklung mit Armutsbekämpfung und Gesundheit(sförderung) verknüpfen.
 - 2016: Die Shanghai-Konferenz - und Erklärung über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit Gesundheit als politische Entscheidung und den strategischen Prioritäten: verantwortungsbewusste Regierungsführung, Maßnahmen in Städten und Gemeinden sowie Befähigung der Menschen zur Förderung ihrer Gesundheit [23]; [3] ([Gesundheitskompetenz/Health Literacy](#); [Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#))

Programme der Europäischen Union (EU) im Zusammenhang mit Öffentlicher Gesundheit/Public Health
Auch die Programme und einschlägigen Institutionen und Aktivitäten der Europäischen Union (EU) haben zur Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland beigetragen und bieten Grundlagen und finanzielle Ressourcen für die weitere Entwicklung. Dies gilt für die Aktionsprogramme der Gemeinschaft sowie für die Ziele und Aktivitäten zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa, an denen auch Deutschland, insbesondere über EuroHealthNet und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligt ist.

Das Dritte Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) verfolgt vier spezifische Ziele. Ziel 1 bezieht sich auf „Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheiten und Schaffung eines günstigen Umfelds für eine gesunde Lebensführung unter Berücksichtigung des Grundsatzes Einbeziehung von Gesundheitsfragen in alle Politikbereiche“. Damit werden auch im Bereich der EU Gesundheitsförderung und Prävention prioritär genannt und wie auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation verknüpft mit dem HiAP-Ansatz [4] ([Gesundheitsförderung 4: Europäische Union](#)).

Zahlreiche internationale, nationale und teilweise regionale Netzwerke nach dem Settingansatz/Lebensweltansatz

In den letzten 30 Jahren haben sich für die Settings Stadt, Quartier, Betrieb, Krankenhaus, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule Projekte und Programme nach dem Settingansatz der Gesundheitsförderung verbreitet. Sie bieten Ansatzpunkte und Andockmöglichkeiten für die „Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten“ nach dem Präventionsgesetz [24], [25], [26], [27] ([Settingansatz / Lebensweltansatz](#), Gesundheitsförderung und gesunde/soziale Stadt, Gesundheitsförderung und Betrieb, [Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen](#) / Schulen / Hochschulen, [Gesundheitsförderndes Krankenhaus](#), [Präventionsgesetz](#)). Festlegung und Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in § 20 SGB V

Gesundheitsförderung (und Prävention) im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist derjenige Bereich der Bundesgesundheitspolitik, den sie gestalten kann und auf den sie sich bisher weitgehend konzentriert hat. Auf der Grundlage des § 20 SGB V hat sich seit 2000 die Gesundheitsförderung in Bezug auf Zuständigkeiten, Leistungsbereiche, Qualitätssicherung und Zielorientierung kontinuierlich ausgeweitet. Auf dieser Grundlage erfolgt die Weiterentwicklung im Rahmen des Präventionsgesetzes von 2016, das ebenfalls primär auf die GKV konzentriert ist, aber weitere Sozialversicherungen einbezieht [5] ([Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)).

Gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung als Aufgabe des ÖGD

Soweit im Grundgesetz (Art. 74) die staatliche Verantwortung für die Gesundheit nicht dem Bund zugeordnet ist (wie z. B. für die Sozialversicherung, den Arbeitsschutz, Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten, den Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln, den

Strahlenschutz, die Luftreinhaltung oder die Lärmbekämpfung), sind die Länder gefordert. In den Landesgesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden die meisten für kommunale Gesundheitsförderung wichtigen Basisaufgaben den Gesundheitsämtern zugewiesen (siehe Abb.).

Infrastrukturelle Kernfunktionen des ÖGD in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder			
Land	Gesundheitsbericht- erstattung	Vernetzung, Kooperation	Koordination, Planung
Baden-Württemberg	§§ 1,6, 11 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG
Bayern	Art. 10, 14, 15 GDVG	Art. 6, 9, 13, 14, GDVG	Art. 10 GDVG
Berlin	§§ 1,5,6 GDG	§§ 1, 7 GDG	§§ 1,6,8 GDG
Brandenburg	§§ 1, 9 BbgGDG	§§ 1, 3 BbgGDG	§§ 5, 9 BbgGDG
Bremen	§§ 2, 9, 10, 11, 12 ÖGDG	§§ 1, 12, 13, 14 ÖGDG	§§ 1, 2, 12, 13, 18 ÖGDG
Hamburg	§§ 4, 5 HmbGDG	§§ 3, 6, 7a, 9, 22 HmbGDG	§§ 4, 5, 10 HmbGDG
Hessen	§ 13 HGöGD	§§ 1, 7, 10, 11 HGöGD	§§ 1, 4, 7, 13 HGöGD
Mecklenburg Vorpommern	§§ 1, 24 ÖGDG M-V	§§ 5, 16 ÖGDG M-V	§§ 1, 10 ÖGDG M-V
Niedersachsen	§ 8 NGöGD	§ 1 NGöGD	§ 4 NGöGD
Nordrhein-Westfalen	§§ 6, 7, 21, 24, 25, 27 ÖGDG	§§ 3, 4, 6, 23, 24 ÖGDG	§§ 7, 8 ÖGDG
Rheinland-Pfalz	§§ 1, 5, 10 ÖGDG	§§ 1, 5, 12 ÖGDG	§§ 1 ÖGDG
Saarland	§§ 1, 6 ÖGDG	§§ 7, 8, 10 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG
Sachsen	§ 1 SächsGDG	§ 7 SächsGDG	
Sachsen-Anhalt	§§ 1, 11, 12 GDG LSA	§§ 3, 7, 22 GDG LSA	§§ 3, 12 GDG LSA
Schleswig-Holstein	§§ 4, 6 GDG	§§ 2, 4 GDG	§§ 2, 5, 8 GDG
Thüringen	§ 1 ÖGD-Verordnung	§ 5 ÖGD-Verordnung	

Quelle: Joseph Kuhn, Stand Dezember 2015. In den ÖGD-Gesetzen gibt es zudem zahlreiche Mitwirkungspflichten, deren Umsetzung u.a. ebenfalls Gremien- und Netzwerkarbeit einschließt. Quelle: [28].

Der Umfang der in die Gesundheitsförderung hineinreichenden Regeln ist aber weit komplexer ([29], S.32 ff), [30], [5] ([Öffentlicher Gesundheitsdienst \(ÖGD\) und Gesundheitsförderung](#), [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)).

Kooperative und koordinative Strukturen

Die Koordinationsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention auf der Landes- oder der kommunalen Ebene haben Initiierungs- und Management- und damit auch Steuerungsfunktionen für ihre Mitglieder. Die Umsetzung basiert auf Selbstverpflichtung. Sie kann nicht verordnet oder eingeklagt werden; umgesetzt werden kann nur, worüber Konsens erzielt wird.

Bundesweite Kooperationsnetzwerke steuern ihre Mitglieder durch gemeinsame Beschlüsse, aber auch durch wechselseitiges „Lernen am Modell“. Der 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit initiierte Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg) wurde mit den Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg), Krankenkassen, der Unfallversicherung, dem Deutschen Institut für Urbanistik, kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, dem Umweltbundesamt, Verbänden der Gesundheits- und Medizinberufe sowie Wohlfahrtsverbänden kontinuierlich auf- und ausgebaut.

Ziel des Verbundes mit derzeit 66 Kooperationspartnern ist es, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, sowohl durch die gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebenswelten und Lebensbedingungen, als auch durch die Entwicklung individueller Ressourcen und die Stärkung und Teilhabe von Menschen in schwierigen Lebenslagen [31] ([Lebenslagen und Lebensphasen](#)). Der Kooperationsverbund unterstützt die Abstimmung und Zusammenarbeit der Akteure sowie die Qualifizierung und Qualitätsentwicklung. In diesem Zusammenhang wurden „Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ entwickelt und Beispiele Guter Praxis ausgewählt, beschrieben und verbreitet.

Mit dem *kommunalen Partnerprozess* „Gesund aufwachsen für alle!“ soll der Austausch zwischen den

Kommunen gefördert werden, insbesondere, um Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien / Präventionsketten aufzubauen. Das Internetportal für kommunale Zusammenarbeit www.inforo-online.de ermöglicht (nach dem im Juni 2018 erfolgten Relaunch) den Austausch zwischen kommunalen Akteuren, Netzwerkkoordinatoren und Fachkräften der kommunalen Gesundheitsstrategien. Es wird gleichzeitig von dem Bundesprogramm „Frühe Hilfen“, dem Fachportal zur Suchtprävention sowie dem Projekt zur partizipativen Gesundheitsforschung genutzt, um die Vernetzung mit dem Gesundheitsbereich und den Aktivitäten zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu erleichtern [32] ([Frühe Hilfen](#)). Seit 2015 ist der kommunale Partnerprozess zu „Gesundheit für alle“ auf die gesamte Lebensspanne ausgedehnt.

Der Kooperationsverbund (und sein Beratender Arbeitskreis) haben für den Bereich der „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“ wichtige Grundlagen und intersektorale Kommunikations- und Kooperationsstrukturen auf der Bundesebene geschaffen. So haben sich aufgrund von Anregungen aus dem Beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes im Jahr 2013 die kommunalen Spitzenverbände und die GKV im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung deutlich zur Zusammenarbeit in der Kommune bekannt und auch entsprechende konkrete Empfehlungen formuliert. Gemeinsame kommunale Gremien sollen dazu führen, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Kommune abgestimmt und gebündelt werden (Deutscher Städtetag u.a. 2013).

Über die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) hat der Kooperationsverbund Strukturen in den Ländern geschaffen, an die die im Präventionsgesetz vorgesehene „Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten“ anknüpfen kann. Nach § 20a SGB V soll mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten insbesondere der „Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ gefördert werden [19], [5] ([Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit; Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)). Die KGC wurden seither deutlich ausgebaut. Themen und Arbeitsaufträge werden im Rahmen eines bundeseinheitlichen Aufgabenkatalogs in den jeweiligen Bundesländern festgelegt.

Gesundheitskonferenzen sind ein wichtiges Instrument institutionalisierter Koordination und Kooperation geworden. Auf Landesebene gibt es sie in unterschiedlichen Formen und mit unterschiedlichen Akzenten - in systematisch eingeführter Form bisher (2015) nur in 5 Bundesländern, in weiteren 9 wird an einzelnen Stellen damit experimentiert. Insgesamt waren 2014 ca. 130 kommunale Koordinations- und Kooperationsgremien bekannt (d.h. in ca. ein Drittel aller Kreise und kreisfreien Städte). Die Bezeichnungen variieren: kommunale GK (NRW, Baden-Württemberg), gemeindenähe / regionale GK (Bayern), bezirkliche GK (Berlin), Gesundheits- und Pflegekonferenzen (Hamburg), auch regionale oder Kreis-Gesundheitskonferenzen [33] ([Gesundheitskonferenzen](#)). Schon vom Begriff her lassen Modelle integrierter Versorgung erwarten, dass auch Gesundheitsförderung und Prävention Teil der integrativen Bemühungen sind. Indikationsbezogene Integrationsmodelle zu Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression oder Rückenschmerz berücksichtigen häufiger einzelne tertiärpräventive Aspekte. Präventive oder gesundheitsfördernde Aspekte spielen auch in anderen Beispielen gelegentlich eine Rolle, z. B. in erweiterten Versorgungsprogrammen verschiedener Krankenkassen zur Frühgeburtenprävention für schwangere Frauen.

Umfassend präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichtete Integrationsmodelle sind bisher aber nur bei den populationsbezogenen integrierten Versorgungsmodellen zu finden. Hierbei geht es um die Übernahme eines Anteils oder der gesamten Budgetverantwortung, indikationsübergreifend für die Versicherten der beteiligten Krankenkasse(n) einer bestimmten Region. In solchen Ansätzen wird, wenn auch bisher nur in Einzelfällen, Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend dem erweiterten Chronic Care Modell berücksichtigt. Nur im Konzept einer solchen „Integrierten regionalen (Voll-) Versorgung“ bekommen Gesundheitsförderung und Prävention einen zentralen Stellenwert, der weit über das in der heutigen medizinischen Versorgung Übliche hinausreicht [33], [5], [19], [32], [34], [35] ([Gesundheitskonferenzen](#), [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#), [Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit](#), [Frühe Hilfen](#), [Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention](#), [Gesundheitsförderung und integrierte regionale Versorgung](#)).

Gesundheitsziele(-prozess)

Gemeinsam verabschiedete Gesundheitsziele geben die Richtung für gemeinsames Handeln vor. Teilweise ist der Entwicklungsprozess der Zielfindung Aufgabe der Kooperationsstrukturen (so z. B. in NRW, Sachsen-Anhalt). Im Idealfall folgt die Gesundheitsförderungspolitik dem Muster des Gesundheitspolitischen Aktionszyklus, wie es weitgehend in NRW der Fall ist. Es sind aber auch die Ziele einzelner wichtiger überregionaler Akteure dabei zu berücksichtigen, z. B. der GKV (MDS GKV 2015). Auf freiwilliger Basis gibt es seit vielen Jahren das „Forum Gesundheitsziele Deutschland“, das bisher neun nationale Gesundheitsziele verabschiedet hat, zuletzt 2017 Gesundheit rund um die Geburt (gesundheitsziele.de). Bisher war aber unklar, ob und wie diese Ziele für die konkreten

Handlungsebenen vor Ort wirksam werden. Es gab für niemanden irgendeine Verpflichtung, diese Ziele wirklich vorrangig umzusetzen. Weil im Präventionsgesetz die meisten Ziele explizit angesprochen werden, ist zukünftig jedoch größere Verbindlichkeit zu erwarten [36] ([Gesundheitsziele](#)).

Das Fehlen von Verbindlichkeit war bisher eines der großen Probleme der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Durch das Präventionsgesetz ist ein Prozess stärkerer Orientierung auf verbindliche Gesundheitsziele eingeleitet worden. Die Nationale Präventionskonferenz ist zuständig für die nationale Präventionsstrategie. Sie hat in dieser Verantwortung für bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen im Februar 2016 erstmals gemeinsame Ziele verabschiedet: „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ sowie „gesund im Alter“ [36], [5] ([Gesundheitsziele, Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)).

Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Im Bereich der Aus-, Fort-, und Weiterbildung der Gesundheitsförderung sind in den letzten 25 Jahren zahlreiche Angebote entstanden, die die Qualifizierung für Gesundheitsförderung auf allen Ebenen entwickelt haben, so dass inzwischen einschlägig ausgebildete Fachkräfte auf allen Qualifikationsebenen zur Verfügung stehen. Eine Vorreiter-Funktion hatten dabei die seit den 1990er Jahren entstandenen Master-Studiengänge in Public Health, denen zahlreiche weitere grundständige und Aufbau-Studiengänge, auch an Fachhochschulen folgten - vielfach auch mit Fokussierung auf einzelne Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention wie Sport oder Ernährung.

Der Europäische Qualifikationsrahmen (EFQR) der Kommission der Europäischen Gemeinschaft unterscheidet nach Kenntnissen, Fertigkeiten und Grad der Verantwortungsübernahme acht verschiedene Niveaus. Im nationalen deutschen Arbeitskreis (DQR) wurden die formalen Qualifikationen den Niveaus des EFQR zugeordnet. Um die Transparenz für Studieninteressierte und Anstellungsträger zu verbessern, wurde von einer Expertengruppe deutscher Hochschulen inzwischen ein nationaler Fachqualifikationsrahmen (FQR) entwickelt, der die erforderlichen Kompetenzen beschreibt und ordnet. Die Internationale Union für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung (International Union for Health Promotion and Health Education – IUHPE) hat in einem EU-geförderten Projekt ein Handbuch zu Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung entwickelt. Eine Kurzfassung wurde 2014 als „CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung“ von der BZgA herausgegeben und steht seither in deutscher Übersetzung zur Verfügung [37], [38], [3] ([Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention, Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#)). Als bisher letzter Meilenstein der Professionalisierung der Gesundheitsförderung/Gesundheitswissenschaften wurde im März 2016 in Berlin der Fachbereichstag Gesundheitswissenschaften als Interessenvertretung für den Bereich der Gesundheitswissenschaften gegründet, dem sich bisher 26 Hochschulen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz angeschlossen haben.

Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung

Besonders im Kontext der Wiederbelebung von Public Health in Deutschland entstanden erste größere Forschungsverbünde, die große Anteile an Projekten zu Prävention und Gesundheitsförderung enthielten. 2004-2012 folgte erstmalig eine große Forschungsinitiative zur Präventionsforschung mit 60 Einzelprojekten (Walter / Plaumann / Nöcker / Pawils 2015; KNP; www.knp-forschung.de). Unter den zahlreichen auf der (mit dem Jahr 2016 abgeschlossenen) Internetseite veröffentlichten Ergebnisse der Kooperation im Rahmen der KNP sind auch 2 primär forschungsbezogene Memoranden hervorzuheben: zu Forschungsförderung Prävention (I) und zu Themenfeldern und Methoden der Präventionsforschung (II). Auf das dritte eher politikbezogene Memorandum „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken – Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“ (III) wird weiter unten eingegangen.

Seit 2015 fördert das BMBF unter dem Titel „Primärprävention und Gesundheitsförderung“ insgesamt sieben regionale Forschungsverbünde (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5375.php). Insgesamt wurde die Diskussion um eine verbesserte Gesundheitsförderung und Prävention in den vergangenen 10-15 Jahren von diesen Forschungen stimuliert und zu einem erheblichen Teil mitgetragen [39], [10] ([Forschung zu Gesundheitsförderung, Partizipative Gesundheitsforschung](#)).

Qualitätssicherungs-Initiativen

Die Anforderungen an Gesundheitsförderung und Prävention, wirksam Gesundheit zu verbessern und Ressourcen gezielt und wirtschaftlich einzusetzen, haben zu vielfältigen Initiativen für Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement [40] ([Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement](#)) geführt. Für die GKV ist das zentrale Dokument für die Qualitätssicherung in der

Primärprävention und Gesundheitsförderung der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (2014). Das Präventionsgesetz (2015) fügt den schon seit 1999 in das SGB V aufgenommenen Qualitätsanforderungen weitere hinzu.

Für die Qualitätsentwicklung in den Lebenswelten bieten insbesondere die Ergebnisse des Kooperations- und Forschungsprojekts: Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität (2014-2015) wichtige Grundlagen und Anknüpfungsmöglichkeiten. Der Gesamtprojektbericht belegt, dass Kindertageseinrichtungen, Schule und Pflege teilweise bereits über umfassende Qualitätsmanagementsysteme verfügen, die auf gesetzlichen Vorgaben beruhen. Dagegen haben Maßnahmen in der Kommune und im Quartier, insbesondere für ältere Menschen und Menschen mit Migrationserfahrung, bisher eher Projektcharakter (BZgA/Walter et al. 2015).

Seit 2016 hat der GKV-Spitzenverband die BZgA (nach § 20a Abs.3 SGB V) mit der „Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ beauftragt [40], [5] ([Qualitätssicherung](#), [Qualitätsförderung](#), [Qualitätsmanagement](#); [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)).

Gutachten, Stellungnahmen, Positionspapiere und Entschlüsse der wichtigen Akteure

Wie schon in den Abschnitten zu begrifflichen Klärungen und zu den Erfolgen ausgeführt, werden Gesundheitsförderung und ein Health in All Policies-Ansatz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe inzwischen in allen Gutachten der wichtigen Akteure bestätigt. Ebenso wie die Notwendigkeit von verhaltensbezogenen Individualansätzen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten überzugehen: Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen (SVR), Bundesrat, Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Gesetzliche Krankenversicherung.

Damit sind Gesundheitsförderung und HiAP auf diesen Ebenen „angekommen“. Es wurde Bewusstsein geschaffen als Grundlage für Initiativen zur Umsetzung [5] ([Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)).

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz)

Das 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention schafft institutionelle Strukturen, die eine stärkere Zielorientierung und effektivere Koordinierung der beteiligten Akteure ermöglichen sollen. Im Zentrum steht die gemeinsame nationale Präventionsstrategie, die auf bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen basiert. Diese sollen gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festlegen. Die Nationale Präventionskonferenz erstellt (alle vier Jahre) einen Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung (Präventionsbericht), erstmals zum 1. Juli 2019.

Mit der nationalen Präventionsstrategie und den dafür geschaffenen Strukturen verbinden sich viele Hoffnungen, auch mit der Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten. Durch das Gesetz werden die finanziellen Ressourcen erheblich erhöht, sie bleiben aber auf einem niedrigen Gesamtniveau. Das Gesetz ist auf die Sozialversicherung, insbesondere die GKV konzentriert. Es ist deshalb nicht als gesamtgesellschaftlicher Ansatz anzusehen.

Immerhin werden andere Sozialversicherungen (SPV, GUV, GRV) sowie der Arbeitsschutz mit eingebunden. Pflegekassen werden verpflichtet, die Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen zu stärken [41] ([Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege](#)). Die Verabschiedung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene ist inzwischen mit Ausnahme von Berlin erfolgt, Sie sind überwiegend wenig verbindlich, insbesondere, was die erwünschte kassenübergreifende Zusammenarbeit angeht. Die Umsetzung ist noch am Anfang und sehr unterschiedlich in den Bundesländern, insofern können noch keine Bewertungen der Gesamtsituation vorgenommen werden.

Das Gesetz bietet aber dennoch erstmals für Deutschland klarere Zielorientierung, Strukturen der Handlungskoordinierung und eine bessere Ressourcenausstattung [27], [5] ([Präventionsgesetz](#), [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)).

Bilanz

Diese Erfolgsbilanz einer rund 30-jährigen Entwicklung hat zwar grundlegende und beachtliche Voraussetzungen für die weitere Entwicklung geschaffen. Sie wird aber von Fachleuten in Wissenschaft, Politik und Praxis als noch nicht befriedigend eingeschätzt, auch wenn zugestanden wird, dass Innovationen immer eine gewisse Anlaufzeit brauchen, um sich durchzusetzen. International wird dies

thematisiert in der Forderung, „die Lücke der Implementierung in der Gesundheitsförderung schließen“. Diese Forderung war bereits Schwerpunkt der internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Nairobi 2009 und eines gleichnamigen Aktionsaufrufs.

Trotz dieser bedeutsamen Teil-Erfolge steht in Deutschland eine Reihe von Problemen der wünschenswerten gesundheitspolitischen Entwicklung und der nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsförderung (und Prävention) entgegen.

Probleme bzw. Herausforderungen

Hinsichtlich der Verteilung der Ressourcen für Kuration einerseits und Prävention und Gesundheitsförderung andererseits besteht immer noch eine erhebliche Diskrepanz zwischen der rhetorischen und programmatischen Verbreitung und Akzeptanz des Gesundheitsförderungsprogramms und den tatsächlichen Investitionen und Infrastrukturen. Es gibt außerdem eine schwer überschaubare Vielfalt von Akteuren und Aktivitäten sowie Mängel an politischer Strukturbildung und klarer Aufgabenteilung. Als besonders schwierig hat sich das Handlungsfeld gesundheitsfördernde Gesamtpolitik [42] ([Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#)) und die damit zusammenhängende und dafür notwendige intersektorale Kooperation herausgestellt. Dabei darf man sich nicht der Illusion hingeben, der Gesundheitssektor könne anderen Politiksektoren vorgeben, wie sie zu handeln haben. Aber: Es muss erreicht werden, die anderen Sektoren über Gesundheitsprobleme zu informieren, deren gesellschaftliche Relevanz aufzuzeigen, die Probleme „auf die Tagesordnung zu setzen“ und vor allem alle relevanten Akteure und Partner [43] ([Partnerschaften für Gesundheit](#)) aus den anderen Sektoren zu einer Problemlösung und gegebenenfalls auch gegen konkurrierende Interessen zusammenzubringen, um so die „Health in All Policies“- und „Health Promotion Mainstreaming“-Strategien umzusetzen.

Das Gesundheits(förderungs)ressort ist ein gegenüber anderen Ressorts, wie z. B. Wirtschaft und Verkehr, aber auch gegenüber dem kurativen Bereich innerhalb des Gesundheitswesens selbst, nach wie vor eher durchsetzungsschwacher Bereich. Das Potential für größeren Einfluss ist allerdings noch nicht ausgeschöpft. Das zeigt unter anderem ein neues Gesetz des Bundeslandes Baden-Württemberg mit dem programmatischen Titel „Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze“, das mit Anfang 2016 in Kraft getreten ist. Strukturelle Grundlage für „neue und bewährte Dialog- und Arbeitsformen“ sind Gesundheitskonferenzen auf Landes- und Kreisebene sowie der Sektorenübergreifende Landesausschuss nach § 90 a des SGB V sowie ein Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention.

Eine umfassende und ausführliche Bilanz der Umsetzungsprobleme des „Leitkonzeptes Gesundheitsförderung“ haben Trojan und Legewie erarbeitet. Auf dieser Grundlage wurden zuletzt 2010 die Hauptprobleme der Gesundheitsförderung in Deutschland auf allen drei Politikebenen folgendermaßen pauschal charakterisiert (siehe die folgende Abbildung).

Hauptprobleme der Gesundheitsförderung in Deutschland

(aus: Trojan 2010 auf Basis von [44])

1. Fehlen eines Gesamtkonzepts inkl. Gesundheitszielen und -plänen, teilweise durch föderale Zuständigkeitsverteilung bedingt.
2. Mangelhafte vertikale Kooperation zwischen den verschiedenen politischen Ebenen.
3. Erhebliche Probleme der horizontalen Kooperation auf allen Ebenen, die sich insbesondere dann zeigen, wenn Gesundheitsförderung auf die Zusammenarbeit mit anderen Politiksektoren angewiesen ist.
4. Restriktive und teilweise unklare Finanzierungsregelungen sowohl für öffentliche (Steuer-)mittel als auch für Beitragsmittel aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung.
5. Schwache Position des Fachressorts Gesundheit innerhalb des politisch-administrativen Systems der Kommune.
6. Mangelnde Förderung der wichtigen innovativen Impulse aus Selbsthilfeszusammenschlüssen, Gesundheitsberufen, Bildungssystemen und Forschung.

Wie ist diese Mängelliste aktuell, d.h. nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes zu beurteilen?

Zunächst muss zugestanden werden, dass das neue Gesetz besonders hinsichtlich der beiden ersten und des vierten Punktes versucht, größere Klarheit und bessere Voraussetzungen für koordiniertes Handeln zu schaffen. Allgemein gesagt, bestehen die Probleme - wenn auch vermindert - auch nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes 2015 fort. Dies trifft besonders dann zu, wenn man als wichtigstes Ziel eine nationale intersektorale Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung und Prävention akzeptiert [42] ([Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#)). Sie können durch ein auf die Sozialversicherung konzentriertes Präventionsgesetz zwar nicht grundsätzlich „geheilt“, jedoch in einigen Bereichen gemildert werden, nämlich für den eingeschränkten Bereich der Sozialversicherung, insbesondere der GKV-finanzierten Gesundheitsförderung und Prävention. Hier wurden gemeinsame Ziele verabschiedet und die Verknüpfung von Bundes- und Landesebene über die Landesvereinbarungen festgelegt. Was nach der erst beginnenden Umsetzung der Landesvereinbarungen erreicht wird, lässt sich erst in einiger Zeit bewerten. Was auf der kommunalen Ebene und in den Lebenswelten letztendlich „ankommt“, muss auch abgewartet werden. Die horizontale Kooperation soll durch das Präventionsgesetz ebenfalls gefördert werden, Ansätze sind über die Nationale Präventionskonferenz und die Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen gemacht, allerdings auch hier primär für die Sozialversicherung/GKV. Wie weit die Integration der Länder- und kommunalen Ebene gelingt, steht noch nicht fest. Als weiterer eindeutiger Fortschritt ist festzuhalten, dass die Beitragsmittel für Sozialversicherung und Selbsthilfe ausgeweitet wurden. Interessant wird sein, was der erste Präventionsbericht 2019 zu all diesen Punkten aussagt; dabei wird sich zeigen, ob dieser Bericht, wie kritische Stimmen befürchten, eher „Hofberichterstattung“ liefert oder ob er eine umfassende Bewertung und Bilanz bieten kann..

Auf einige besonders augenfällige Probleme wird im Folgenden näher eingegangen. Auf der Bundes- und Länderebene wird überwiegend mit dem Steuerungsmittel Geld (Finanzierung bestehender Unterstützungsstrukturen für Gesundheitsförderung) sowie mit dem eng damit verknüpften Steuerungsmittel Information (in Form von Aufklärung, Kongressen, Forschungsförderung und Modellprojekten) Gesundheitsförderungspolitik gemacht [5] ([Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)). Diese Ansätze haben sich zwar weiterentwickelt, sind aber immer noch vergleichsweise bescheiden ausgestattet. Die Aufteilung der Finanzierung und der Funktionen auf die verschiedenen politischen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) und die Sozialversicherungsträger (insbesondere Kranken- und Unfallversicherung) ist mangelbehaftet. Die Finanzierung vieler Aktivitäten der Gesundheitsförderung als (Modell-)Projekte ist noch prekär, wird aber gelegentlich durch Stiftungen und Sponsoren sinnvoll ergänzt [45] ([Finanzierung der Gesundheitsförderung](#)). Es gibt auch weiterhin Einzelaktivitäten von Einzelakteuren. Dies fördert immer noch eine als „Projektitis“ bezeichnete Fehlentwicklung und erschwert Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung [46] ([Nachhaltige Gesundheitsförderung](#)). Es gibt Hoffnungen, dies durch die verbesserte Koordinierung der Akteure durch das Präventionsgesetz zu reduzieren, allerdings auch Skepsis, dass dies wegen der Spielräume, die das Gesetz offen lässt, durchgängig gelingen wird.

Die Ottawa-Charta als „Leitbild“ und „Grundwertepapier“ der Gesundheitsförderung kann als Aufklärungs- und Emanzipationsprogramm für mehr (gesundheitliche) Selbstbestimmung gelesen werden. Ihr Leitbild sind die aufgeklärten und befähigten Bürger und Bürgerinnen, die in der Lage sind, ihr Gesundheitspotenzial durch Selbstbestimmung zu entfalten und auf die Determinanten einzuwirken, die ihre Gesundheit beeinflussen. Trojan und Legewie sehen als kardinales Dilemma der

Gesundheitsförderung an, dass im Rahmen der Politik der Weltgesundheitsorganisation, aber auch auf anderen Ebenen, fälschlicherweise oft angenommen werde, diese Bürger und Bürgerinnen seien schon die Realität, wobei Leitbild und Realität verwechselt werden. Eine systematische, politisch geförderte Partizipation [10] ([Partizipative Gesundheitsforschung](#)) an der Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik steht in Deutschland aber immer noch erst am Anfang. Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderungspolitik sind bisher immer noch zu wenig Gegenstand breiter öffentlicher politischer Diskussion und zu sehr Angelegenheit von (oft intransparenten) Experten- und Politikgremien.

Eine Konzentration auf Appelle an die „Eigenverantwortung“ der Bürgerinnen und Bürger für ihr Verhalten und ihre Gesundheit wird der Komplexität der [Determinanten der Gesundheit](#) [8] nicht gerecht. Solche immer noch teilweise naiven Appelle gehen an dem Gesundheitsförderungsverständnis der Beeinflussung der individuellen, sozioökonomischen und politischen Determinanten der Gesundheit oft vorbei. Sie tendieren zur Individualisierung von Gesundheitsrisiken, zu Schuldzuweisungen und Victim-blaming (dem Opfer die Schuld geben), zur Vernachlässigung der Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Gesundheit [18] ([Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#)), [47]. Diese Schwächen der traditionellen Gesundheitserziehung und Prävention sollten mit dem neuen Konzept der Gesundheitsförderung eigentlich überwunden werden, das Gesundheit sowohl in individueller als auch gesellschaftlicher Verantwortung sieht und durch die Ergebnisse der neueren sozialepidemiologischen Forschung zu den sozialen Determinanten der Gesundheit bestätigt wird [8], [2] ([Determinanten der Gesundheit, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#)).

Ein weiteres Problem besteht im tendenziellen *Zurückdrängen der Gesundheitsförderung (zugunsten der Prävention)* in Recht, Strukturen und Terminologie. Zwar wird die Notwendigkeit des Ausbaus sowohl von Gesundheitsförderung als ressourcenorientierter Strategie als auch von Prävention als risikoorientierter Strategie zur Verbesserung der Gesundheit, im Sinne sich ergänzender Ansätze, in den wissenschaftlichen und fachpolitischen Klärungsversuchen und Stellungnahmen in Deutschland zunehmend hervorgehoben. Auch wird immer mehr das Begriffspaar „Gesundheitsförderung und Prävention“ verwendet. Es zeigt sich aber parallel dazu auch eine potenziell problematische Tendenz, nur von „Prävention“ zu reden. Teilweise wird dann Gesundheitsförderung „stillschweigend mitgemeint“. So hat es „Gesundheitsförderung“ zwar immerhin in die vollständige Gesetzesbezeichnung geschafft („Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“), in der Kurzform ist es aber das „Präventionsgesetz – PräVG“.

Teilweise ist die Präferenz, von Prävention zu sprechen, jedoch auch Ausdruck dessen, dass die spezifische, krankheits- und risikoorientierte Prävention als politisch leichter vermittelbar, durchsetzungsfähiger und im Medizinsystem leichter zu verorten erscheint, als die unspezifische, „diffus komplexe“, salutogene, ressourcenorientierte und gesamtpolitisch handlungsorientierte Gesundheitsförderung. Diese geht über den Rahmen des traditionellen Gesundheitswesens hinaus und erfordert eine anspruchsvolle intersektorale Zusammenarbeit und Kontextgestaltung, die sich über längere Zeiträume erstreckt.

Bei der Subsummierung von Gesundheitsförderung unter die Prävention besteht auch die Gefahr der Reduktion der über das Gesundheitswesen hinausgehenden Handlungsansätze auf das im Rahmen des Gesundheits- und Medizinsystems Machbare, d.h. eine Einengung auf eine „unterkomplexe“ und vorrangig risikoorientierte Verhaltensprävention von (spezifischen) Krankheiten.

Als andauernde Herausforderung für die bisherige und zukünftige Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland ist das *Fehlen einer gegentendenziellen Politik angesichts der strukturellen Dominanz ökonomistischer sowie medizinischer Sichtweisen* herausgestellt worden (Rosenbrock), die bisher nur punktuell durch neue Koalitionen, z. B. mit sozialen Bewegungen und Public Health-Expertinnen und -Experten, überwunden werden konnten.

Beim *Ökonomismus* (Vorrang wirtschaftlicher Interessen und Bestimmung der Präventions- und Gesundheitsförderungsinhalte durch den Markt) als politischer Grundhaltung werden die vermuteten Auswirkungen auf die privaten Investitionsentscheidungen zum ersten und oft ausschließlichen Beurteilungskriterium („Standort Deutschland“). In der staatlichen und betrieblichen Gesundheitspolitik dominiert das ökonomische über das gesundheitliche Argument, das erst einmal Investitionen erfordert. Der Nutzen ist oft nicht in Geld auszudrücken oder liegt außerhalb des Interessensbereichs der Akteure oder kurzfristiger Planung. In diesen Zusammenhang gehört auch die zunehmend kommerziell betriebene marktorientierte Gesundheitsförderung, die unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit der Gesundheit [18] ([Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#)) und der Zielsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit kein geeignetes Steuerungsinstrument für Prävention und Gesundheitsförderung ist.

Die *Dominanz der Medizin* in der Prävention und Gesundheitsförderung äußert sich über die

Definitionsmacht und die Aktivitäten der individuell kurativ orientierten klinischen Medizin. Da individuelle Prävention als kassenärztliches Leistungsfeld angesehen wird, dominieren Sichtweise und Leistungen des Kassenarztes bzw. der Kassenärztin. Neben ärztlicher Beratung handelt es sich dabei v.a. um Früherkennungsuntersuchungen zur individuellen Frühtherapie. Probleme der Primärprävention (und Gesundheitsförderung) werden häufig umthematisiert zu Problemen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die noch vorhandene verbreitete Gleichsetzung von Gesundheitssicherung mit Medizin kann auch der Medikalisierung sozialer Probleme Vorschub leisten. Die Medikalisierung der Prävention verstärkt die Tendenz, gesellschaftliche Probleme in solche der individuellen Inanspruchnahme umzudefinieren und die zugrunde liegenden Probleme unbearbeitet zu lassen [48], [49] ([Medizinische Prävention](#), Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin).

Perspektiven

In diesem Abschnitt sollen zunächst zwei allgemeine strategische Programmpapiere aus Deutschland kurz angesprochen werden. Im Anschluss daran wird nacheinander auf die Perspektiven in den drei deutschsprachigen Ländern eingegangen.

Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung

Aus einer Arbeitsgruppe des Runden Tisches im Gesundheitswesen entstand zunächst das deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, das später in die jetzige Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) übergeleitet wurde, die 133 bundesweite Mitgliedsverbände und Kooperationspartner hat (Stand Juni 2018). Die BVPG hat sich immer wieder mit Stellungnahmen zu Wort gemeldet. Schon im Dezember 2009 wurden Empfehlungen für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages veröffentlicht, die im Kern sechs Forderungen enthielten, die einem Programm nachhaltiger gesundheitsfördernder Politikgestaltung gleichkamen [5] ([Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)). Im September 2013, kurz vor der Wahl zum neuen Bundestag positionierte sich die BVPG nach intensivem Abstimmungsprozess mit ihren Mitgliedern mit einer weiteren strategischen Veröffentlichung mit dem Titel „Potenzial Gesundheit“. Diese richtet sich an Entscheidungsträger in der Politik und umfasst Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode. Als Strategien werden empfohlen:

1. „Gesundheitsförderung und Prävention“ als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gestalten.
2. Prioritäten zur Förderung individueller und gesellschaftlicher Gesundheit festlegen und Ziele definieren.
3. Strukturen und Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen ausbauen und miteinander verbinden.
4. Die Qualität der Gesundheitsförderung und Prävention sichern, ihre Wirksamkeit fördern und sichtbar machen.

Hiermit wurden eigene frühere Empfehlungen der BVPG und die Empfehlungen von Trojan und Legewie [44] auf der Basis eines Gutachtens für das Büro für Technikfolgenabschätzung nochmals pointierter und fokussierter in den politischen Prozess eingebracht. Gewicht bekommen diese Vorschläge vor allem durch die Vielzahl der in der BVPG zusammengeschlossenen Akteure, die insbesondere auch alle Landesvereinigungen für Gesundheit umfassen.

Memorandum „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken - Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“

Das dritte Memorandum der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP, publiziert 2015) richtete sich vor allem an Verantwortliche in Politik und Verwaltung auf allen politischen Ebenen. Die Vorschläge dieses Konsenspapiers von Expertinnen und Experten aus Forschung, Praxis und Politik zeigen dringende Gestaltungsbedarfe für eine zukunftsfähige Politik der Gesundheitsförderung und Prävention. Getragen von der grundlegenden Überzeugung, dass Prävention und Gesundheitsförderung Investitionen in die Zukunft sind, wurden sieben Empfehlungen formuliert (und begründet), die die wesentlichen handlungsleitenden Voraussetzungen für nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention enthalten:

1. Prävention und Gesundheitsförderung als politikfeldübergreifende Gestaltungsaufgabe
2. Nachhaltige Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung
3. Übergreifende rechtliche Regelungen>
4. Programmabstimmung und Koordinierung
5. Langfristige nationale Gesamtstrategie
6. Bildung interprofessioneller Allianzen
7. Nationales Kompetenzzentrum zur Entwicklung und Sicherung der Prävention und Gesundheitsförderung

Mit diesen Forderungen, die im Wesentlichen auch übereinstimmen mit älteren Strategiepapieren (Trojan und Legewie 2010, BVPG 2009 und 2013) sollten strukturbildende und stabilisierende Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung angestoßen werden. Neu ist die letzte strukturelle Forderung, nämlich die Bildung eines Nationalen Kompetenzzentrums zur Entwicklung und Sicherung der Prävention und Gesundheitsförderung.

Diese immer wieder auf dieselben Kernpunkte hinauslaufenden Empfehlungen der letzten 15 Jahre geben Auskunft darüber, was Desiderate einer optimalen nachhaltigen Gesundheitsförderungspolitik sind. Sie haben zweifellos den langjährigen Prozess bis zur Verabschiedung des Präventionsgesetzes beeinflusst und sind auch erkennbar in das Gesetz eingeflossen. Weil dies aber nur begrenzt der Fall ist, können und müssen sie auch weiterhin als „Leuchttürme“ bzw. als Orientierungshilfen für die zukünftige Entwicklung dienen. Immer noch gravierendster Mangel ist unseres Erachtens die fehlende gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung und Prävention als intersektorale und ressortübergreifende gesamtgesellschaftliche Aufgabe oder - wie in der ersten Forderung des Memorandums formuliert - Prävention und Gesundheitsförderung als politikfeldübergreifende Gestaltungsaufgabe.

Mit diesem Manko ist zugleich die weitreichendste und grundlegendste Perspektive angesprochen, deren Realisierung den Kern des mit der Ottawa-Charta gemeinten Paradigmenwechsels ausmacht.

Abschließend werfen wir einen Blick auf die drei deutschsprachigen Länder, wobei wir darauf fokussieren, was für nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention die wichtigste Voraussetzung ist, nämlich die Verankerung von Strukturen und Prozessen in verbindlichen Rechtsnormen.

Österreich

Die Gesundheitsförderung in Österreich wurde vor allem durch das Gesundheitsförderungsgesetz von 1998, kurz Gesundheitsförderungsgesetz (GfG), auf ein stabiles Fundament gestellt. Mit der Umsetzung wurde zunächst der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) beauftragt, aktuell die Gesellschaft „Gesundheit Österreich GmbH“. Inhaltlich war die Ottawa-Charta (WHO 1986) eine wichtige Basis für dieses Gesetz [2] ([Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986](#)).

Im Gesundheitsförderungsgesetz werden grundlegende Handlungsstrategien zur Erreichung folgender Ziele definiert:

1. Strukturaufbau für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unter Berücksichtigung und Einbindung bestehender Einrichtungen und Strukturen
2. Entwicklung und Vergabe von bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Angeboten in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen
3. Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme zur Information und Beratung über gesunden Lebensstil, Krankheitsprävention sowie Umgang mit chronischen Krankheiten und Krisensituationen
4. Wissenschaftliche Programme zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Bereich
5. Unterstützung der Fortbildung von Personen, die in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention tätig sind
6. Abstimmung der Maßnahmen und Initiativen im Sinne dieses Bundesgesetzes mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung

Mit der im Jahr 2006 erfolgten Gründung der „Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)“ per Bundesgesetz wurden auch Änderungen des Gesundheitsförderungsgesetzes vorgenommen. Der FGÖ und das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurden als Geschäftsbereiche eingegliedert. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde als dritter Geschäftsbereich im Jahr 2007 gegründet.

Zentraler Bestandteil der letzten Gesundheitsreform von 2013 sind die sogenannten Rahmen-Gesundheitsziele. Diese basieren auf dem Konzept der „Health in All Policies“ [3] ([Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#)). Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele wurden mit rund 40 Institutionen in einem partizipativen Prozess entwickelt und vom Ministerrat im Jahr 2012 beschlossen (siehe die Abbildung „Rahmen-Gesundheitsziele in Österreich“ [Gesundheitsförderung 6: Österreich](#) [16], Seite 120). Sie sollen richtungsweisend für die nächsten zwanzig Jahre sein. Für die Umsetzung wurden/werden in Arbeitsgruppen Strategien, Maßnahmen und Wirkungsziele erarbeitet. Ein Monitoring begleitet die Umsetzung.

Diese wenigen hier genannten politischen Schritte zeigen, dass in den letzten Jahren wichtige Schritte in Richtung Stärkung der Gesundheitsförderung, Kooperation der Akteurinnen und Akteure und breiter Umsetzung einer gesundheitsorientierten Gesundheitspolitik in Österreich stattgefunden haben. Auch in der Gesundheitsförderungsforschung ist in den letzten fünf Jahren ein deutlicher Aufwärtstrend zu beobachten, und es gibt eine wachsende Zahl an Aus- und Weiterbildungsangeboten. Im Hinblick auf die Finanzierung eines soliden Ausbaues der Gesundheitsförderung wurde mit der Errichtung der Landesgesundheitsförderungsfonds der Grundstein für eine abgestimmte Steuerung eines erheblichen Geldvolumens für die Gesundheitsförderung in Österreich gelegt.

Um das Gesundheitssystem auf dieser Basis kontinuierlich weiterzuentwickeln, bedarf es einerseits nach wie vor des politischen Willens, andererseits aber auch noch weiterer Verbreiterung und Vertiefung der Wissensbasis durch wissenschaftliche Forschung, Dokumentation und Evaluation sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung einer großen Zahl qualifizierter Fachkräfte und des Wissenstransfers von Forschung in Praxis und Politik.

Schweiz

Nachdem ein erster Versuch eines eigenen Gesetzes Ende der 70er-Jahre abgelehnt worden war, gab es als die beiden ersten wichtigen Meilensteine das „Konzept Gesundheitsförderung und Prävention 86“ und 1994 die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Mit dem KVG wurden die Artikel 19 und 20 verabschiedet, die in der Schweiz erstmals rechtliche Grundlagen für die Gesundheitsförderung legten und zur festen Etablierung einer nationalen Stiftung führten, der heutigen Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“.

Der folgende politische Prozess zur festen Institutionalisierung von Gesundheitsförderung und Prävention mittels eines Gesetzes war allerdings weniger erfolgreich: 2005 kam eine vom Bundesrat eingesetzte Fachkommission „Prävention + Gesundheitsförderung“ zum Schluss, dass eine gesetzliche Grundlage die Gesundheitsförderung und die Prävention in der Schweiz insbesondere durch eine bessere Koordination stärken würde. Nach einem achtjährigen Prozess wurde das geplante Gesetz (PrävG) im November 2012 in den Räten knapp abgelehnt. Ersatzweise verabschiedete der Bundesrat daraufhin 2013 die Strategie Gesundheit2020, die gesundheitspolitische Prioritäten für die Schweiz festlegt. Diese Neuregelung soll Prävention und Gesundheitsförderung wirkungsvoller im schweizerischen Gesundheitssystem etablieren und die Schwerpunkte auch für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention skizzieren. Derzeit wird an der Konkretisierung und Umsetzungsvorbereitung von drei prioritären Zielen gearbeitet: Nichtübertragbare Krankheiten, psychische Gesundheit und Sucht.

Zwar lässt sich in der Bilanz feststellen, dass in der Schweiz seit den 1990er-Jahren eine ansehnliche Entwicklung stattgefunden hat. Von einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik [42] ([Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#)) ist sie aber noch weit entfernt. Zudem ist der relative Stellenwert der Gesundheitsförderung im Vergleich zur Kuration und Rehabilitation trotz beachtlicher Strukturentwicklung nach wie vor gering (Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen nach wie vor bei rund 2 Prozent [17] [Gesundheitsförderung 7: Schweiz](#)).

Deutschland

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) hatte in seinem Gutachten 2000/2002 sehr klar für eine Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention Stellung bezogen. Er hat diese Stellungnahme erneuert, ergänzt und spezifiziert in den SVR-Gutachten 2005 (Kapitel 4: Strategien der Primärprävention, partizipative Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings), 2007 (Kapitel 6: Primärprävention in vulnerablen Gruppen) sowie im Sondergutachten 2009 (Kapitel 3.3: Programme zur nicht-medizinischen Prävention und

Gesundheitsförderung). Dass es sich dabei um eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe handelt, ist in vielen Stellungnahmen der wichtigen Akteure auf Bundes- und Länder ebene seit Jahren immer wieder betont worden [5] ([Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#)). Das nach mehr als 10-jährigem Anlauf 2015 zustande gekommene Präventionsgesetz lässt sich als Ausdruck eines in Politik und Gesellschaft gewachsenen Bewusstseins für die Notwendigkeit wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung verstehen. Es kann aber nur als „kleine Lösung“ betrachtet werden, weil es sich doch weitgehend auf die Aufgaben der Krankenkassen (und - Fortschritt! - einiger anderer Sozialversicherungszweige) beschränkt - vielleicht beschränken musste, da für eine umfassende Einigung zwischen den ansonsten für Gesundheit zuständigen Ländern und dem Bund zum damaligen Zeitpunkt keine Chance gesehen wurde.

Positiv hervorzuheben sind eine Erhöhung der finanziellen Ressourcen (absolut jedoch weiterhin auf niedrigem Niveau) und die Bemühungen um bessere Koordination und Kooperation. Hohe Erwartungen werden an Präventionskonferenz, Nationale Präventionsziele, die Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie sowie die Bundes- und Landes-Rahmenvereinbarungen geknüpft. Dass dies alles wirklich zu einer besseren Zielorientierung und Handlungskoordination (insbesondere auch von Sozialversicherungsträgern und aus Steuermitteln finanzierten Diensten der öffentlichen Gesundheit) führt, lässt sich zwar berechtigt hoffen, wird sich jedoch erst im Lauf der weiteren Umsetzung des Gesetzes zeigen.

Die Erfahrung der letzten 30 Jahre hat leider gezeigt, dass ein langer Atem notwendig ist, um in der deutschen Gesundheitspolitik in Konkurrenz zur „Reparaturmedizin“ und dem kurzfristigen Kostenmanagement immerhin bescheidene Ansätze der Gesundheitsförderung (und Prävention) nachhaltig zu verankern. Die Aufgabe, die Kluft zu verringern zwischen einem über weite Strecken doch eher unverbindlich formulierten „Präventionsgesetz“ und seiner Umsetzung in tatsächliche Gesundheitsförderungspolitik wird auch in Zukunft große Anstrengungen erfordern. Dabei gilt es jedoch auch zu beachten, dass die Ottawa-Charta eher ein Leitbild als ein konkretes Politik-Programm darstellt. Dass ein solches Leitbild 1 : 1 in Politik umsetzbar sei, wäre eine zu vermessene, eine unrealistische Erwartung. Die weitere Diskussion muss also auch berücksichtigen, welche Sachzwänge unter heutigen gesellschaftlichen und politischen Bedingungen eine stärkere Umsetzung verhindern, und wie wir mit diesen mehr oder weniger sachlich begründbaren Zwängen in Zukunft umgehen sollen und können.

Internetadressen:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Available from: <https://www.bvpraevention.de>
- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Available from: <https://www.bioeg.de>
- Policy Documents. Available from: <https://www.who.int/europe/publications>
- Arbeitskreis, Gesundheitsfördernde Hochschulen. Available from: <https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>
- GVG – Soziale Sicherheit weiterdenken. Forum Gesundheitsziele. Available from: <https://www.gesundheitsziele.de>
- GVK-Spitzenverband. Available from: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung. Available from: <https://www.knp-forschung.de>
- World Health Organisation (WHO). Health promotion. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

Literatur:

- Altgeld T, Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, editors. Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. 2012. p. 187–97.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings: ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Vol. ;42. Köln; 2013. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 42).
- Franzkowiak P, Wenzel E. Gesundheitsförderung: Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffs. psychosozial. 1990;42(12):30–42.
- Franzkowiak P, Sabo P, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung. 1: Internationale und

- ationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. In Mainz: Sabo; 1993. (Blickpunkt Gesundheit; 1).
- Franzkowiak P, Luetkens C, Sabo P. Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013. Duisburg: Peter Sabo; 2013. (Blickpunkt; 6).
 - Hurrelmann K, Laaser U. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Razum O, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz; 2016.
 - Geene R, Reese M. Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse; 2017.
 - GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V. Berlin; 2017. [accessed 2026 Jan 17]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/lei
 - Göpel E, editor. Nachhaltige Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2010. (Gesundheit gemeinsam gestalten; 4).
 - Hurrelmann K. Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa; 2006. (Grundlagentexte Soziologie).
 - Hurrelmann K, Richter M. Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim: Beltz; 2013. (Grundlagentexte Soziologie).
 - Kickbusch I, Hartung S. Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. Bern: Huber; 2014.
 - Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, editor. Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit – Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele. Berlin; 2016.
 - Ministerium für Soziales G und IBW. Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG BW). 2015.
 - Leanza M. Die Zeit der Prävention: eine Genealogie. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2017. (Nomos eLibrary: Soziologie).
 - Rosenbrock R, Michel C. Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: MWV; 2007. (Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften).
 - Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Bern: Huber; 2014. (Programmbereich Gesundheit).
 - Ruckstuhl B. Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Mit Zeitzeugeninterviews. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2011. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
 - Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer; 2012.
 - Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of social affairs and health; 2006.
 - Stöckel S, Walter U, editors. Prävention im 20. Jahrhundert: historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim: Juventa; 2002. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
 - Trojan A. Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis: Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation, der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommune, des Arbeitgebers oder nur des Individuums? In: Stöckel S, Walter U, editors. Prävention im 20. Jahrhundert Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim: Juventa; 2002. p. 250–65. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
 - Trojan A. Konzepte einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Politikgestaltung. In: Göpel E, editor. Nachhaltige Gesundheitsförderung. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse; 2012. (Gesundheit gemeinsam gestalten; 4).
 - Trojan A, Reisig V, Kuhn J. Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden: Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting „Kommune“ nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes. Präy Gesundheitsf. 2016 Nov;11(4):259–64. DOI:[10.1007/s11553-016-0557-y](https://doi.org/10.1007/s11553-016-0557-y)
 - Walter U, Kruckenberg B, Schaueremann L, Volkenand K, Weber J, Castedello U, Gaede-Illich C. Teilbericht 3: Rechtliche Regelungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung sowie ihre Wahrnehmung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt.

- 'Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Entwicklung und Sicherung von Qualität'. Köln; 2015.
- Walter U, Plaumann M, Pawils S, Nöcker G, Pott E, Koch U. „Präventionsforschung“ als Förderschwerpunkt des BMBF – Ein erfolgreicher Vorstoß in die richtige Richtung! Gesundheitswesen. 2015 Sep 16;77(S 01):S1–S1. DOI:[10.1055/s-0035-1559785](https://doi.org/10.1055/s-0035-1559785)
- Walter U, Nöcker G, Pawils S, Robra BP, Trojan A, Franz M, Grossmann B, Schmidt TA, Lehmann H, Bauer U, Göpel E, Janz A, Kuhn J, Naegel G, Müller-Kohlenberg H, Plaumann M, Stender KP, Stolzenberg R, Süß W, Trenker M, Wanek V, Wildner M. Memorandum – Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Gesundheitswesen. 2015 May 27;77(05):382–8. DOI:[10.1055/s-0035-1549949](https://doi.org/10.1055/s-0035-1549949)

References

1. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I033-1.0)
2. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I034-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I034-1.0)
3. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I035-1.0)
4. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 4: Europäische Union. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2017. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I036-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I036-1.0)
5. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 5: Deutschland. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I053-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I053-1.0)
6. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0)
7. Nowak AC, Kolip P, Razum O. Gesundheitswissenschaften / Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I061-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I061-2.0)
8. 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)
9. Faltermaier T. Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I104-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I104-3.0)
10. Wright MT, Allweiss T, Schwersensky N. Partizipative Gesundheitsforschung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I085-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I085-2.0)
11. Kracke E, Sommer D. Gesundheitsbildung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I031-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I031-2.0)
12. Weber W, Lanfer HL. Gesundheitsberatung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I027-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I027-2.0)
13. Kofahl C, Trojan A. Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I105-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I105-3.0)
14. Hartung S, Dieterich A, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I058-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I058-3.0)
15. Walter U. Wahrnehmung rechtlicher präventiver Regelungen und Implikationen für ein

- übergreifendes Präventionsgesetz. Gesundheitswesen. 2004 Feb;66(02):69–75. DOI:[10.1055/s-2004-812797](https://doi.org/10.1055/s-2004-812797)
16. Rohrauer-Näf G, Waldherr K. Gesundheitsförderung 6: Österreich. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I040-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I040-2.0)
 17. Wettstein F, Zumbrunn A, Ruckstuhl B. Gesundheitsförderung 7: Schweiz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I037-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I037-2.0)
 18. Geyer S. Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I109-1.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I109-1.0)
 19. Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0)
 20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Health Literacy / Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Vol. ;20. Köln; 2016. (Gesundheitsförderung Konkret; 20).
 21. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise AJ, Schillinger D. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. New Yorck: Institute of Medicine; 2012.
 22. Pelikan JM, Dietscher C. Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? Bundesgesundheitsbl. 2015 Sep;58(9):989–95. DOI:[10.1007/s00103-015-2206-6](https://doi.org/10.1007/s00103-015-2206-6)
 23. Jordan S. Gesundheitskompetenz / Health Literacy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0)
 24. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0)
 25. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I039-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I039-3.0)
 26. Dietscher C, Metzler B, Pelikan JM. Gesundheitsförderndes Krankenhaus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I046-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I046-3.0)
 27. 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)
 28. Kuhn J, Trojan A. Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren. Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW, editors. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2017. p. 353–72. (Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft).
 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt. Gesundheitsförderung in Lebenswelten Entwicklung und Sicherung von Qualität. Köln; 2015.
 30. Reisig V, Kuhn J. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I081-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I081-4.0)
 31. Kolip P. Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I071-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I071-3.0)
 32. Paul M, Backes J. Frühe Hilfen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor.

- Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2017. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I020-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I020-1.0)
33. Holleder A, Trojan A. Gesundheitskonferenzen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I067-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I067-3.0)
 34. Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian H. Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0)
 35. Hildebrandt H. Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I045-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I045-2.0)
 36. 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)
 37. Baumgarten K, Sterdt E, Hartmann T. Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I005-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I005-3.0)
 38. Biel V, Göpel E. Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I057-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I057-2.0)
 39. Röding D, Walter U. Forschung zur Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I019-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I019-2.0)
 40. Kolip P. Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I100-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I100-2.0)
 41. Schaeffer D, Horn A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I049-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I049-3.0)
 42. Geene R, Köckler H, Trojan A. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I032-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I032-2.0)
 43. 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)
 44. Trojan A, Legewie H. Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Bad Homburg: VAS; 2001. (Reihe psychosoziale Aspekte in der Medizin Psychosomatik).
 45. Altgeld T. Finanzierung 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-I018-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I018-2.0)
 46. Trojan A, Süß W. Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I079-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I079-2.0)
 47. Schmidt B. Eigenverantwortung haben immer die Anderen: der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Huber; 2008. (Gesundheitswissenschaften).
 48. Güzel-Freudenstein G, Robra BP. Medizinische Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I076-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I076-2.0)
 49. Kollek R, Trojan A. Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2017. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I089-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I089-1.0)

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

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i054-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i054-1.0)

Copyright: © 2026 Lotte Kaba-Schönstein 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/>